

Chemsex y otros usos sexualizados de sustancias en Andalucía

Encuesta dirigida a hombres *gais* y bisexuales
y otros hombres que tienen sexo con hombres,
personas trans y no binarias.

Encuesta dirigida a profesionales sanitarios y
no sanitarios que atienden a esta población.

Junio 2026

Informe de resultados



Contenido

Índice de figuras	1
Índice de tablas	2
Índice de tablas suplementarias	2
0. Resumen ejecutivo	6
→ El contexto	6
→ El proyecto	6
→ Las encuestas	6
→ El uso sexualizado de sustancias desde la perspectiva del usuario	6
→ El fenómeno <i>chemsex</i> desde la perspectiva de los profesionales	8
Principales retos para los profesionales	8
1. Introducción	9
2. Resumen del proyecto	11
3. Encuesta dirigida a usuarios de sustancias en contexto sexual	14
→ Objetivos	14
→ Metodología	14
Diseño y desarrollo de la encuesta	14
Estrategia de difusión y despliegue	15
Población de estudio	15
Análisis de resultados	15
Análisis de seguridad de los participantes	16
→ Resultados	16
Bloque 0. Perfil sociodemográfico	17
Bloque 1. Uso sexualizado de sustancias	19
Bloque 2. Aspectos sociales, emocionales y recursos de apoyo	25
Bloque 3. Aspectos sanitarios relacionados con el uso sexualizado de sustancias	29
→ Limitaciones del estudio	32
4. Encuesta dirigida a profesionales implicados en el abordaje del <i>chemsex</i>	33
→ Objetivos	33
→ Metodología	33

Diseño y desarrollo de la encuesta	33
Estrategia de difusión y despliegue	33
Población de estudio	34
Análisis de resultados y seguridad de los participantes	34
→ Resultados	34
Bloque 0. Datos generales	34
Bloque 1. Conocimiento sobre el fenómeno <i>chemsex</i>	36
Bloque 2. Formación relacionada con el <i>chemsex</i>	37
Bloque 3. Planificación sanitaria y organización asistencial	40
Bloque 4. Procesos y recursos para la atención al <i>chemsex</i>	42
Bibliografía	48
Anexos	49
Anexo 1. Resultados recopilados de la encuesta dirigida a usuarios de <i>chemsex</i>	49
Perfil sociodemográfico	49
Uso sexualizado de sustancias	51
Aspectos sociales, emocionales y recursos de apoyo	58
Aspectos sanitarios relacionados con el uso de sustancias en contextos sexuales	61
Anexo 2. Resultados recopilados de la encuesta dirigida a profesionales implicados en el abordaje del <i>chemsex</i>	64
Datos Generales	64
Conocimiento sobre el fenómeno <i>chemsex</i>	65
Formación relacionada con el <i>chemsex</i>	67
Herramientas de planificación sanitaria y organización asistencial	69
Procesos y recursos para la atención al <i>chemsex</i>	71
Anexo 3. Centros de trabajo (encuesta a profesionales)	78
Anexo 4. Otros retos identificados (encuesta a profesionales)	79
Conocimiento sobre el fenómeno <i>chemsex</i>	79
Formación relacionada con el <i>chemsex</i>	79
Herramientas de planificación sanitaria y organización asistencial	80
Procesos y recursos para la atención al <i>chemsex</i>	80
Anexo 5. Necesidades formativas (encuesta a profesionales)	81

**Anexo 6. Acciones para el seguimiento de los usuarios
(encuesta a profesionales)**

81

**Anexo 7. Aspectos clave para la prevención y reducción de riesgos
(encuesta a profesionales)**

82

**Anexo 8. Buenas prácticas para el abordaje inicial, tratamiento
y acompañamiento (encuesta a profesionales)**

83

Índice de figuras

Figura 1. Distribución de la muestra por provincias.	17
Figura 2. Situación laboral de los encuestados.	18
Figura 3. Nivel de ingresos de los encuestados.	18
Figura 4. Consumo general de sustancias y consumo en contexto sexual sobre el total de personas encuestadas.	20
Figura 5. Edad de inicio del uso sexualizado de sustancias en la población de estudio.	22
Figura 6. Motivos para continuar realizando un uso sexualizado de sustancias en la población de estudio.	23
Figura 7. Métodos de acceso al uso sexualizado de sustancias.	24
Figura 8. Contexto de los episodios de uso sexualizado de sustancias.	24
Figura 9. Número de parejas sexuales ocasionales.	25
Figura 10. Pensamientos relacionados con la homofobia internalizada.	26
Figura 11. Percepción del control sobre las relaciones sexuales.	26
Figura 12. Grado de preocupación por el impacto que suponen el uso sexualizado de sustancias en las distintas esferas de la vida de los usuarios.	27
Figura 13. Fuentes de información.	28
Figura 14. Temáticas de interés sobre las que los usuarios desean recibir información.	28
Figura 15. Problemas de salud relacionados con el uso sexualizado de sustancias.	29
Figura 16. Situación VIH de los usuarios que consumen sustancias en contexto sexual.	30
Figura 17. Distribución de los profesionales encuestados según su especialidad y ámbito de trabajo respectivamente.	35
Figura 18. Distribución geográfica de los encuestados.	35
Figura 19. Percepción sobre el conocimiento del fenómeno <i>chemsex</i> entre distintos grupos de población.	36

Figura 20. Retos para el conocimiento en torno al <i>chemsex</i> , ordenados según el grado de relevancia.	37
Figura 21. Proporción de profesionales dentro de cada especialidad que han recibido formación específica.	38
Figura 22. Necesidades formativas ordenadas según el grado de relevancia.	39
Figura 23. Retos para la formación en torno al <i>chemsex</i> , ordenados según el grado de relevancia.	40
Figura 24. Retos para la planificación sanitaria y organización asistencial en torno al <i>chemsex</i> , ordenados según el grado de relevancia.	41
Figura 25. Análisis frecuencia con la que los profesionales preguntan proactivamente por la práctica de <i>chemsex</i> a personas de riesgo por especialidad.	43
Figura 26. Aspectos clave para el desarrollo de un programa de prevención y reducción de riesgos ordenados según el grado de relevancia.	44
Figura 27. Buenas prácticas para el abordaje inicial, tratamiento y acompañamiento según el grado de relevancia.	46
Figura 28. Retos para la atención y seguimiento del <i>chemsex</i> , ordenados según el grado de relevancia.	47

Índice de tablas

Tabla 1. Composición del Comité de Expertos y los grupos de trabajo.	12
Tabla 2. Análisis de las vías de administración utilizadas para las principales sustancias relacionadas con la práctica de <i>chemsex</i> .	21
Tabla 3. Agentes clave para la prevención y cribado dentro de cada especialidad.	42
Tabla 4. Agentes clave para el abordaje inicial, tratamiento y acompañamiento dentro de cada especialidad.	45

Índice de tablas suplementarias

Tabla Suplementaria 1. Datos generales de usuarios encuestados.	49
Tabla Suplementaria 2. Datos geográficos de usuarios encuestados.	50
Tabla Suplementaria 3. Datos relacionados con el nivel de estudios, situación laboral y nivel de ingresos de los usuarios encuestados.	50
Tabla Suplementaria 4. Datos relacionados con la situación de pareja y la orientación sexual de los encuestados.	51
Tabla Suplementaria 5. Datos relacionados sobre las sustancias utilizadas por los encuestados en contexto sexual y no sexual.	51
Tabla Suplementaria 6. Vías de administración de las principales sustancias relacionadas con el <i>chemsex</i> .	52

Tabla Suplementaria 7. Uso compartido de materiales para el consumo de las principales sustancias relacionadas con el <i>chemsex</i> .	53
Tabla Suplementaria 8. Resultados sobre percepción de la problemática y búsqueda de ayuda.	54
Tabla Suplementaria 9. Resultados sobre el inicio del uso sexualizado de sustancias.	54
Tabla Suplementaria 10. Medios utilizados para acceder al consumo sexualizado de sustancias.	55
Tabla Suplementaria 11. Motivaciones para el acceso al uso sexualizado de sustancias.	55
Tabla Suplementaria 12. Contextos en los que realiza un uso sexualizado de sustancias.	56
Tabla Suplementaria 13. Compensaciones económicas y trabajo sexual.	56
Tabla Suplementaria 14. Resultados sobre parejas sexuales ocasionales.	57
Tabla Suplementaria 15. Prácticas sexuales de riesgo y medidas de prevención.	57
Tabla Suplementaria 16. Homofobia internalizada.	58
Tabla Suplementaria 17. Control en el consumo y relaciones sexuales y búsqueda de asesoramiento.	58
Tabla Suplementaria 18. Percepción del riesgo para la salud e impacto sobre otras esferas.	59
Tabla Suplementaria 19. Voluntad de abandono y grado de dependencia.	60
Tabla Suplementaria 20. Resultados relacionados con violaciones.	60
Tabla Suplementaria 21. Acceso a información relacionadas con el <i>chemsex</i> .	60
Tabla Suplementaria 22. Estado de salud percibido.	61
Tabla Suplementaria 23. Problemas de salud relacionados con la práctica de <i>chemsex</i> .	61
Tabla Suplementaria 24. Conocimiento del estado serológico y acceso a pruebas.	62
Tabla Suplementaria 25. Resultados relacionados con la PrEP.	62
Tabla Suplementaria 26. Resultados relacionados con el uso de PEP.	63
Tabla Suplementaria 27. Resultados relacionados con el TAR.	63
Tabla Suplementaria 28. Resultados relacionados con el diagnóstico de otras ITS.	63
Tabla Suplementaria 29. Profesionales encuestados.	64
Tabla Suplementaria 30. Distribución geográfica de los profesionales encuestados.	65
Tabla Suplementaria 31. Percepción sobre el grado de conocimiento propio (general).	65
Tabla Suplementaria 32. Percepción del grado de conocimiento dentro de cada especialidad.	65

Tabla Suplementaria 33. Percepción sobre el conocimiento entre distintos grupos de población y la falta de datos como posibles causas.	66
Tabla Suplementaria 34. Retos para el conocimiento en torno al <i>chemsex</i> .	67
Tabla Suplementaria 35. Resultados relacionados con el acceso a formación relacionada con el <i>chemsex</i> .	67
Tabla Suplementaria 36. Necesidades formativas en el ámbito del <i>chemsex</i> .	68
Tabla Suplementaria 37. Preferencias para la formación en el ámbito del <i>chemsex</i> .	68
Tabla Suplementaria 38. Retos para la formación en torno al <i>chemsex</i> .	69
Tabla Suplementaria 39. Conocimiento de las principales herramientas de planificación sanitaria y organización asistencial relacionadas con el <i>chemsex</i> .	69
Tabla Suplementaria 40. Conocimiento de otras herramientas de planificación en <i>chemsex</i> dentro de cada especialidad.	70
Tabla Suplementaria 41. Retos para la planificación sanitaria y organización asistencial en torno al <i>chemsex</i> .	71
Tabla Suplementaria 42. Principales agentes clave para la prevención y cribado del <i>chemsex</i> .	71
Tabla Suplementaria 43. Agentes clave para la prevención según las distintas especialidades.	72
Tabla Suplementaria 44. Conocimiento de programas de prevención y reducción de riesgos.	72
Tabla Suplementaria 45. Aspectos clave para el desarrollo de un programa de prevención y reducción de riesgos.	73
Tabla Suplementaria 46. Participación de los profesionales encuestados en la prevención y cribado de <i>chemsex</i> en personas de riesgo.	73
Tabla Suplementaria 47. Proactividad de cada especialidad a la hora de preguntar sobre <i>chemsex</i> en personas de riesgo.	74
Tabla Suplementaria 48. Principales agentes clave para el abordaje inicial tratamiento y acompañamiento.	74
Tabla Suplementaria 49. Agentes clave para la abordaje inicial tratamiento y acompañamiento según las distintas especialidades.	75
Tabla Suplementaria 50. Buenas prácticas para el abordaje inicial, tratamiento y acompañamiento según el grado de relevancia.	75
Tabla Suplementaria 51. Principales intervenciones no farmacológicas de utilidad en el <i>chemsex</i> .	76
Tabla Suplementaria 52. Percepción sobre la coordinación multidisciplinar y el conocimiento de los recursos como posible causa de la falta de coordinación.	76
Tabla Suplementaria 53. Retos para la atención y seguimiento del <i>chemsex</i> , ordenados según el grado de relevancia.	77



0. Resumen ejecutivo

→ El contexto

El **uso sexualizado de sustancias** y, en concreto el **chemsex**, entendido como el uso intencionado de sustancias para mantener relaciones sexuales entre hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, personas trans y no binarias, se asocia con **conductas sexuales y de consumo que incrementan el riesgo de infecciones de transmisión sexual y VIH**.

En los últimos años, se ha observado un **aumento de estas prácticas dentro del colectivo LGTBIQ+**, alcanzando tasas de prevalencia de hasta el **12% en el colectivo en nuestro país**.

El uso sexualizado de sustancias y el chemsex son una **prioridad estratégica en España** y desde el Plan Nacional sobre el SIDA, se impulsan acciones para darle respuesta.

En esta línea, en Andalucía existe preocupación por este fenómeno y desde el Plan Andaluz de ITS, VIH y SIDA también se están impulsando **medidas para dar respuesta a este fenómeno**, incluyendo este estudio.

→ El proyecto

El proyecto "**Situación y abordaje del uso sexualizado de drogas y chemsex en Andalucía**" nace como una colaboración vía convenio entre Gilead y la Consejería de Salud y Consumo de Andalucía, con el objetivo de **determinar el estado de situación de la práctica del chemsex y su abordaje actual en Andalucía**.

Una de las líneas de trabajo impulsadas en el marco del proyecto ha sido el **dimensionamiento y caracterización del fenómeno cuantitativa y cualitativamente** que ha dado como resultado el presente informe.

→ Las encuestas

Se realizaron **dos encuestas** con el objetivo de dimensionar y caracterizar el fenómeno en Andalucía:



159 encuestas a usuarios

Hombres *gays*, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, personas trans y no binarias que han realizado un uso sexualizado de sustancias alguna vez en su vida.



235 encuestas a profesionales sanitarios y no sanitarios

De distintos ámbitos y especialidades que ejercen en Andalucía y que están en contacto con usuarios de *chemsex*.

→ El uso sexualizado de sustancias desde la perspectiva del usuario

>95%

La metanfetamina, el GHB/GBL y la **mefedrona** son las drogas más utilizadas en contexto sexual por sus consumidores.



Estas drogas se asocian frecuentemente a prácticas de *chemsex*.

>70%	El uso compartido de materiales es muy frecuente en personas que consumen por vía esnifada.	→ El uso compartido de jeringuillas es menos frecuente (20% en metanfetamina y 16,7% en mefedrona)
45,2%	Una minoría de encuestados consultan con profesionales acerca de su problemática de consumo.	→ En la mayoría de los casos (>50%) los profesionales consultados son del ámbito comunitario,
73%	Acceden a sesiones de uso sexualizado de sustancias a través de aplicaciones de contactos y redes sociales.	>80% De los episodios de uso sexualizado de sustancias ocurren en espacios privados , generalmente en el domicilio de otros.
42%	Prefieren que los episodios de uso sexualizado de sustancias sean en grupo con más de 3 personas.	81% Señalan que los episodios bajo el uso de sustancias se prolongan durante más de 2 horas.



Los usuarios de sustancias en contextos sexuales tienen más de 25 parejas sexuales ocasionales anuales.



La mayoría de los usuarios NO utilizan preservativo NUNCA (58,6%) o CASI NUNCA (24,8%).

El **81,1%** reconocen que el uso sexualizado de sustancias favorece que tengan más relaciones sin preservativo o con un mayor número de personas.

El uso sexualizado de sustancias y, sobre todo, aquellas prácticas de *chemsex* se **relacionan con problemas de salud que requieren atención médica**, destacando las ITS (65%) y problemas de salud mental (47,5%). En relación con el VIH:

34,5%	De los encuestados son personas que viven con el VIH.	→ El 98% de ellos se encuentran en tratamiento con TAR.
38%	De las personas en tratamiento con TAR, han experimentado olvidos o retrasos.	68% De las personas asocian los olvidos o retrasos al uso sexualizado de sustancias.
65,5%	De los encuestados son seronegativos o desconocen su estado serológico.	→ Más del 60% han realizado tratamientos preventivos con PrEP (61,9%) o PEP (28,6%).
27%	De las personas en PrEP han experimentado olvidos o retrasos.	25% De las personas asocian los olvidos o retrasos al uso sexualizado de sustancias.
65,5%	Afirman que el motivo para usar PEP está relacionado con el uso sexualizado de drogas.	

Los resultados de la encuesta señalan la necesidad de reforzar la concienciación y las estrategias de prevención y reducción de riesgos en personas que realizan un uso sexualizado de sustancias, independientemente del tipo de prácticas que realicen.

→ El fenómeno *chemsex* desde la perspectiva de los profesionales

76,6%	El grado de conocimiento en torno al <i>chemsex</i> es, en general, MEDIO o BAJO.	→ Este conocimiento varía en función de la especialidad, siendo mayor en los médicos internistas/infecciosos.
40,4%	De los profesionales encuestados han recibido formación sobre <i>chemsex</i> .	→ Los profesionales que más formación reciben sobre este fenómeno son médicos internistas/infecciosos, de adicciones o de familia. → Los profesionales reclaman más formación sobre prevención y reducción de riesgos, y cribado y abordaje inicial del <i>chemsex</i> .
66%	De los profesionales encuestados desconocen el PAITSIDA.	63% Desconocen las herramientas nacionales que abordan el <i>chemsex</i> . (Documentos técnicos sobre cribado y salud mental y guías)
69%	Preguntan proactivamente sobre <i>chemsex</i> en perfiles de riesgo.	→ Depende de la especialidad, por ejemplo, los médicos de familia son los que menos preguntan.

Principales retos para los profesionales

- 1 Adquisición de **competencias culturales y sensibilización** para abordar el *chemsex*.
- 2 Disponibilidad de **datos para caracterizar este fenómeno y evaluar su impacto** sobre la salud.
- 3 **Sensibilización de los profesionales** implicados sobre la **necesidad de formarse en *chemsex***.
- 4 **Tiempo y recursos para acceder a actividades** formativas en general.
- 5 Crear **guías o protocolos a nivel de áreas sanitarias y/o centros**, adaptados a los recursos disponibles.
- 6 Desarrollo de **directrices claras para abordar el fenómeno del *chemsex*** en Andalucía.
- 7 Crear un **espacio de confianza, libre de estigmas** donde los usuarios puedan hablar abiertamente.
- 8 Implementar **herramientas y protocolos para una identificación temprana** del consumo.

1. Introducción

Actualmente, no existe una definición de consenso para el fenómeno del *chemsex*. Comúnmente se entiende como un uso intencionado de sustancias para mantener relaciones sexuales entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, y personas trans y no binarias. Esta práctica, a menudo, tiene como objetivos aumentar la excitación y las experiencias sexuales intensas, así como, manejar la inhibición y la falta de confianza para realizar determinadas prácticas sexuales.

Según los resultados preliminares de la encuesta europea EMIS-2024^a, la prevalencia de las prácticas de *chemsex* en España se sitúa en torno al 12% (pregunta referida a las últimas cuatro semanas), siendo una de las más altas en Europa, junto con la de Países Bajos, si bien, se refiere a la práctica en las últimas 4 semanas, por lo que es conveniente esperar a los resultados definitivos para determinar la tasa correspondiente a los datos anuales. El *chemsex* se asocia con conductas sexuales y de consumo que incrementan notablemente el riesgo de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH. En este sentido, la encuesta señala una mayor frecuencia de prácticas de *chemsex* en personas diagnosticadas con VIH, situándose en torno al 15%.

Por otro lado, de acuerdo con los últimos datos nacionales del Sistema de Información de Programas de Profilaxis Pre-exposición al VIH en España (SIPrEP), la tasa de personas en estos programas que practican *chemsex* aumenta hasta un 22,2%.

Sin embargo, los estudios de prevalencia de *chemsex* presentan numerosas limitaciones desde el reclutamiento de participantes, hasta las características que definen estas sesiones.

En cualquier caso, de manera general se ha percibido un aumento de este fenómeno en los últimos años dentro del colectivo LGBTIQ+, junto con la aparición de nuevas sustancias psicoactivas y el *slam* o *slamming*^b, cada vez más disparado en ciertos países. Todo ello resalta la necesidad de abordar el *chemsex* como una prioridad de salud pública en España debido a las altas tasas reportadas.

Por ello, desde la División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, se han impulsado distintas acciones con el objetivo de dar respuesta a dicho fenómeno y promover un abordaje multidisciplinar del mismo. Uno de los objetivos del Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Infección por el VIH y otras ITS, es la "prevención combinada" que abarca desde la promoción de la salud sexual y uso de preservativo, implementación adecuada de la Profilaxis Pre-exposición, y promoción de la Profilaxis Post-Exposición, hasta el manejo multidisciplinar del *chemsex* y la reducción de riesgos en el uso inyectado de sustancias.

En esta línea, algunas comunidades autónomas han desarrollado sus propias iniciativas estratégicas para el abordaje del *chemsex*. Por ejemplo, Cataluña con el programa "*chemsex: prevenció, detecció i abordatge a Catalunya*" un documento marco fruto del trabajo colaborativo entre profesionales de distintos servicios así como de los propios usuarios de *chemsex* en la comunidad; Comunidad Valenciana, con el "Programa para la respuesta coordinada al *chemsex* 2025-2027" que pretende planificar y organizar la atención al *chemsex* en torno a distintos ejes desde la prevención (indicada y selectiva), cribado, atención a los usuarios, formación, vigilancia epidemiológica, hasta la coordinación de la respuesta al fenómeno; y la Comunidad de Madrid con la "Iniciativa para un respuesta coordinada al *chemsex* 2023-2026" que tiene por objetivo impulsar una respuesta institucional coordinada acorde a las necesidades de salud relacionada con el *chemsex*.

a. Encuesta europea sobre salud sexual dirigida a Hombres que tienen Sexo con Hombres, personas trans y no binarias que aborda temas sobre sexo, uso de drogas, salud mental, estigma y discriminación, con el objetivo de conocer mejor las necesidades de este colectivo y facilitar la adaptación y mejora de los servicios y acciones estratégicas a dichas necesidades.

b. Uso inyectado de sustancias en contexto *chemsex*.

Por su parte en Andalucía, el Plan Andaluz de ITS, VIH y SIDA 2023 – 2030 (PAITSIDA) señala la preocupación sobre el fenómeno *chemsex* y, establece entre sus objetivos la creación de una subcomisión en materia de *chemsex* que trabaje sobre la prevención y abordaje de este fenómeno a nivel de toda la comunidad.

En este contexto, nace el proyecto “Situación y abordaje del *chemsex* en Andalucía”, desarrollado en el marco de un convenio de colaboración entre Gilead y la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias con el objetivo de dar respuesta al fenómeno *chemsex* de manera alineada con los objetivos y líneas de actuación que se establecen en el marco del PAITSIDA.

2. Resumen del proyecto

El proyecto “**Situación y abordaje del chemsex en Andalucía**”, busca, de manera general, **determinar el estado de situación de la práctica del chemsex y su abordaje actual en Andalucía**, estableciendo como **objetivos específicos**, los siguientes:

1. Dimensionar y caracterizar el fenómeno *chemsex* cuantitativa y cualitativamente.
2. Describir, desde el punto de vista del sistema sanitario público, un circuito asistencial para el abordaje de este fenómeno.
3. Identificar y definir iniciativas y estrategias específicas para la prevención y formación respecto al *chemsex* y establecer indicadores que permitan el seguimiento de las mismas.

Para la consecución de los objetivos planteados, se han constituido **tres grupos de trabajo multidisciplinares** enfocados en cada uno de los objetivos específicos respectivamente. Además, el coordinador del proyecto, César Sotomayor, junto con Javier De La Torre, coordinador del PAITSIDA y Raúl Soriano, consultor experto en *chemsex*, dan soporte transversal a los tres grupos de trabajo con el objetivo de asegurar el alineamiento entre los grupos y la complementariedad de las acciones llevadas a cabo en el marco del proyecto ([Tabla 1](#)).

El presente informe recoge el trabajo realizado por parte del grupo de trabajo 1 que, a su vez, servirá como base para el desarrollo del trabajo de los grupos 2 y 3.

Con el objetivo de dimensionar y caracterizar el fenómeno en Andalucía, el grupo de trabajo 1 ha desarrollado **dos encuestas**: una dirigida a hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, personas trans y no binarias; y una otra dirigida a profesionales implicados en el abordaje del *chemsex*.

Teniendo en cuenta las características de la población estudiada y las limitaciones que presentan otros estudios sobre *chemsex*, **la encuesta dirigida a hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, personas trans y no binarias, se ha planteado con un alcance mayor, estudiando de manera global el uso sexualizado de sustancias en esta población**. Además, las encuestas consideran sustancias, prácticas y contextos que frecuentemente se asocian a sesiones *chemsex*.

De este modo, el presente informe analiza:

(1) El uso sexualizado de sustancias en la población descrita de manera general; **(2)** el *chemsex* definido según las sustancias utilizadas y la duración media de los episodios sexuales bajo el uso de dichas sustancias; y **(3)** otros usos sexualizados, término utilizado para discernir de aquellos que se definen como *chemsex*.

Se tratan de las primeras encuestas realizadas a nivel autonómico para dimensionar y caracterizar el uso sexualizado de sustancias en la población de estudio y el fenómeno *chemsex* a nivel de Andalucía, tanto desde el punto de vista de los usuarios, como desde el punto de vista de los profesionales.

↓ Tabla 1. Composición del Comité de Expertos y los grupos de trabajo.

Grupo	Nombre	Cargo
TRANSVERSAL	CÉSAR SOTOMAYOR DE LA PIEDRA <i>Coordinador del Proyecto</i>	Médico en la Unidad de enfermedades infecciosas, microbiología y parasitología del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.
	JAVIER DE LA TORRE	Coordinador del Plan Andaluz frente a las ITS/VIH y SIDA (PAITSIDA) y médico internista especialista en Enfermedades Infecciosas del Hospital Costa del Sol, Málaga.
	RAÚL SORIANO OCÓN	Sociólogo. Consultor en <i>chemsex</i> .
GRUPO 1 DIMENSIONAMIENTO Y CARACTERIZACIÓN	JOSÉ MIGUEL SAUCEDO <i>Coordinador de grupo</i>	Psicólogo Sanitario y sexólogo en Adhara, Asociación VIH/SIDA.
	CRISTINA GÓMEZ AYERBE	Médico Especialista en Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.
	JESÚS MORENO	Unidad de Innovación y Análisis de Datos del Hospital Virgen Macarena, Sevilla.
	ALBERTO ZAMBRANO	Psicólogo. Coordinador del Programa para la Atención de las Adicciones del Ayuntamiento de Sevilla.
GRUPO 2 CIRCUITO ASISTENCIAL	FRANCISCO GOTOR <i>Coordinador de Grupo</i>	Médico Especialista en Psiquiatría en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.
	JAVIER ARENAS	Farmacéutico Especialista en Farmacia Hospitalaria del Hospital Costa del Sol de Málaga.
	LEOPOLDO MUÑOZ	Médico Especialista en Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada.
	JUAN JESÚS RUIZ	Médico Especialista en Adicciones. Director del Centro Provincial de Drogodependencias y otras adicciones de Málaga.
	ELMA AVANESI	Médico Especialista en Psiquiatría en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.
	CARMEN DÍAZ DORNA	Subdirección de Programas y Desarrollo del SAS.
	SUSANA FERNÁNDEZ	Enfermera de la consulta PrEP del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Grupo	Nombre	Cargo
GRUPO 3 PREVENCIÓN Y FORMACIÓN	MÓNICA MAURE RICO <i>Coordinador de Grupo</i>	Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.
	ANAÍS CORMA	Exfacultativa del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Microbiología del Hospital Universitario de Valme de Sevilla. Ex coordinadora del grupo Andaluz de Estudio de las Hepatitis Víricas de la Sociedad Andaluza de Microbiología Clínica e Infecciosas. Actualmente Clínica-Investigadora Juan Rodés en la Unidad de Medicina Interna-Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico Universitario Clínico-Malvarrosa e INCLIVA, Valencia.
	PABLO GARCÍA CUBILLANA	Enfermero de Salud Mental y Psicólogo. Coordinador del Plan Andaluz de Vida Saludable.
	JOSÉ CARMONA CALVO	Psiquiatra coordinador de la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Jerez.
	ARGELIO GALLEG0	Psicólogo y sexólogo. Asociación Stop Sida.
	NURIA LUQUE	Departamento de comunicación de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Gilead ha contribuido al proyecto con el apoyo técnico y metodológico de la consultora SILO (Science and Innovation Link Office), sin influir en los contenidos del presente informe.

3. Encuesta dirigida a usuarios de sustancias en contexto sexual

→ Objetivos

El objetivo principal de la encuesta es caracterizar el uso sexualizado de sustancias entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, personas trans y no binarias de Andalucía, considerando sustancias, prácticas y contextos que se asocian frecuentemente con la práctica de *chemsex*^c. La encuesta analiza los siguientes aspectos:

- Perfil sociodemográfico de los usuarios.
- Estado de salud y aspectos relacionados con el uso sexualizado de sustancias en la población de estudio.
- Hábitos y patrones de consumo de sustancias y su uso sexualizado en la población de estudio.
- Prácticas sexuales y comportamientos de riesgo en el marco del uso sexualizado de sustancias en la población de estudio, frecuentemente asociados a la práctica de *chemsex*.
- Percepción del riesgo e impacto sobre la salud y otras esferas de la vida.
- Acceso a información y recursos sanitarios y de apoyo.

De este modo, el análisis permite realizar estimaciones sobre la dimensión relativa del uso sexualizado de sustancias en la población de estudio, su distribución en Andalucía y caracterizar a los usuarios en cuanto a sus motivaciones, hábitos de consumo, prácticas sexuales, aspectos psicológicos, emocionales y sociales, y aspectos sanitarios y de atención. Además, se pueden identificar algunos patrones y hábitos comúnmente asociados a la práctica de *chemsex*.

→ Metodología

Diseño y desarrollo de la encuesta

La elaboración de la encuesta ha sido guiada por el grupo de trabajo 1 ([ver Tabla 1](#)), coordinadores y expertos transversales (en adelante, "el grupo").

Inicialmente, se recogió información y referencias bibliográficas consideradas de interés por parte el grupo, entre las que se incluyeron modelos de encuesta previamente utilizados por otras instituciones u organizaciones en relación con el uso sexualizado de sustancias.

El día 5 de noviembre de 2024 se celebró una reunión el grupo durante la que se compartieron distintas ideas y aspectos clave para la elaboración de la encuesta que sirvió como base para la elaboración de un primer borrador de encuesta dirigida a usuarios.

El borrador fue compartido con el grupo y revisado vía email. Las aportaciones y sugerencias realizadas por el grupo fueron incorporadas sobre un borrador final que fue validado en una reunión de trabajo celebrada el 18 de noviembre de 2024.

c. El término *chemsex* utilizado en el marco de este estudio se refiere al uso concreto de, al menos, una de las siguientes sustancias: **GHB/GBL, la mefedrona, la metanfetamina, la cocaína y la ketamina, en sesiones sexuales de más de 2 horas de duración**. En caso de no cumplir dichos criterios, se considera el término general "uso sexualizado de sustancias".

Finalmente, la encuesta fue alojada en la Plataforma Eval&Go para su distribución y recogida de datos y se mantuvo operativa desde el 18 de diciembre de 2024 hasta el 19 de mayo de 2025.

Estrategia de difusión y despliegue

Durante el mes de diciembre de 2024 se definió una estrategia de difusión y despliegue en coordinación con distintos miembros del grupo.

Considerando el perfil de usuarios de sustancias en contexto sexual y *chemsex*, así como, los distintos servicios sociosanitarios a través de los que reciben atención, se optó por una estrategia de difusión masiva de la encuesta a través de las siguientes vías:

- Servicio Andaluz de Salud: centros o unidades de adicciones, unidades de Enfermedades Infecciosas, unidades de Salud Mental, consultas PrEP, redes sociales (TikTok, Instagram), salas de espera de los hospitales.
- Sociedad Andaluza de Microbiología y Enfermedades Infecciosas (SAMICEI)/Grupo de Estudio de la Infección por el VIH y Enfermedades Asociadas (GAEVIH): a los socios para su difusión a pacientes.
- Entidades comunitarias: ONGs y asociaciones del entorno LGTBIQ+, prisiones.

Población de estudio

Dado que se realizó una difusión masiva de la encuesta, se establecieron los siguientes criterios de inclusión de cara al análisis de resultados:

- **Sexo asignado al nacer:** hombre
- **Identidad de género:** hombre, mujer (trans), o no binario.
- **Residencia:** Andalucía.
- **Orientación sexual:** gay, bisexual u otro hombre que tiene sexo con hombres (GBHSH).
- Uso de sustancias en contexto sexual alguna vez en la vida.

Análisis de resultados

La plataforma Eval&Go permite la extracción de una hoja de cálculo en el que se recopilan las respuestas por usuario y por pregunta.

Para el análisis de resultados, se descargó la hoja de cálculo con el total de cuestionarios iniciados sobre los que se descartaron, de acuerdo con los criterios de inclusión, aquellos cuestionarios respondidos por mujeres y/u hombres heterosexuales que no han tenido sexo con otros hombres; personas que no residen en Andalucía; y personas que nunca han hecho un uso sexualizado de sustancias.

Posteriormente se llevó a cabo una rigurosa transformación de los datos con el objetivo de facilitar el análisis de resultados y la explotación de la información.

El proceso de análisis de datos constará de las siguientes etapas:

1. **Revisión de datos:** los datos obtenidos a través de los cuestionarios serán revisados minuciosamente por el equipo consultor para identificar y corregir posibles errores, inconsistencias o datos ausentes. Este proceso incluye la corrección de entradas erróneas, asegurando que los datos sean coherentes y representativos de la población de estudio.
2. **Estandarización de variables:** se aplicarán procesos de estandarización para unificar las variables de interés, adaptando las respuestas a un formato común que facilite el análisis comparativo. Esto incluye la codificación de variables categóricas y la normalización de los datos cuantitativos, permitiendo una integración homogénea de la información proveniente de diversas fuentes.

3. **Codificación y clasificación de respuestas:** las respuestas de los cuestionarios, especialmente las de naturaleza cualitativa, serán codificadas mediante técnicas de análisis de contenido. Esto permitirá transformar información textual en datos cuantificables, facilitando su posterior análisis.
4. **Preparación para el análisis:** los datos serán organizados en conjuntos de datos específicos que se ajusten a los objetivos del análisis. Esta fase incluye la creación de bases de datos estructuradas y listas para el análisis mediante herramientas como Microsoft Excel, facilitando el acceso y la manipulación de los datos durante las etapas analíticas posteriores.

De este modo, partiendo de esta transformación de datos, se realizó un análisis descriptivo utilizando Microsoft Excel, en la versión más reciente disponible en el momento de la encuesta.

Por último, cabe mencionar que del total de cuestionarios iniciados, el 36% de las personas abandonaron antes de finalizar. En este sentido, y dado que muchas de las preguntas son condicionales se realiza el análisis sobre los cuestionarios completados. En cualquier caso, el [Anexo 1](#) recoge los resultados totales en cada pregunta, incluyendo cuestionarios completos e incompletos.

NOTA: las comparativas realizadas a lo largo del documento han de interpretarse con cautela debido al carácter descriptivo del análisis.

Análisis de seguridad de los participantes

Dado que la encuesta no incluye intervenciones médicas o farmacológicas específicas, no se realiza un análisis de seguridad en el sentido clínico habitual, si bien, se tomaron medidas rigurosas para garantizar la seguridad de los datos personales y sensibles de los participantes, garantizando la anonimización y protección de datos, siguiendo lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD).

Adicionalmente, los participantes tuvieron que aportar su consentimiento informado como muestra de su conformidad con la participación en la encuesta.

→ Resultados

En total se iniciaron **323 encuestas**. Teniendo en cuenta los criterios de inclusión establecidos en la metodología, se descartaron aquellas encuestas que reflejaban alguno de los siguientes resultados:

- "Mujer" en las preguntas sobre sexo asignado al nacer e identidad de género (se incluye a las mujeres trans): 31
- "Otro" en la pregunta sobre la provincia de residencia: 20
- "Heterosexual" en la pregunta sobre orientación sexual y que únicamente hayan tenido parejas sexuales ocasionales mujeres: 13
- Personas que no hayan consumido sustancias en contexto sexual en ningún momento (no se descartan aquellas personas que no han consumido en contexto sexual en los últimos 12 meses, pero sí alguna vez en su vida): 10

Adicionalmente, se descartan aquellas encuestas iniciadas que se abandonan antes de llegar a la pregunta sobre consumo de sustancias (n=59). De este modo, el **total de encuestas iniciadas que cumplen los criterios de inclusión** en la encuesta es de **190**.

Teniendo en cuenta que la mayoría de las preguntas a partir del bloque sobre hábitos de consumo son condicionales, se realiza el **análisis sobre el total de encuestas completadas que cumplen los criterios de inclusión en la encuesta (N=159)^d**.

NOTA: Puede ver el detalle del análisis, incluyendo las encuestas incompletas en el [Anexo I](#) del presente documento.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

159 hombres gais, bisexuales, otros hombres y mujeres trans que tienen sexo con hombres, personas trans o no binarias residentes en Andalucía y que han realizado un consumo sexualizado de sustancias alguna vez en su vida.

Bloque 0. Perfil sociodemográfico

Datos generales

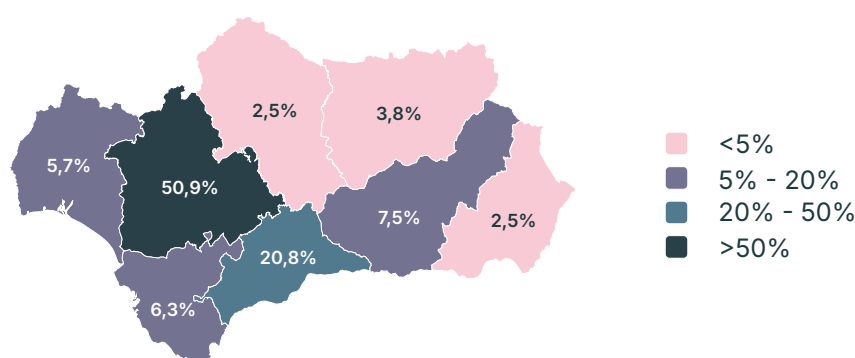
De los cuestionarios analizados, el **97,5%** (n=155) corresponde a **hombres CIS** y el 2,5% restante se identifica como mujer trans (1,3%; n=2), persona no binaria (0,6%; n=1) o prefiere no responder (0,6%; n=1).

En cuanto a distribución por edad, el **72,9%** de los encuestados, se sitúan **entre los 30 y los 49 años** (42,1%, n=67; 30-39 años y 30,8%, n=49; 40-49 años), no hay personas menores de 20 años, ni mayores de 70 entre los cuestionarios incluidos en el alcance del análisis. Del 27,1% restante, el 13,8% (n=22) se sitúan entre los 50 y los 59 años, un 10,7% (n=17) entre los 20 y los 29, y un 2,5% (n=4) entre 60 y 69 años.

Datos geográficos

El **90,6%** (n=144) de los encuestados son españoles, mientras que el 9,4% (n=15) restante procede de otros orígenes, incluyendo Rumanía, Brasil, El Salvador, Irlanda y Suiza.

Como se comentaba anteriormente, la encuesta incluye solo personas residentes en Andalucía. En este contexto, la mayoría de los participantes proceden de **Sevilla y Málaga con un 50,9% (n=81) y un 20,8% (n=33)** respectivamente, siendo notablemente menor la participación de otras provincias. Además, el 69,8% (n=111) de los participantes reside en áreas urbanas (>100.000 habitantes).



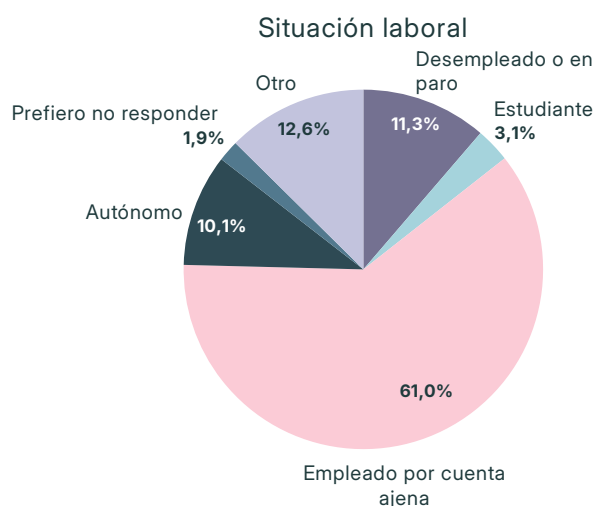
↑ Figura 1. Distribución de la muestra por provincias.

d. Encuestas completas totales: 207. Se descartan 48 (17 personas que residen fuera de Andalucía, 18 mujeres CIS, 5 hombres heterosexuales que no tienen sexo con hombres, 8 personas que nunca han consumido nunca en contexto sexual)

Datos laborales y académicos

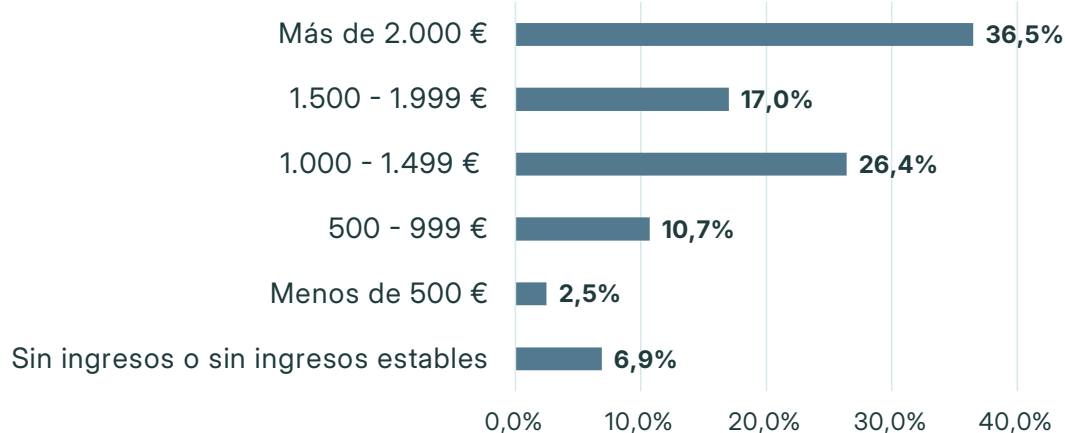
La mayoría de los encuestados (**86,1%**) cuentan con estudios de **Formación Profesional** (18,2%, n=29) o **estudios superiores**, incluyendo diplomaturas, licenciaturas o grados universitarios (41,5%, n=66); y posgrados, máster y doctorado (26,4%, n=42). De la minoría restante, el 8,2% (n=13) disponen de Bachillerato, un 5% (n=8) de la ESO y un 0,6% (n=1) indican no tener estudios.

En cuanto a la situación laboral, la mayoría de los encuestados son empleados por cuenta ajena (61%, n=97). Entre el resto de las categorías contempladas destaca un 12,6% (n=20) que responden "otros", de los cuales 3 personas están jubiladas, 2 presentan bajas o incapacidades y otros 2 indican ser trabajadores sexuales, un 1% del total de personas encuestadas.



↑ Figura 2. Situación laboral de los encuestados.

Por otro lado, se preguntó por el nivel de ingresos en el momento de realizar la encuesta. De manera general, los encuestados tienen ingresos estables siendo en su mayoría superiores a 1.000€ al mes (79,9%, n=127).



↑ Figura 3. Nivel de ingresos de los encuestados.

Datos relativos a las relaciones sexuales y orientación sexual

El **97,5%** (n=155) de los encuestados pertenecen al colectivo **LGTBIQ+** incluyendo personas homosexuales o gais (88,1%, n=140), bisexuales (8,2%, n=13) y otras orientaciones no especificadas (1,3% n=2). El **2,5% (n=4) restante se identifica como heterosexual**, si bien, más adelante en la encuesta, estas personas afirman **mantener relaciones sexuales con hombres ocasionalmente**. El 50% de los que se identifican como heterosexuales, se dedican al trabajo sexual.

Por otro lado, el **28,3% (n=45) siguen un modelo de pareja cerrada** y, por tanto, se entiende que, en el momento de la encuesta sólo tienen una pareja sexual. Sin embargo, por el contrario, un 59,1% (n=94) de los encuestados **niegan tener pareja estable**, un **9,4% (n=15) siguen modelos de pareja abierta**, el **28,3% (n=45) siguen un modelo de pareja cerrada**, y un 3,1% (n=5) señalan otras situaciones que, si bien no especifican, sugiere más de una pareja sexual.

Bloque 1. Uso sexualizado de sustancias

Resultados sobre hábitos de consumo

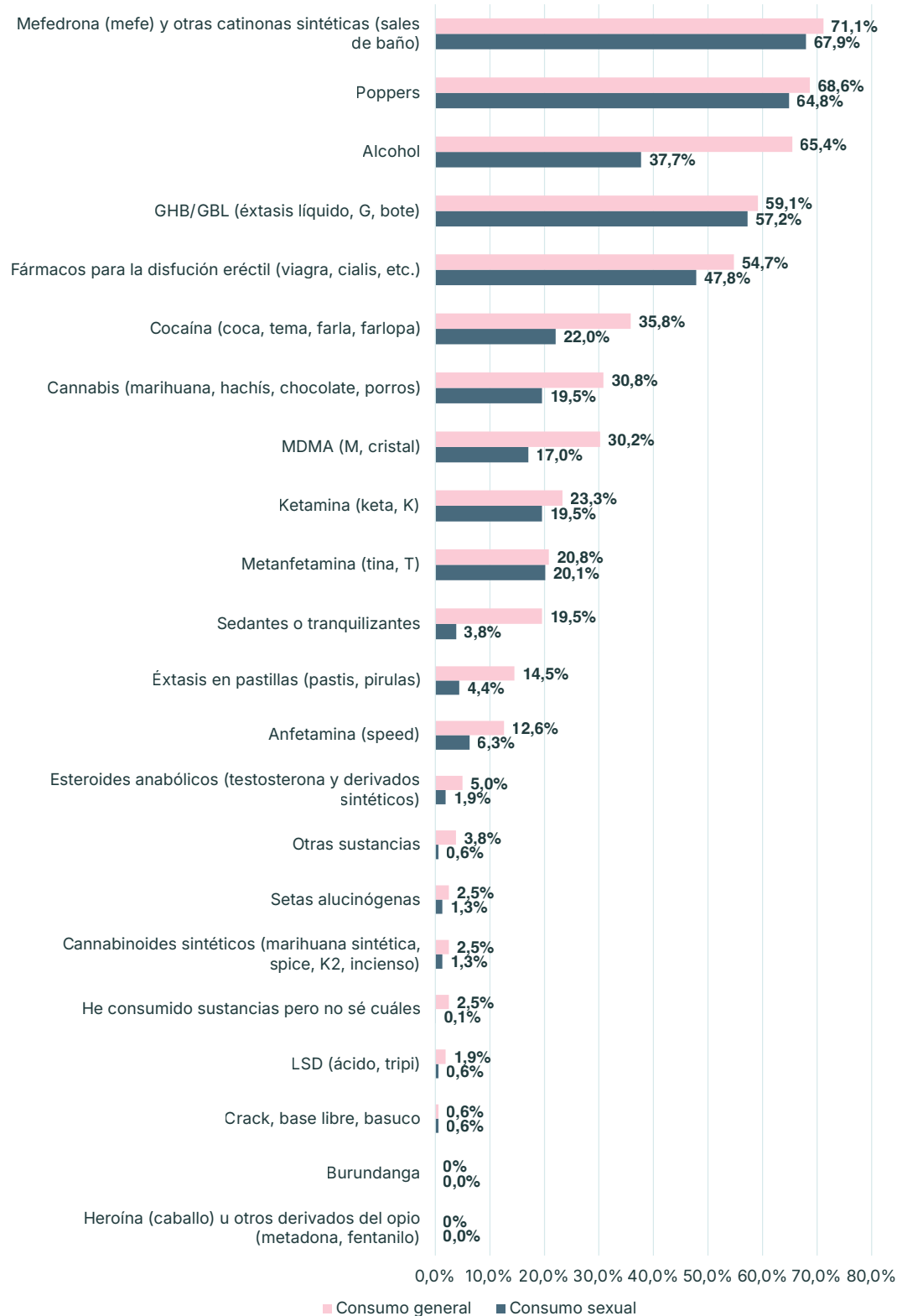
La presente encuesta analiza el consumo de sustancias en contexto general y en contexto sexual (ver detalle en [Anexo 1](#). Resultados recopilados; Uso sexualizado de sustancias).

De los 159 encuestados, el **97,5% (n=155) afirman haber consumido sustancias en los últimos 12 meses**. El 2,5% (n=4) restante, si bien no ha consumido sustancias en los últimos 12 meses, si lo ha hecho en otras etapas de su vida. Entre las sustancias analizadas desde el punto de vista del consumo en general, las que más se consumen^e son la **mefedrona** (71,1%, n=113), los **poppers** (68,6%, n=109), el **alcohol** (65,4%, n=104) y el **GHB/GBL** (59,1%, n=94). Además de las sustancias planteadas en la encuesta un 3,8% (n=6) indica consumir otras, incluyendo el "tusi" y "alfa-PVP".

Por su parte, de los encuestados que afirman haber consumido en los últimos 12 meses, el **95,5% (n=148) lo han hecho en contextos sexuales**, lo que supone un 93% de la N total. El 4,5% restante, al igual que en caso del consumo general, si bien no han consumido en contexto sexual en los últimos 12 meses, si lo ha hecho en otros momentos de su vida ([Figura 4](#))^f.

e. % de personas que consumen la sustancia sobre el total de encuestados.

f. Las personas que habían hecho un uso sexualizado de sustancias alguna vez en su vida (n=11), reportaron un consumo más frecuente de sustancias como los poppers (55%, n=6), la cocaína (45%, n=5), alcohol (36%, n=4).



↑ Figura 4. Consumo general de sustancias y consumo en contexto sexual sobre el total de personas encuestadas.

(*) Preguntas multirrespuesta.

Por su parte, en contexto sexual destacan por un elevado consumo relativo^g la **metanfetamina** (97%, n=32), el **GHB/GBL** (96,8%, n=91), la **mefedrona** (95,6%, n=108) y los **poppers** (94,5%, n=103).

Cabe mencionar que otras sustancias como la ketamina (83,8%, n=31), el cannabis (63,3%, n=31), la cocaína (61,4%, n=35), el alcohol (57,7%, n=60) o el MDMA (56,3%, n=27), también presentan un elevado consumo relativo, superando el 50% de las personas que consumen la sustancia en cualquier contexto.

Por otro lado, se considera en el análisis también el uso de **fármacos para la disfunción eréctil**, consumido de manera general por un **54,7% (n=87)** de los encuestados. De ellos, un **87,4% (n=76) lo hacen en contexto sexual**, si bien, debido a la finalidad del propio fármaco su consumo fuera del ámbito sexual es poco frecuente, por lo que los resultados se han de tomar con cautela.

Adicionalmente, se llevó a cabo un **análisis específico de las vías de administración documentadas para las principales sustancias asociadas al contexto chemsex**. La **Tabla 2** resume los principales resultados obtenidos del análisis de las vías de administración.

↓ Tabla 2. Análisis de las vías de administración utilizadas para las principales sustancias relacionadas con la práctica de *chemsex*.

	Oral	Esnifada	Fumada	Anal	Injectada
GHB/GBL	97,8% (n=89)	—	—	—	—
Cocaína	—	97,1% (n=34)	22,9% (n=8)	—	8,6% (n=3)
Mefedrona	23,1% (n=25)	87% (n=94)	—	30,6% (n=33)	18,5% (n=20)
Metanfetamina	—	18,8% (n=6)	84,4% (n=27)	15,6% (n=5)	18,8% (n=6)
Ketamina	6,5% (n=2)	90,3% (n=28)	—	—	6,5% (n=2)

(*) La tabla recoge el porcentaje de personas que utilizan cada vía de administración para el consumo de la sustancia sobre el total que consumen dicha sustancia. Pregunta multirrespuesta.

Considerando el riesgo que supone el **uso compartido** de materiales para el consumo de sustancias, se observó que se trata de una práctica relativamente **frecuente entre las personas que consumen por la vía esnifada**. Concretamente, el **84,4% (n=78)** de los consumidores de mefedrona vía esnifada comparten rulos, en el caso de la **ketamina** y la **cocaína** este porcentaje es del **75% (n=21)** y **73,5% (n=25)** respectivamente.

Por su parte, la **vía inyectada o slamming** en el contexto *chemsex*, se presenta con relativa frecuencia en el **consumo de metanfetamina** (18,8%) y **mefedrona** (18,5%). En estos casos, aunque es menos frecuente, **el uso compartido se presenta en un 20% (n=4) y de un 16,7% (n=1)** de los que las consumen estas sustancias por dicha vía. El uso compartido del material de inyección incrementa notablemente el riesgo de infecciones por VIH, y Hepatitis B y C.

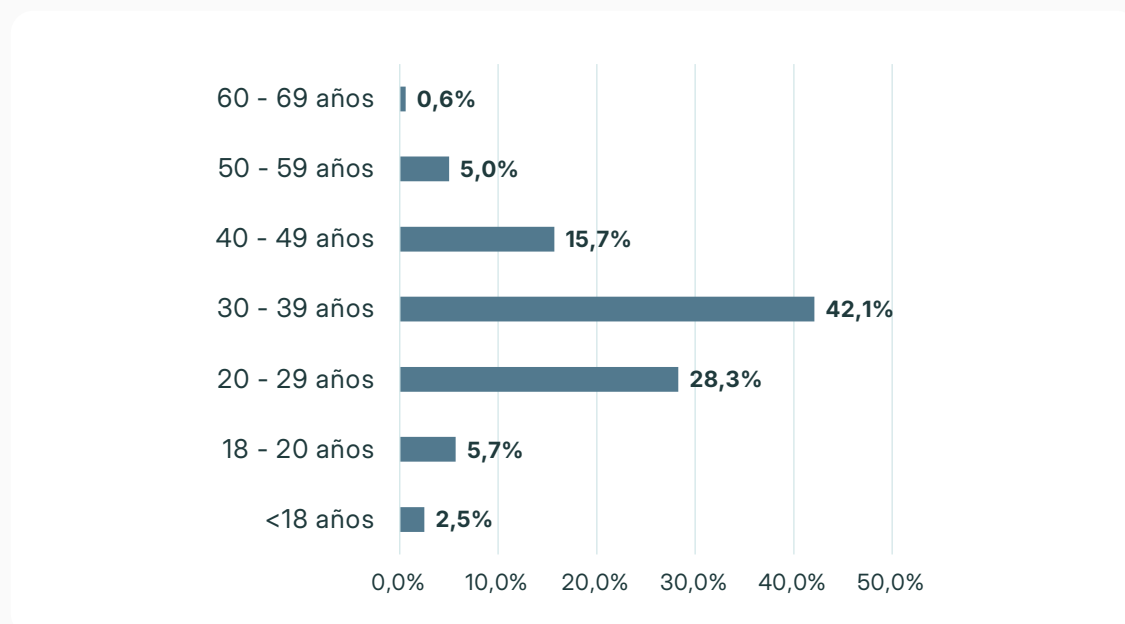
g. % de personas que consumen la sustancia en contexto sexual, sobre el total de personas que consumen la sustancia en cualquier contexto.

Cabe mencionar en este punto que de los 155 encuestados que consumen sustancias en general, un **45,2% (n=70)** ha consultado alguna vez con un profesional acerca de la problemática de su consumo siendo, en su mayoría **profesionales de ONGs y centros comunitarios (51,4%, n=36)** los que atienden estas consultas. Sin embargo, el porcentaje de personas que consultan con profesionales sanitarios es inferior (42,9% en hospitales, n=30; 22,9% en centros de salud, n=16), esto puede suponer una **barrera a la hora de asegurar un abordaje integral del uso sexualizado de sustancias** y las consecuencias derivadas del mismo u otras comorbilidades.

Resultados sobre el acceso, contexto y motivaciones para el uso sexualizado de sustancias en la población de estudio

Para analizar el inicio del uso sexualizado de sustancias y/o *chemsex*^h en la población de estudio, se consideró a aquellas personas que hubiesen hecho un uso sexualizado de sustancias alguna vez a lo largo de su vida. De manera que **se incorporaron al análisis las 11 personas** que habían referido anteriormente **no haber consumido en los últimos 12 meses**.

De los 159 encuestados totales, el **70,4% (n=112)** de los encuestados se inició en el uso sexualizado de sustancias y/o *chemsex* entre los 20 y los 39 años, siendo el rango de 30 a 39 años en el que más gente inicia este tipo de consumo (n=67).



↑ Figura 5. Edad de inicio del uso sexualizado de sustancias en la población de estudio.

Dado que la pregunta recoge rangos de edad de 10 años, **no es posible determinar el tiempo exacto que llevan consumiendo los encuestados**, si bien, se observan algunos resultados interesantes. Mientras que el % de personas en el rango de 30 a 39 años se mantiene estable, otros rangos presentan variaciones.

Por un lado, se registra un 8,2% (n=13) que inicia antes de los 20 años, rangos de edad que no se habían registrado en la pregunta sobre la edad en el momento de la encuesta. De manera similar, el % de personas que inician entre los 20 y 29 años es notablemente mayor que los que tienen dicha edad actualmente (28,3%, n=45 vs 10,7%, n=17). Sin embargo, los porcentajes recogidos para los rangos superiores a 40 años en el inicio son inferiores a los registrados para la edad actual (40-49 años, 15,7%, n=25 vs 30,8% n=49; 50-59 años, 5% n=8 vs 13,8% n=22; 60-69 años, 0,6% n=1 vs 2,5% n=4). Estos resultados **sugieren que un porcentaje importante de los encuestados lleva tiempo realizando un uso sexualizado de sustancias y/o *chemsex***.

h. No es posible inferir con qué tipo de uso sexualizado de sustancias se iniciaron los usuarios.

En cuanto a las principales motivaciones para iniciar estas prácticas, destaca la **"curiosidad o necesidad de experimentar algo nuevo"** para un **78,6% (n=125)** de los encuestados, seguida de **"escapar del estrés o problemas familiares"** para un **28,9% (n=46)**, y **"sentirse aceptado o integrado en un grupo"** para un **23,9% (n=38)** de los encuestados. Además de estas, un 10,6% de los encuestados señalan otras motivaciones al inicio de estos hábitos como, por ejemplo, derivado del consumo habitual y ocio, o para obtener un placer más intenso.

Adicionalmente, se exploraron los motivos para continuar con estas prácticas a aquellas personas que han continuado con el consumo de sustancias en contexto sexual durante los últimos 12 meses (93%, n=148). Los **principales motivos por los que estas personas han continuado** con estas prácticas son la **excitación** y el **placer sexual** mayoritariamente (67,6%, n=100 y 63,5%, n=94 respectivamente). (Figura 6).

Además de estos, el 4,1% señalan otros motivos como, por ejemplo, "por diversión" o "por encontrarse en el ambiente LGBTQ+".

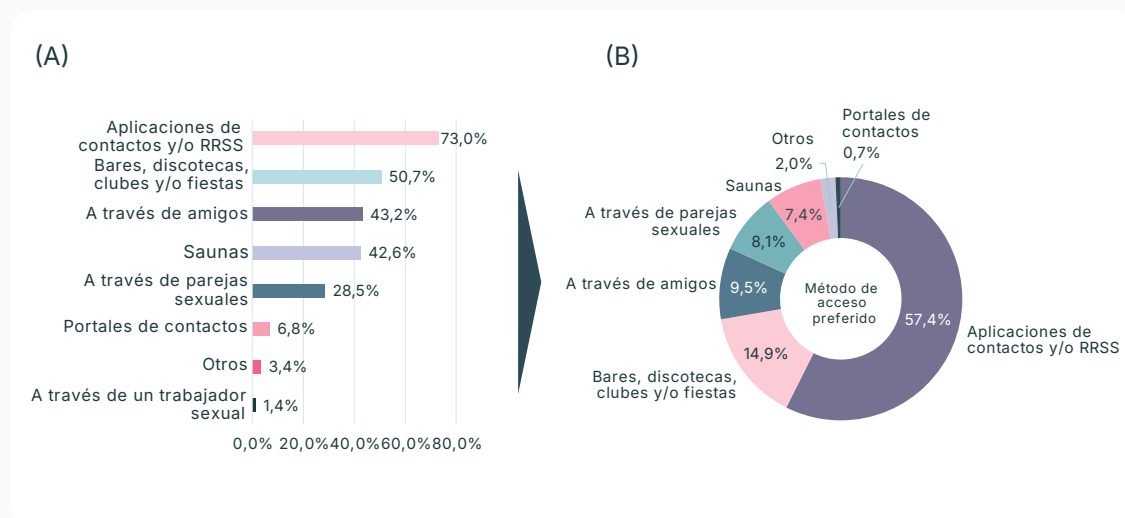


↑ Figura 6. Motivos para continuar realizando un uso sexualizado de sustancias en la población de estudio.

(*) Pregunta multirrespuesta.

Se analizan también los métodos de acceso al uso sexualizado de sustancias que han utilizado los 148 encuestados que han consumido en los últimos 12 meses, diferenciando entre el **total de métodos utilizados**, y el **método de acceso de preferencia o más utilizado**.

De acuerdo con este análisis, **las aplicaciones de contactos y redes sociales serían las más señaladas tanto en uso (73%, n=108), como en preferencia (57,4%, n=85)**, seguidas de los bares, discotecas y/o fiestas con un 50,7% (n=75) de uso y un 14,9% (n=22) de preferencia sobre el total de encuestados que realizan estas prácticas. De las personas que indican otros métodos, se señala la masturbación, páginas web o la propia pareja.

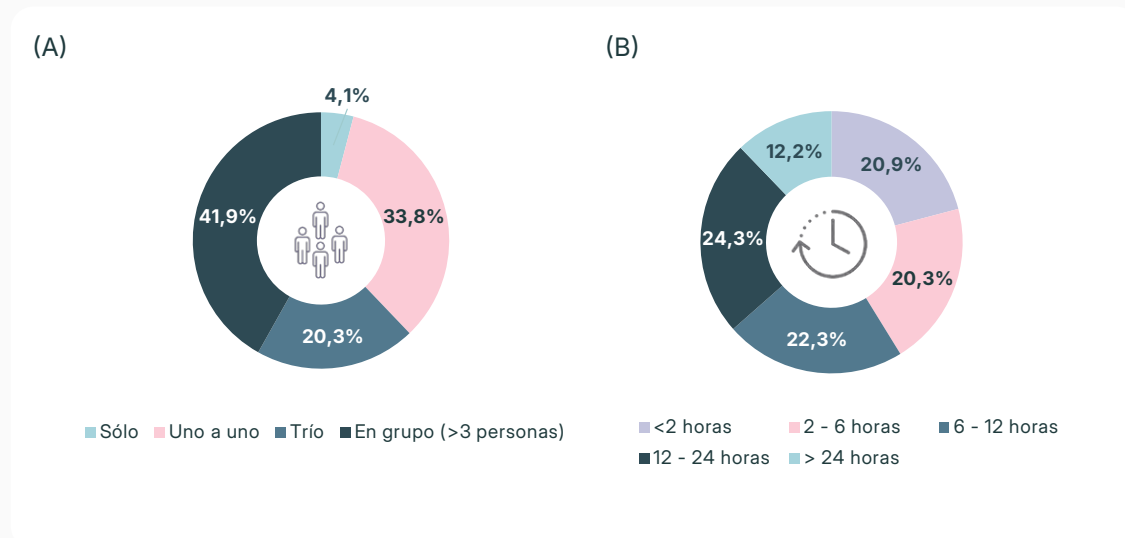


↑ Figura 7. Métodos de acceso al uso sexualizado de sustancias.

(A) Todos los métodos que utilizan los usuarios para acceder al uso sexualizado de sustancias, los usuarios podían seleccionar varias opciones. (B) Métodos de acceso preferidos por cada usuario, los usuarios podían seleccionar una única opción.

Por otro lado, los 148 encuestados que refieren haber hecho un uso sexualizado de sustancias en los últimos 12 meses señalan que los **episodios de uso sexualizado de sustancias suelen ocurrir frecuentemente en espacios privados**. El **80,4% (n=119)** afirma que suelen tener lugar en **casas de otras personas**, y el **64,9% (n=96)** que ocurren en su **propia vivienda**. Otros lugares mencionados con frecuencia incluyen: saunas o cabinas públicas (37,8%, n=56), clubes de sexo (35,1%, n=52), hoteles (27,7%, n=41), locales privados (fiestas de sexo, orgías, etc.) (25,7% n=38). En menor medida se señalan también las zonas de cruising (15,5%, n=23) y las saunas o cabinas privadas de alquiler por horas (10,1%, n=15).

Asimismo, en relación con el contexto en el que se desarrollan estos episodios, se analizó tanto el número de personas implicadas, como su duración. Los resultados muestran que son **más frecuentes los episodios en grupo con más de 3 personas (41,9%, n=62)**. Por su parte, en cuanto a la **duración media de los episodios**, el **58,8% (n=87)** señaló que los episodios **suelen prolongarse durante más de 6 horas (Figura 8)**. Las sesiones de sexo y uso de sustancias en grupo o durante tiempos prolongados suelen estar frecuentemente relacionadas con el contexto *chemsex*.

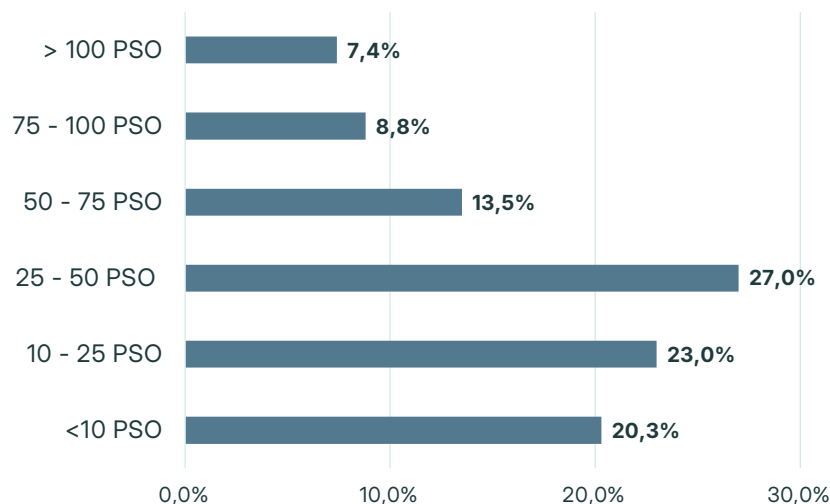


↑ Figura 8. Contexto de los episodios de uso sexualizado de sustancias.

(A) Personas con las que los usuarios suelen realizar estas prácticas. (B) Duración media de los episodios sexuales según los usuarios. (*) Preguntas de una única respuesta.

Resultados sobre prácticas sexuales, comportamientos de riesgo y medidas de prevención

Se preguntó a los encuestados sobre aspectos relacionados con la vida sexual más allá del uso de sustancias. Entre los principales resultados obtenidos, cabe destacar que el **56,7% (n=84)** de las personas que realizan un uso sexualizado de sustancias tienen más de 25 parejas sexuales ocasionales (PSO) al año, siendo hombres en el 99,3% de los casos. Además, dado que se podían seleccionar varias respuestas, un 5,4% (n=8) indica también haber mantenido relaciones sexuales con mujeres en los últimos 12 meses y un 1,4% (n=2) con otros aunque no especifican.



↑ Figura 9. Número de parejas sexuales ocasionales.

En relación con el tipo de prácticas sexuales realizadas bajo el uso de sustancias, el **98% (n=145)** de las personas que realizan un uso sexualizado de sustancias, **realizan prácticas sexuales con penetración** siendo más frecuentes el **sexo anal insertivo (85,8%, n=127)** y **receptivo (81,1%, n=120)** frente a la doble penetración insertiva o receptiva (21,6%, n=32 vs 19,6% n=29). Entre **otras prácticas frecuentes** también se señalan el **sexo oral insertivo y receptivo (83,8%, n=124 y 84,5%, n=125; respectivamente)** o el **sexo oroanal (69,6% n=103)**.

De las personas que realizan prácticas sexuales con penetración, el **58,6% (n=85)** refieren **no utilizar preservativo nunca** y un **24,8% (n=36)** **sólo a veces (<50% de las veces)**. Por su parte, un 12,4% (n=18) indican que casi siempre utilizan preservativo y tan sólo el 4,1% (n=6) que siempre lo utilizan. En línea con estos resultados, el **81,1% (n=120)** afirman que **el uso de sustancias favorece que tengan relaciones sexuales sin preservativo o con un mayor número de personas**, lo que sugiere que el uso de sustancias durante el sexo favorece una menor percepción del riesgo.

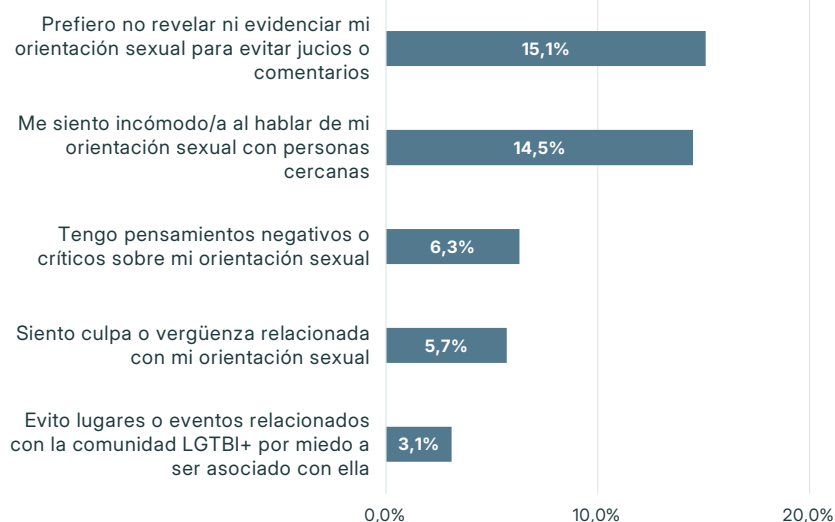
Por último, cabe mencionar que además de las personas que se identifican como trabajadores sexuales (1,4%, n=2), un **7,4% (n=11)** de las personas que realizan un uso sexualizado de sustancias han recibido compensaciones económicas en algún momento puntual. Sin embargo, se desconocen los motivos ya que no se exploraron en esta encuesta.

Bloque 2. Aspectos sociales, emocionales y recursos de apoyo

Resultados sobre visibilidad sexual o aceptación

Se evaluó la homofobia internalizada de todos los encuestados (n=159) a través de distintos enunciados. Aunque el 73% (n=116) negaba tener pensamientos homófobos hacia sí mismos, el **27% (n=43)** restante afirmaban tener uno o varios de dichos pensamientos.

No se aprecian diferencias en relación con los pensamientos que tienen las personas que consumen en contexto sexual frente a las que no.



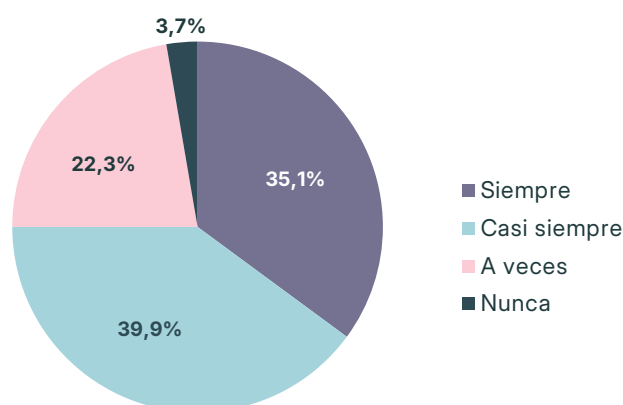
↑ Figura 10. Pensamientos relacionados con la homofobia internalizada.

(*) Pregunta multirrespuesta.

Resultados sobre el control sobre el consumo, vida sexual y otras esferas

Las personas encuestadas que afirman haber consumido en cualquier contexto en los últimos 12 meses ($n=155$), en general, consideran **tener el control sobre su consumo de sustancias siempre (37%, $n=57$) o casi siempre (33,8%, $n=52$)**. Sin embargo, un porcentaje importante, indica que sólo a veces (24%, $n=37$) o nunca (5,2%, $n=8$) tienen el control.

En esta línea, las personas que han realizado un uso sexualizado de sustancias en los últimos 12 meses ($n=148$) muestran un nivel de **control similar sobre sus relaciones sexuales (Figura 11)**.



↑ Figura 11. Percepción del control sobre las relaciones sexuales.

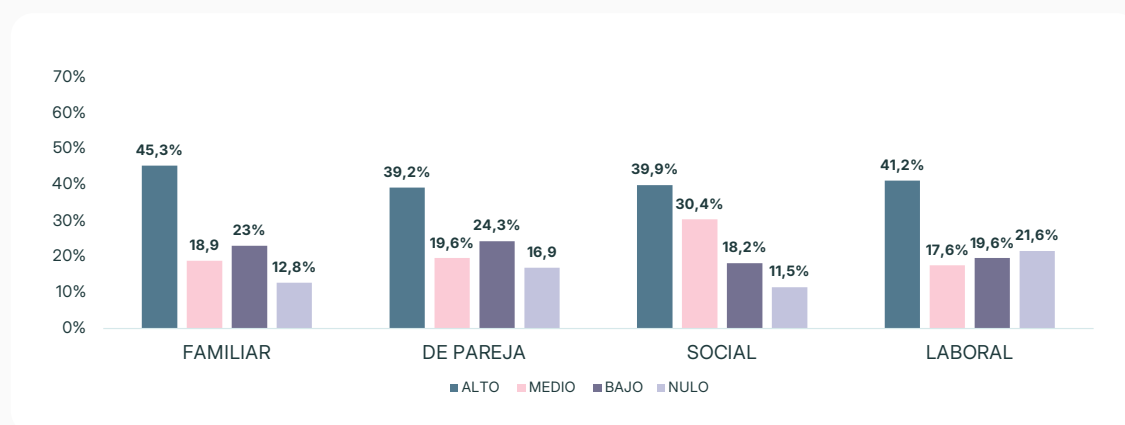
Además, cabe destacar que el **54,2% ($n=52$)** de las personas que consideran que no siempre tienen el control en las relaciones sexuales bajo el uso de sustancias **han solicitado asesoramiento profesional alguna vez**.

En este punto se analizaron las agresiones sexuales entre usuarios que han consumido sustancias en contexto sexual en los últimos 12 meses (n=148). Aunque la mayoría niega haber sufrido agresiones sexuales (75,7%, n=112), **un 8,1% (n=12) y un 3,4% (n=5) afirman haberlas sufrido una o más veces** respectivamente, mientras que un 12,8% no lo tiene claro (n=15) o prefiere no responder (n=4). No se observa una asociación directa entre las agresiones sexuales y el grado de control.

Por otro lado, los resultados de la encuesta muestran una **preocupación importante sobre el impacto que tiene el uso sexualizado de sustancias en distintos aspectos de su vida**.

En relación con la salud, todas las personas encuestadas que han realizado un uso sexualizado de sustancias (n=148) perciben cierto **nivel de riesgo para su salud**. El **46,6% (n=69)** perciben un **riesgo alto**, el 35,1% (n=52) un riesgo medio y un 18,2% (n=27) un riesgo bajo.

Además del riesgo para la salud se evalúa la **preocupación sobre otras esferas de la vida**, incluyendo la familiar, las relaciones de pareja, la esfera social y la laboral. De manera general, **la preocupación es alta para todas las esferas según un 39%-45%**, si bien, se observa una **preocupación ligeramente superior por el impacto en la esfera social** (Figura 12). Este resultado puede relacionarse con el hecho de que un **59,5% (n=88)** de las personas **limitan en cierta medida las actividades de ocio** que realizan como consecuencia del uso sexualizado de sustancias.



↑ Figura 12. Grado de preocupación por el impacto que suponen el uso sexualizado de sustancias en las distintas esferas de la vida de los usuarios.

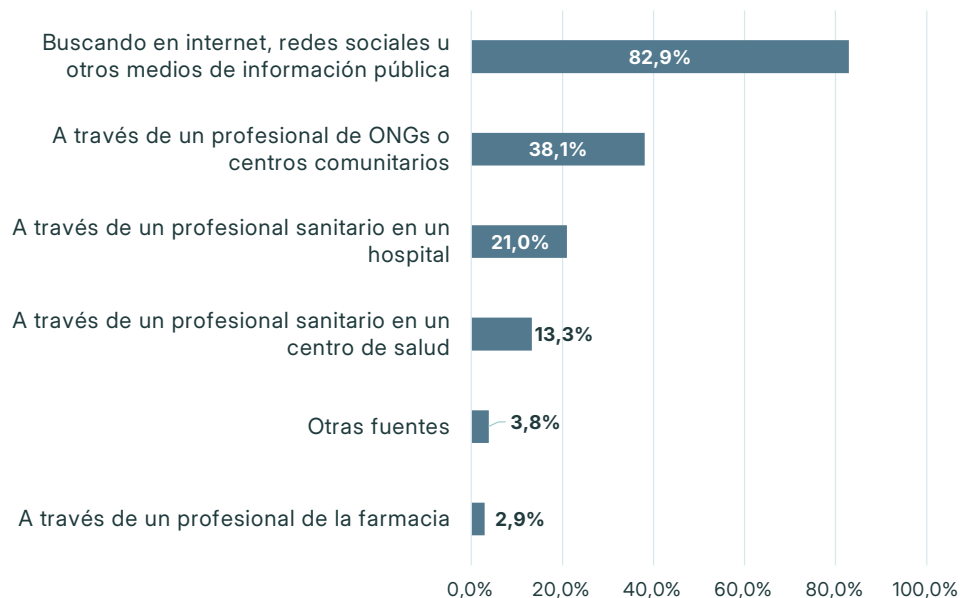
A pesar de estos resultados, la mayoría de los usuarios que realizan un uso sexualizado de sustancias (n=148) **no tienen clara su voluntad de abandonarlo (38,5%, n=57)** o directamente **no quieren hacerlo (19,6%, n=29)**. Sin embargo, aunque **la mayoría de ellos reconoce tener cierto grado de dependencia (80,2%, n=69)**, sólo el **12,8% (n=11)** reconoce tener un grado **alto** de dependencia y un **25,6% (n=22)** un grado **medio**. El 41,9% (n=36) señalan su grado de dependencia como bajo y el 19,8% (n=17) restante como nulo.

Resultados sobre recursos de apoyo

El **70,5% (n=105)** de las personas que tienen un uso sexualizado de sustancias (n=148) afirman haber recibido información relacionada a través de distintas fuentes siendo, la más frecuente a través de la **búsqueda en internet, redes sociales u otros medios de información públicos (82,9%, n=87)**. (Figura 13).

Además de las fuentes propuestas en la encuesta, algunos usuarios señalan los psicólogos privados.

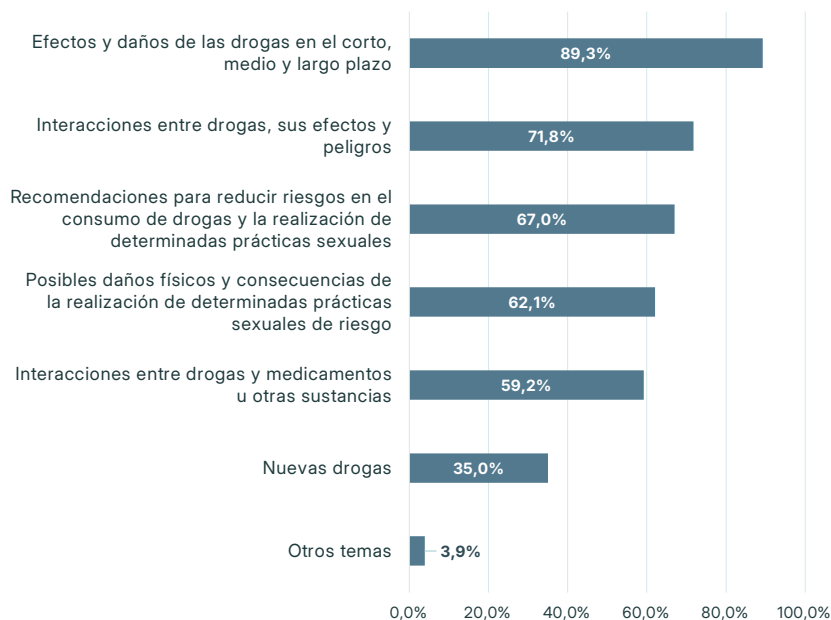
- i. Limitación de actividades de ocio: 11,5% casi nunca realizan otras actividades de ocio; 19,6% realizan otras actividades de ocio puntualmente; 28,4% continúan realizando sus actividades de ocio habituales en gran medida; 40,5% no han limitado sus actividades de ocio habituales.



↑ Figura 13. Fuentes de información.

(*) Pregunta multirrespuesta

Además, la mayoría (**69,8%, n=104**) desea seguir recibiendo información relacionada con el uso sexualizado de sustancias y el impacto que pueden tener sobre su salud y su vida. Entre los temas principales sobre los que los usuarios desean recibir información se encuentran los **efectos y daños de las drogas en el corto, medio y largo plazo (89,4%, n=93)**, seguido de las **interacciones entre drogas, sus efectos y potenciales daños asociados (71,2%, n=74)** (Figura 14).



↑ Figura 14. Temáticas de interés sobre las que los usuarios desean recibir información.

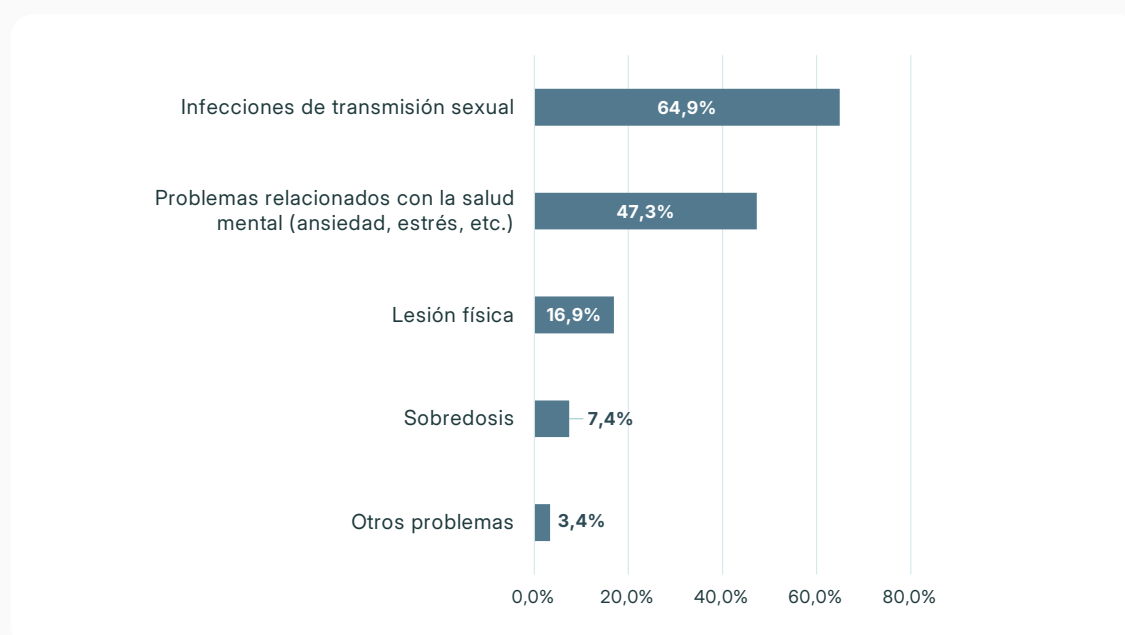
(*) Las personas que indican "otros temas", no especifican cuáles. (*) Pregunta multirrespuesta.

Bloque 3. Aspectos sanitarios relacionados con el uso sexualizado de sustancias

Resultados sobre el estado general de salud y atención sanitaria recibida

El estado de salud general se evalúa en una **escala numérica de 1 a 5** siendo 1, muy malo y 5, muy bueno. En general, la puntuación sobre la **percepción sobre el estado de salud físico es superior que la de salud mental (3,9 vs 3,3)**. Cabe mencionar que se observan puntuaciones superiores en aquellas personas que no han consumido en el último año, frente a las que sí lo han hecho (alrededor de +0,5 puntos), si bien, no son resultados concluyentes dado el carácter descriptivo del análisis.

Por otro lado, se preguntó a los usuarios por **problemas de salud relacionados con el uso sexualizado de sustancias que hayan requerido atención médica**. El **75,7% (n=112)** afirman haber tenido uno o varios problemas de salud que han requerido atención médica, destacando las **Infecciones de Transmisión Sexual (64,9%, n=96)**, y los **problemas relacionados con la salud mental (47,0%, n=70)** (Figura 15).



↑ Figura 15. Problemas de salud relacionados con el uso sexualizado de sustancias. Pregunta multirresposta. (*) Los usuarios que señalan otros problemas, no especifican cuáles.

Situación VIH

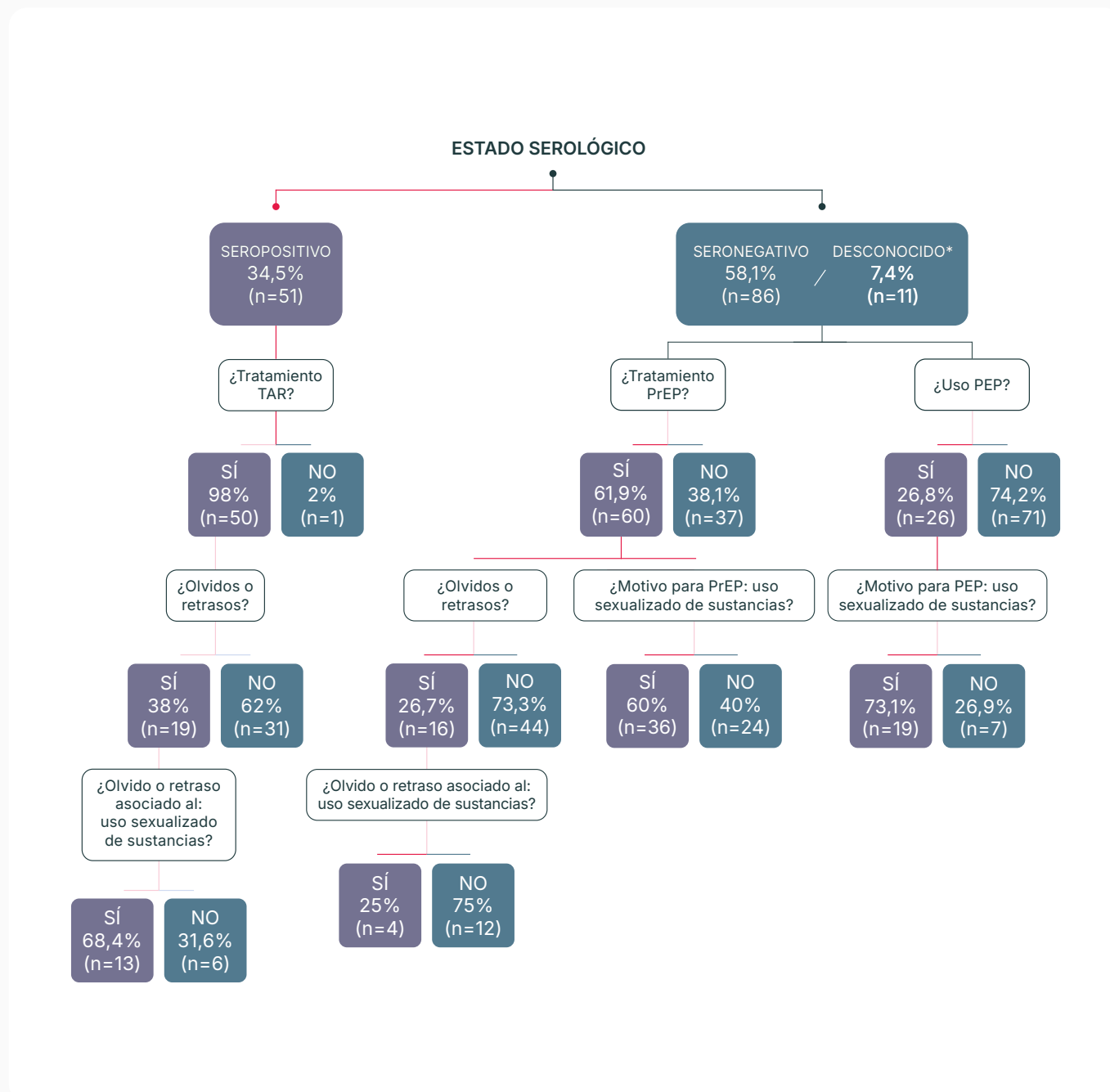
El análisis de la situación VIH de las personas que hacen un uso sexualizado de sustancias (n=148) parte de la **diferenciación entre personas que viven con el VIH (n=51) y personas seronegativas (n=86) o que desconocen su estado serológico (n=11)**. De estas 11 personas que indican desconocer su estado serológico, un **45,5% (n=5)** indica **realizarse pruebas de VIH dependiendo de si tienen relaciones sexuales sin protección**. Del resto de usuarios, un **18,2% (n=2)** indica realizarse estas pruebas **anualmente** y un **36,4% (n=4)**, **semestralmente**.

A las personas que viven con VIH, se les preguntó por el uso del tratamiento antirretroviral (TAR) (98%, n=50 usuarios que viven con VIH). Por su parte, a las personas seronegativas o que desconocen su estado serológico (n total=97) se les preguntó por el uso de tratamientos preventivos como la PrEP (61,9%, n=60) y/o la PEP (26,8%, n=26) (Figura 16).

Es importante destacar que la **eficacia de los tratamientos y profilaxis** frente al VIH depende en gran medida de la **adherencia** a los mismos. Sin embargo, de acuerdo con los resultados presentados, **los olvidos o retrasos en la toma de estos tratamientos son frecuentes en la población estudiada** (38%, n=19 en TAR; 26,7%, n=16 en PrEP), y están, en muchos casos

relacionados con dicha práctica (68,4% olvidos TAR, n=13; 25% olvidos PrEP, n=4). Además, en la mayoría de los casos, el **uso sexualizado de sustancias es uno de los motivos para utilizar profilaxis** (73,1%, n=19 en PEP; 60%, n=36 en PrEP).

Asimismo, se exploró la **concienciación de los usuarios seronegativos sobre el riesgo de contraer VIH** mediante estas prácticas a través de la **frecuencia con la que se realizan pruebas de detección**. El **41,8% (n=41)** de estos usuarios refieren realizarse pruebas para la detección de VIH de forma **trimestral**, un **34,7% (n=34)** de forma **semestral** y un 13,3% (n=13) de forma anual y un 10,2% (n=10) se las realiza en función de si perciben riesgo de infección por las prácticas que hayan realizado. Las opciones "nunca" y "mensualmente" obtuvieron 0 respuestas.



↑ Figura 16. Situación VIH de los usuarios que consumen sustancias en contexto sexual.

NOTA: marco temporal de los últimos 12 meses.

*De los usuarios que desconocen su estado serológico, solo 1 usa PrEP y 2 han usado PEP en el último año.

Como se observaba en el bloque anterior, **el uso de preservativo es, en general, escaso** (83,4%, n=121; nunca o casi nunca lo utilizan). En esta línea, se ha analizado la relación entre el uso de preservativo y el seroestatus frente al VIH en la población de estudio.

Por un lado, **el uso de preservativo en personas que viven con VIH es muy limitado, con un 76,5% que niegan utilizar preservativo, un 17,7% que casi nunca lo utiliza** (<50% de las veces) y tan solo el 5,9% casi siempre (>50% de las veces). En ningún caso estas personas refieren utilizar preservativo siempre. Estos resultados señalan la importancia de reforzar la concienciación y las medidas de prevención.

Por su parte, entre las personas **seronegativas** o de estado serológico **desconocido** (n total = 97), el uso de preservativo es también limitado con un **75,3% de personas que nunca o casi nunca lo utilizan**. En estos casos, aunque no previenen otras ITS, la PrEP y la PEP son tratamientos efectivos para la prevención del VIH y un **porcentaje importante de estas personas** hacen uso de ellos (**61,9%**, n=60; y **26,8%**, n=26 respectivamente). Además, un **84,6%** (n= 22) **de las personas que han hecho uso de PEP están actualmente en tratamiento con PrEP** lo que sugiere una buena **estrategia de derivación para la prevención del VIH**, si bien, no se puede concluir ya que no es posible determinar el flujo de acontecimientos, ni las causas individuales para acceder a cada uno de estos tratamientos. En cualquier caso, el **acceso a PrEP es mejorable** ya que, tanto las personas que realizan un uso sexualizado de sustancias, como aquellos que acceden a PEP, son susceptibles de entrar en los programas PrEP.

Adicionalmente, si bien, el estudio realizado no dispone de grupo control, se recogen las siguientes observaciones en relación con las prácticas de riesgo entre los usuarios en PrEP, usuarios en TAR^j y las personas seronegativas que no hacen uso de PrEP, que han participado en la encuesta:

- El **% de personas que nunca o casi nunca utilizan preservativo** es muy elevado en todos los grupos analizados, siendo un **88,3%** (n=52) en usuarios en **PrEP**, un **78%** (n=39) en usuarios en **TAR**; y un **60%** (n=21) en usuarios **seronegativos que no usan PrEP**.
- Los **episodios sexuales de más de 6 horas** de duración son frecuentes en todos los grupos analizados, si bien, se observa una **mayor proporción en personas en tratamiento con PrEP y TAR** (**65%**, n=39 y **64%**, n=32) que en aquellas personas seronegativas que no usan PrEP (40,5%, n=15).
- Un % importante de los encuestados de los 3 grupos señalados, afirman haber tenido **más de 25 parejas sexuales ocasionales en el último año**, siendo de un **74%** (n=37) en el caso de los **usuarios que viven con VIH y están en TAR**, un **66,7%** (n=40) en los usuarios que están en **PrEP** y un **45,9%** (n=17) en aquellas personas **seronegativas que no usan PrEP**.
- En relación con la voluntad de abandonar el uso sexualizado de sustancias, el **56%** (n=28) de las personas que están en **TAR**, el **43,2%** (n=15) de los usuarios **seronegativos que no están en PrEP** y el **28,3%** (n=17) de las personas que están en tratamiento con **PrEP**, **afirman querer abandonar estas prácticas**. En esta línea, se observan diferencias en la **percepción sobre el control en el consumo de sustancias**. De las personas que están en **PrEP**, un **81,7%** (n=48) afirman tener el **control siempre o casi siempre (>50% de las veces)**, mientras que de las personas que viven con VIH y las personas seronegativas que no están en PrEP el **64%** (n=32) y 59,5% (n=21) respectivamente, realizan esta afirmación.

Estos resultados pueden señalar una percepción de compensación del riesgo en aquellas personas que están en PrEP, sin embargo, los resultados son muy relevantes para cualquiera de los grupos por lo que no es posible realizar dicha afirmación.

j. Se identifica un usuario que vive con VIH y NO está en TAR y se descarta del análisis comparativo.

Otras ITS

El **90,5% (n=134)** de las personas que han hecho un uso sexualizado de sustancias en el último año se han realizado **pruebas para la detección de ITS en el último año**. Además, un **65,5% (n=97)** indica que ha sido **diagnosticado y/o recibido tratamiento** para alguna ITS.

Por su parte, de las personas que afirman haber recibido un diagnóstico o tratamiento para ITS, el **68% (n=66)** lo **asocian al uso sexualizado de sustancias**.

→ Limitaciones del estudio

Los resultados presentados anteriormente son fruto de un **análisis descriptivo**. No se ha aplicado una metodología estadística inferencial robusta por lo que no se puede asegurar la significancia estadística de los resultados. Además, no se contó con un grupo control lo que a su vez, limita la posibilidad de establecer comparaciones, inferir relaciones causales, así como, de generalizar las conclusiones y realizar extrapolaciones poblacionales.

Por otro lado, cabe mencionar el carácter subjetivo y la falta de una descripción estricta de algunos de los aspectos explorados en las encuestas como, por ejemplo, la percepción del riesgo, el control sobre el consumo o sobre las relaciones sexuales.

Asimismo, se estudia el uso sexualizado de sustancias en su conjunto haciendo con algunas menciones a factores comúnmente asociados al *chemsex*, pero no se establece una definición única de *chemsex*. En futuros análisis será interesante concretar el concepto *chemsex* y explorar la coexistencia de distintos factores para establecer grupos con distintos niveles de riesgo.

Adicionalmente, aunque la difusión se llevó a cabo de forma masiva, incluyendo su difusión a través de redes sociales, la estrategia se focalizó en servicios sociosanitarios donde estas personas suelen recibir atención profesional. Por ello, es posible que exista cierto sesgo de selección en cuanto a que las personas que completan la encuesta hayan sido proactivas a la hora de acceder a la atención sociosanitaria, así como una sobrerrepresentación de personas conectadas a recursos comunitarios.

En este sentido, los hallazgos han de tomarse como exploratorios y orientativos, no concluyentes. Igualmente, los resultados de este estudio ofrecen una aproximación del estado de situación del uso sexualizado de sustancias y *chemsex* en Andalucía, dentro de la población diana analizada, siendo el primer estudio que analiza este tipo de prácticas a nivel de la comunidad.

4. Encuesta dirigida a profesionales implicados en el abordaje del *chemsex*

→ Objetivos

El objetivo principal del cuestionario es conocer la perspectiva de los profesionales sanitarios y no sanitarios con un papel relevante en el abordaje del *chemsex*.

En este sentido se han planteado una serie de preguntas destinadas a valorar el nivel de conocimiento, percepción y concienciación sobre el fenómeno del *chemsex*, evaluar las necesidades formativas de los profesionales, analizar las herramientas y recursos disponibles para la planificación sanitaria, y valorar los procesos y recursos actuales para la atención de personas afectadas por esta práctica.

→ Metodología

Diseño y desarrollo de la encuesta

La elaboración de la encuesta ha sido guiada por el grupo de trabajo 1 (ver Tabla 1), coordinadores y expertos transversales (en adelante, "el grupo"), con representación del grupo 3, especialmente para el apartado de formación.

Inicialmente, se recogió información y referencias bibliográficas consideradas de interés por parte el grupo, entre las que se incluyeron modelos de encuesta previamente utilizados por otras instituciones u organizaciones en relación con el uso sexualizado de sustancias. Asimismo, algunos de los aspectos comentados durante las reuniones de trabajo para la encuesta a usuarios sirvieron también como base para la elaboración de un primer borrador.

El borrador fue compartido con el grupo y revisado vía email. Las aportaciones y sugerencias realizadas por el grupo fueron incorporadas sobre un borrador final que fue validado en una reunión de trabajo celebrada en enero de 2025.

Finalmente, la encuesta fue alojada en la Plataforma Eval&Go para su distribución y recogida de datos y se mantuvo operativa desde el 13 de febrero de 2025 hasta el 19 de mayo de 2025.

Estrategia de difusión y despliegue

Durante el mes de febrero de 2025 se definió una estrategia de difusión y despliegue masivo en coordinación con distintos miembros del grupo a través de las siguientes vías:

- Servicio Andaluz de Salud: centros o unidades de adicciones, unidades de Enfermedades Infecciosas, unidades de Salud Mental, consultas PrEP.
- Sociedad Andaluza de Microbiología y Enfermedades Infecciosas (SAMICEI)/Grupo de Estudio de la Infección por el VIH y Enfermedades Asociadas (GAEVIH).
- Otras sociedades científicas: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC) y SEMERGEN Andalucía.
- Entidades comunitarias: ONGs.

A lo largo del periodo en el que estuvo operativa la encuesta, se realizaron recordatorios periódicos a cada uno de los agentes previamente mencionados.

Población de estudio

Se incluyeron en la encuesta profesionales sanitarios y no sanitarios que están en contacto con el usuario de *chemsex* con la única condición de que realicen su práctica habitual en Andalucía. De este modo, la población de estudio abarca los siguientes perfiles:

- Profesionales sanitarios. De manera tentativa se identificaron los siguientes perfiles:
 - Clínicos especialistas en: Medicina Interna/Infecciosas (consulta VIH/PrEP), Psiquiatría, Urgencias, Medicina Familiar y Comunitaria, Adicciones.
 - Enfermería: Consultas VIH/PrEP, Atención Primaria o Comunitaria.
 - Farmacia Hospitalaria
 - Psicología: psicólogos clínicos, unidades de Salud Mental, etc.
- Profesionales de entidades comunitarias (ONGs).
- Profesionales no sanitarios de centros de salud, y otros servicios sociosanitarios, principalmente, trabajadores sociales.

Análisis de resultados y seguridad de los participantes

La encuesta se desarrolló en la misma plataforma que la encuesta a usuarios. El análisis de los resultados y de seguridad de los participantes se realizó siguiendo la metodología detallada en el apartado de encuesta a usuarios ([ver página 10](#)).

En el caso de la encuesta a profesionales, del total de cuestionarios iniciados, el 40% de los profesionales abandonaron antes de finalizar. En este sentido, dado que algunas de las preguntas son condicionales, se realiza el análisis sobre los cuestionarios completados. De igual manera que en el análisis de usuarios, se incluyen anotaciones en determinadas preguntas sobre el total de cuestionarios y se exploran posibles motivos de abandono del cuestionario. Además, en el [Anexo 2](#) del presente documento se incluyen los resultados sobre la N total de cada pregunta y el desglose según si son cuestionarios completos o incompletos.

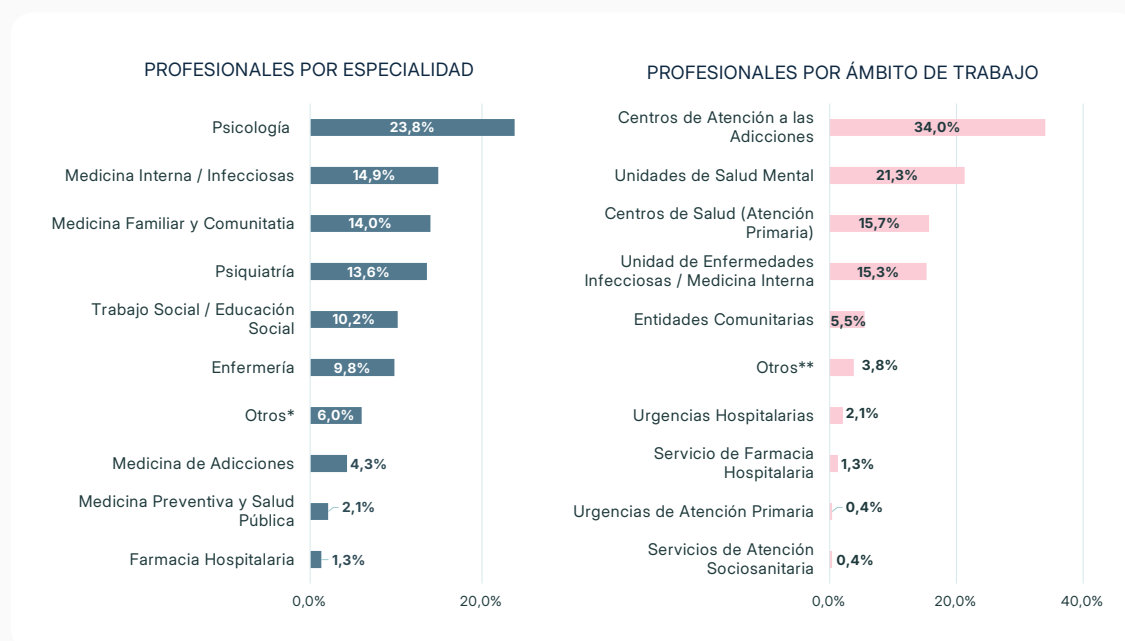
→ Resultados

En total se iniciaron 394 encuestas, si bien un 40% de los encuestados abandonaron la encuesta antes de finalizar. En este sentido, considerando un número importante de preguntas son condicionales, **el análisis se realiza sobre el total de encuestas completadas** que ascienden a un total de **235 encuestas**.

Puede ver el detalle del análisis, incluyendo las encuestas incompletas en el [Anexo 2](#) del presente documento.

Bloque 0. Datos generales

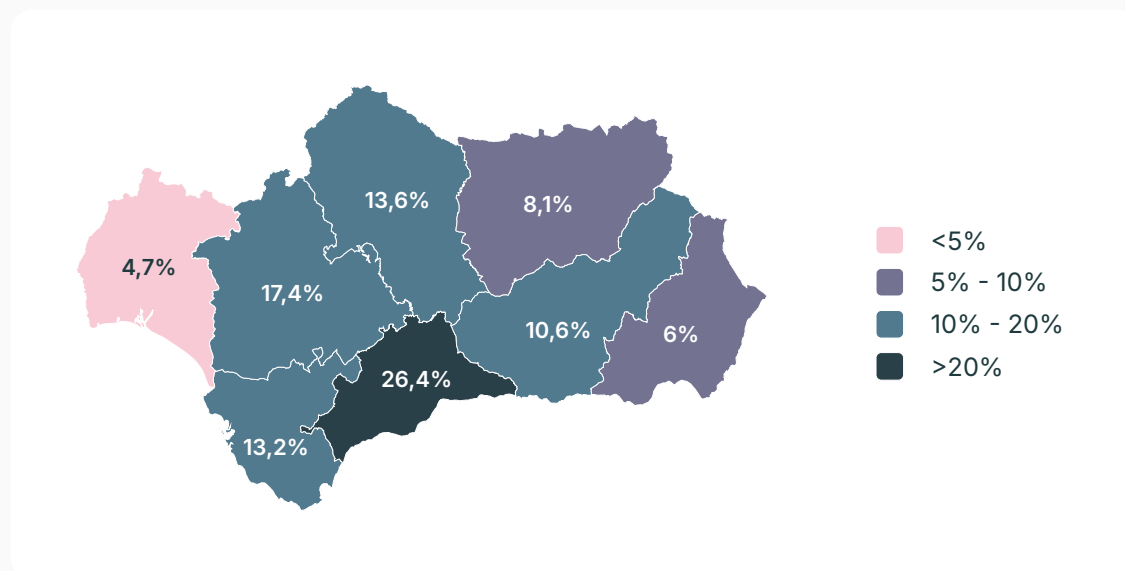
La encuesta ha contado con la participación de 235 profesionales de **distintas especialidades y ámbitos, tanto sanitarios, como no sanitarios**. Un **90,2%** (n=212) de los profesionales encuestados pertenecen al **ámbito sanitario**, considerando como tal, Atención Primaria, Atención Hospitalaria y los Centros de Atención a las Adicciones; un **5,9%** (n=13) se corresponde con el ámbito sociosanitario/social, incluyendo entidades comunitarias y servicios de Atención Sociosanitaria, y el **3,8%** (n=9) restante otros ámbitos.



↑ Figura 17. Distribución de los profesionales encuestados según su especialidad y ámbito de trabajo respectivamente.

(*) Otras especialidades: educador PAR, estudiante de Medicina, terapeuta ocupacional, voluntario en ONGs. Otros ámbitos: emergencias extrahospitalarias, Centros de rehabilitación a la salud mental, consulta privada, epidemiología en Atención Primaria.

No se pueden determinar las causas de la baja participación en determinados perfiles relevantes para el *chemsex* según el ámbito y la especialidad, ya que la estrategia de difusión y despliegue de la encuesta buscó abarcar a todos ellos de forma equilibrada. En esta línea, analizando los cuestionarios incompletos, se observan **elevadas tasas de abandono en todos los perfiles**, siendo más relevantes en **trabajo/educación social (53%)**, **Medicina Familiar y Comunitaria (49%)**, **Psiquiatría (43%)**, y **Enfermería (41%)**.



↑ Figura 18. Distribución geográfica de los encuestados.

Como se comentaba en la metodología, la encuesta fue distribuida únicamente entre profesionales de Andalucía. En este contexto, las provincias con una mayor participación fueron **Málaga (26,4%, n=62)** y **Sevilla (17,4%, n=41)**. Además, el 64,7% (n=152) de los participantes desarrolla su práctica habitual en áreas urbanas (>100.000 habitantes). Para más información sobre el lugar de trabajo de los encuestados, ver [Anexo 3](#).

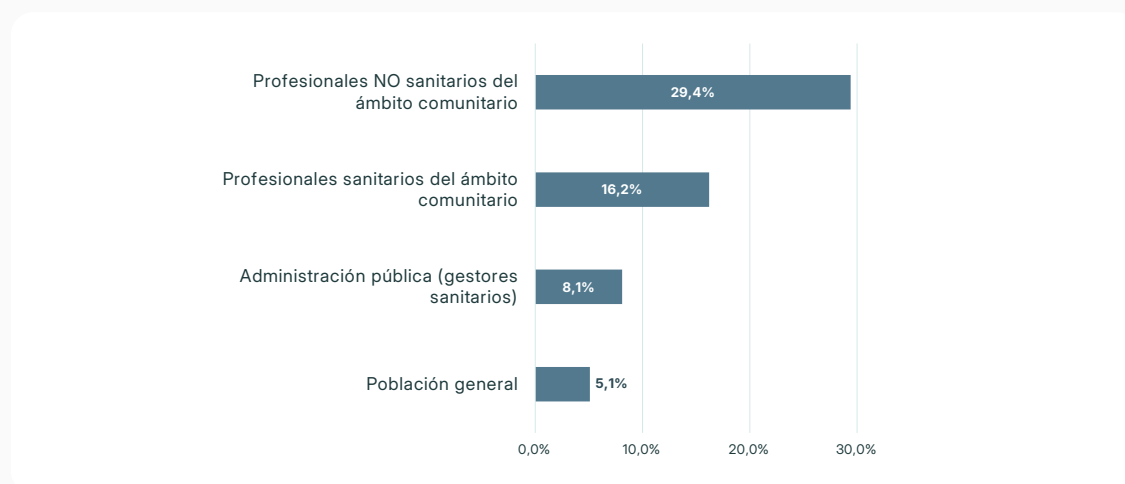
Bloque 1. Conocimiento sobre el fenómeno *chemsex*

El **grado de conocimiento sobre el fenómeno *chemsex* es variable** entre los profesionales encuestados, aunque la mayoría de las respuestas se concentran en grado **MEDIO o BAJO** (38,3% en ambos casos, n=90). Por su parte, un **15,7% (n=37)** considera que tiene un grado de conocimiento **ALTO**, y sólo un 7,7% (n=18) de los profesionales consideran **NULO** su conocimiento en torno a este fenómeno.

En relación con el grado de conocimiento dentro de cada una de especialidades^k incluidas en la encuesta, se observaron los siguientes hallazgos:

- El **93,9%** de los profesionales de **Medicina Interna/Infecciosas** consideran que su grado de conocimiento en torno al *chemsex* es **MEDIO (42,4%, n=14) o ALTO (51,5%, n=17)**.
- El **60% (n=6)** de los **Médicos de Adicciones** indican tener un grado de conocimiento **MEDIO**.
- El **69,5%** de los profesionales de **Enfermería** consideran que su grado de conocimiento en torno al *chemsex* es **BAJO (56,5%, n=13) o NULO (13%, n=3)**.
- El **68,8%** de los profesionales de **Psiquiatría** consideran que su grado de conocimiento en torno al *chemsex* es **BAJO (56,3%, n=18) o NULO (12,5%, n=4)**.
- El **54,3%** de los profesionales de **MFyC** consideran que su grado de conocimiento en torno al *chemsex* es **BAJO (45,7%, n=16) o NULO (8,6%, n=3)**.
- Los profesionales de **trabajo/educación social** la valoración sobre el grado de conocimiento fue de **MEDIO o BAJO (45,8% en ambos casos, n=11)**.
- Al igual que en el caso anterior, los profesionales de **psicología** valoran su grado de conocimiento como **MEDIO o BAJO (41,1% ambos casos, n=23)**.

Por otro lado, cuando se pregunta a los profesionales por el conocimiento general del fenómeno *chemsex* en distintos grupos de población, la **percepción es que no existe conocimiento en general (35,7%, n=84), o lo desconocen (29,4%, n=69)**, de manera que, sólo un **34,9% (n=82)** de los encuestados afirman que existe cierto conocimiento por parte de determinados grupos de población, incluyendo: población general, administración pública (gestores sanitarios), profesionales sanitarios o profesionales no sanitarios del ámbito comunitario.



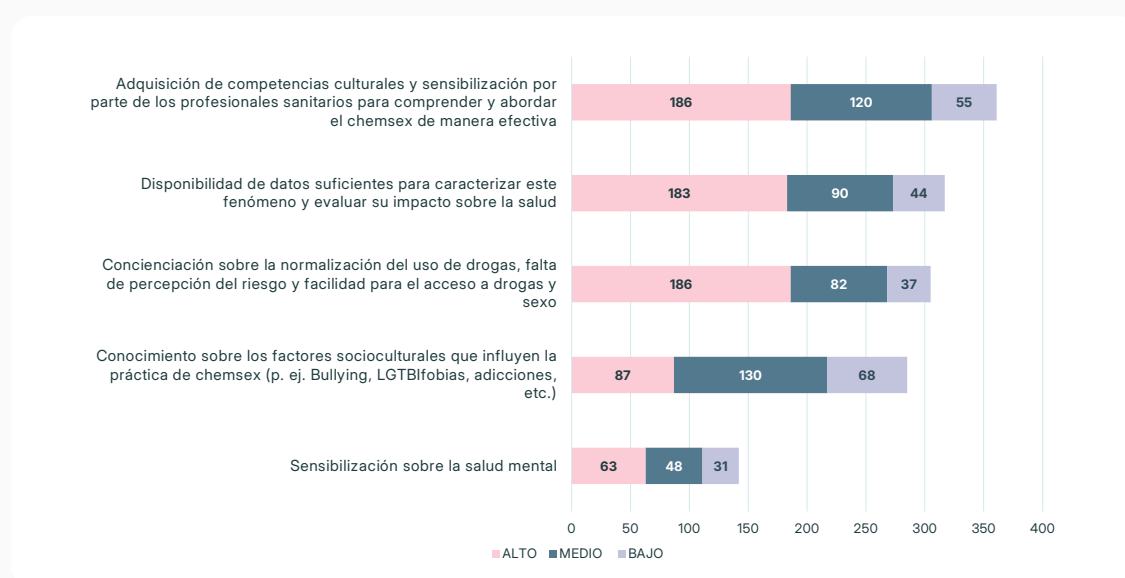
↑ Figura 19. Percepción sobre el conocimiento del fenómeno *chemsex* entre distintos grupos de población. % de personas que consideran que existe conocimiento en cada grupo. (*) Pregunta multirrespuesta.

k. No se incluyen los datos referentes a FH y MPSP por su baja representatividad.

Estos resultados sobre el conocimiento pueden relacionarse con la falta de evidencia en torno al fenómeno *chemsex* ya que, tan sólo un **4,7% (n=11)** de los encuestados afirma que **existe evidencia suficiente**. Por su parte, el **30,2% (n=71)** indica que **existe evidencia pero es insuficiente** y un **35,7% (n=84)** **niega que haya evidencia suficiente en torno al *chemsex***. El 29,4% (n=69) restante lo desconoce.

Por último, con el objetivo de establecer prioridades se analizaron una serie de retos para cada uno de los bloques, en este caso, para el conocimiento. La siguiente figura, muestra los retos según su grado de relevancia¹. En este sentido, aunque todos los retos tuvieron cierto grado de relevancia, en el bloque de conocimiento, los retos más relevantes fueron:

- **Adquisición de competencias culturales y sensibilización** por parte de los profesionales sanitarios para comprender y abordar el *chemsex* de manera efectiva.
- **Disponibilidad de datos suficientes** para caracterizar este fenómeno y evaluar su impacto sobre la salud.



↑ Figura 20. Retos para el conocimiento en torno al *chemsex*, ordenados según el grado de relevancia. Se representa el resultado de la ponderación de las respuestas obtenidas.

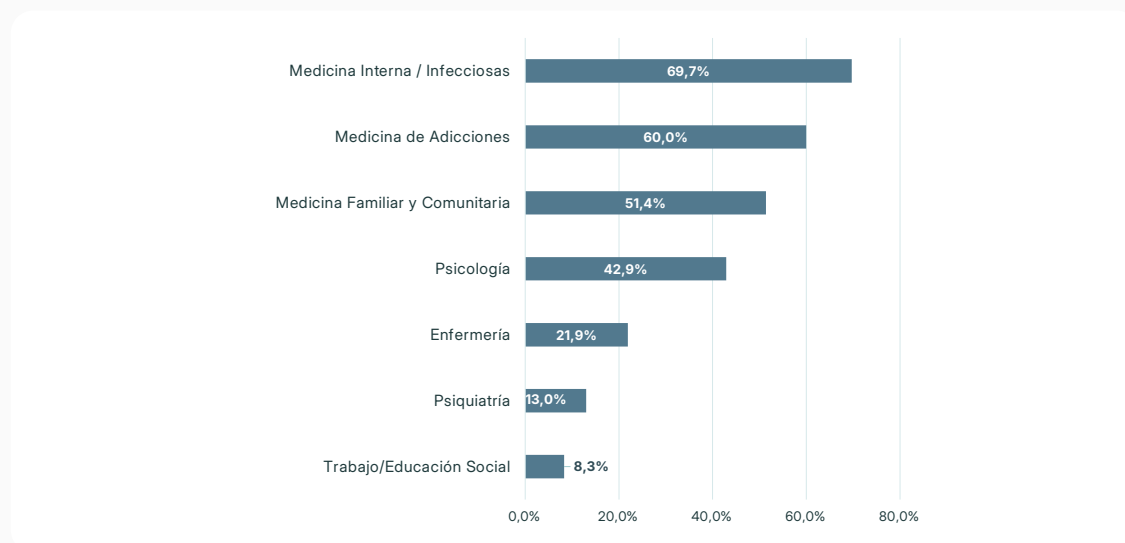
Además de estos retos, se dejó un campo abierto para añadir otros retos, en el que se incluyeron aspectos como: la dificultad para la **recogida veraz de los datos y reconocimiento del problema** asociado a los prejuicios y el estigma existente; normalización del problema; la falta de **difusión de la información disponible**, así como la **visibilización de las campañas de concienciación**; la falta de **coordinación entre las entidades** que SÍ conocen el *chemsex* (para más información, ver Anexo 4).

Bloque 2. Formación relacionada con el *chemsex*

Un **40,4% (n=95)** de los encuestados afirman haber recibido formación específica relacionada con el fenómeno *chemsex*. De ellos, la mayoría son profesionales de **Psicología (25,3%, n=24)** **Medicina Interna/Infecciosas (24,2%, n=23)** y **Medicina Familiar y Comunitaria (18,9%, n=18)**.

I. El planteamiento de la pregunta permitía a los encuestados seleccionar 3 retos y ordenarlos de 1 a 3 por grado de relevancia, siendo 1-ALTO, 2-MEDIO y 3-BAJO. Para conocer los retos con un valor global más alto, se ponderaron los resultados obtenidos de contar las respuestas multiplicando por 3, para el grado ALTO, por 2, para el MEDIO y por 1, para el bajo (representación gráfica). Por último, se calcularon las medias ponderadas para otorgar un valor global a cada reto y poder ordenarlos de mayor a menor relevancia.

Analizando los resultados por especialidad^m, se observa la proporción de profesionales que han recibido formación es mayor en **Medicina Interna/Infecciosas** (69,7% de los profesionales de esta especialidad, n=23), seguida de **Medicina de Adicciones** (60%, n=6) y **Medicina Familiar y Comunitaria** (51,4%, n=18).



↑ Figura 21. Proporción de profesionales dentro de cada especialidad que han recibido formación específica.

En línea con los resultados del bloque anterior, los profesionales que señalaban un **mayor grado de conocimiento coinciden con los que han recibido más formación**, mientras los que han recibido menos formación, también señalaban menor grado de conocimiento. **Excepto MFyC** que a pesar de ser de las que más formación recibe, el grado de conocimiento era bajo.

En relación con el **acceso a la formación**, los profesionales señalan haber recibido formación a través de distintas vías siendo, las más frecuentes, a través de **Sociedades Científicas y recursos del propio centro** (35,8%, n=34; respectivamente), seguido de las **entidades comunitarias** (30,5%, n=29) y **recursos privados por cuenta propia o con apoyo de la industria farmacéutica** (27,4%, n=26). En menor medida, se indican el Ministerio de Sanidad (14,7%, n=14), el Servicio Andaluz de Salud (9,5%, n=9), la Escuela Andaluza de Salud Pública (8,4%, n=8) y otras vías como, por ejemplo, jornadas de ONGs, Congresos Médicos, Colegios Profesionales, y el Instituto Provincial de Bienestar Social.

Por otro lado, se preguntó a los profesionales encuestados sobre sus **necesidades formativas** de cara a plantear el desarrollo de un programa de formación en *chemsex*. Además de una serie de temáticas básicasⁿ, se analizaron una serie de temas más concretos en relación con el *chemsex*, que fueron ordenados según su grado de relevancia^o para los encuestados.

m. No se incluyen los datos referentes a FH y MPSP por su baja representatividad.

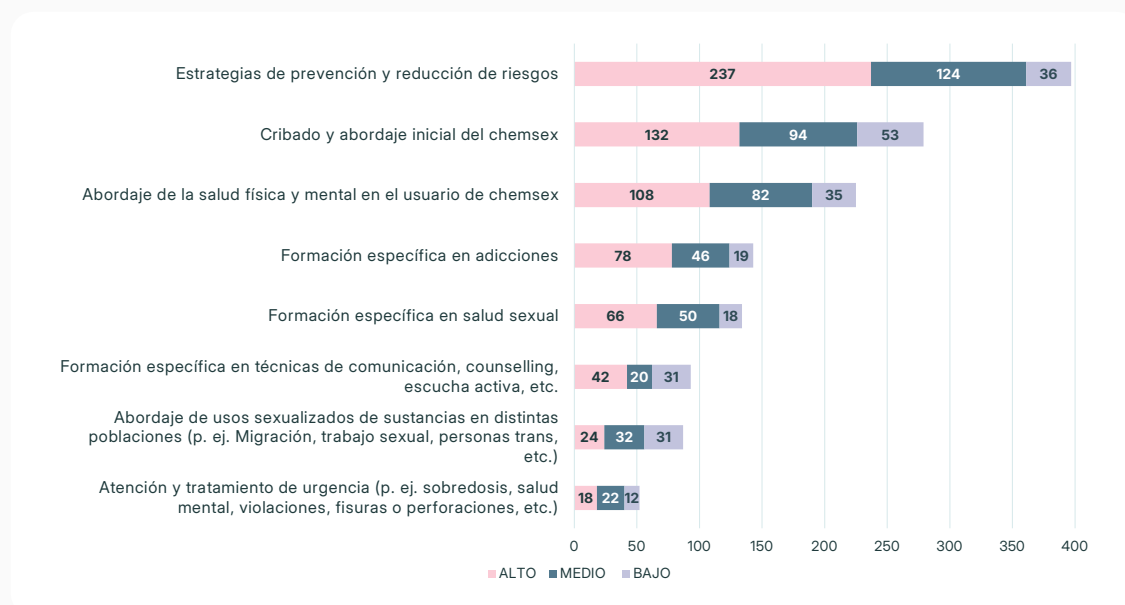
n. Se consideraron temáticas básicas: (1) Aspectos generales: qué es el *chemsex*, que drogas lo componen, principales prácticas, lugares donde se practica, métodos de acceso, consentimiento sexual, etc.; (2) Impacto del *chemsex* sobre la salud física y mental de las personas que lo practican; (3) Impacto del *chemsex* sobre otras esferas de la vida: personal, familiar, económica, académica y laboral, y social; (4) Criterios y circuitos de derivación en base al perfil del usuario de *chemsex*; y (5) Competencias culturales LGTBIQ+ y cultura sexual gay.

o. El planteamiento de la pregunta permitía a los encuestados seleccionar 3 temáticas y ordenarlas de 1 a 3 por grado de relevancia, siendo 1-ALTO, 2-MEDIO y 3-BAJO. Para conocer las temáticas con un valor global más alto, se ponderaron los resultados obtenidos de contar las respuestas multiplicando por 3, para el grado ALTO, por 2, para el MEDIO y por 1, para el bajo (representación gráfica). Por último, se calcularon las medias ponderadas para otorgar un valor global a cada reto y poder ordenarlos de mayor a menor relevancia.

La siguiente figura muestra las necesidades formativas ordenadas según su relevancia para los encuestados. En este sentido, aunque todas fueron señaladas con cierto grado de relevancia las más relevantes fueron:

- **Estrategias de prevención y reducción de riesgos.**
- **Cribado y abordaje inicial del chemsex.**

Cabe mencionar que, además de ellas, los profesionales indicaron en campo abierto otras necesidades formativas relacionadas con el *chemsex* (para más información, ver [Anexo 5](#)).



↑ Figura 22. Necesidades formativas ordenadas según el grado de relevancia.

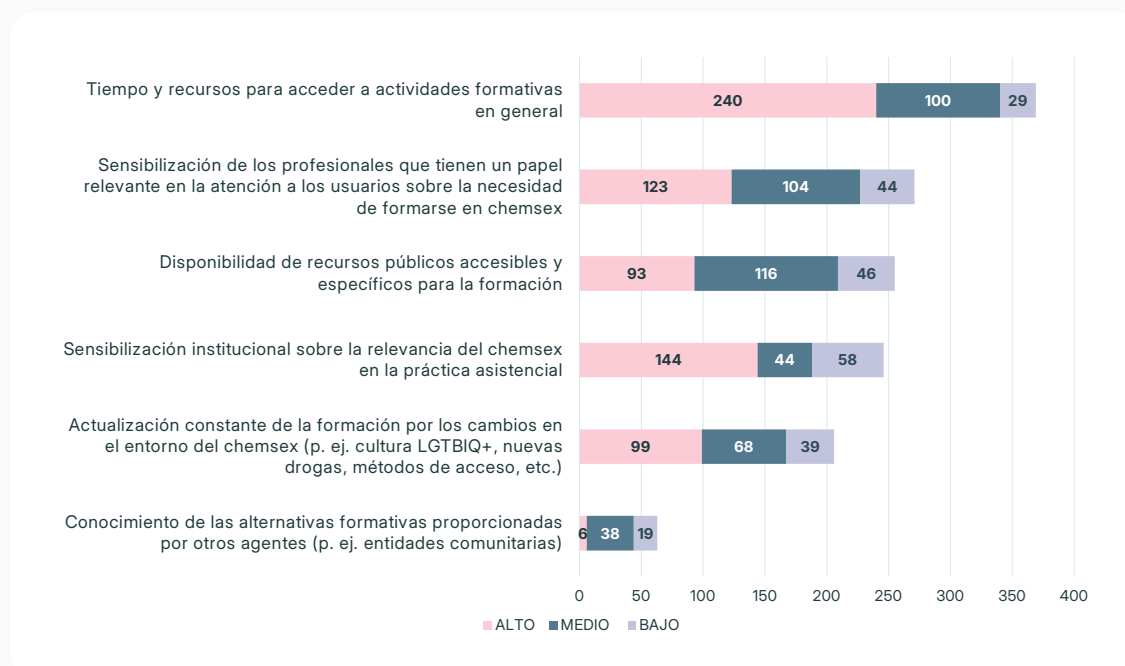
Se representa el resultado de la ponderación de las respuestas obtenidas.

Adicionalmente, se preguntó a los profesionales sobre los formatos y el tipo de formación para el planteamiento de un programa de formación en torno al *chemsex*. En relación con el formato, la mayoría de los encuestados prefieren un **formato híbrido que combine formación presencial y online (57,4%, n=135)**. De manera similar, el **83% (n=195)** de los encuestados prefieren **formación que combine teoría** (a través de guías, manuales, protocolos, seminarios o clases teóricas), con **práctica** (a través de casos clínicos o *role play*).

Por último, del mismo modo que en el bloque anterior, se analizaron una serie de retos para la formación. La siguiente figura, muestra los retos según su grado de relevancia^p. En este sentido, aunque todos los retos tuvieron cierto grado de relevancia, en el bloque de conocimiento, los retos más relevantes fueron:

- **Tiempo y recursos para acceder a actividades formativas en general.**
- **Sensibilización de los profesionales** que tienen un papel relevante en la atención a los usuarios sobre la necesidad de formarse en *chemsex*.

p. El planteamiento de la pregunta permitía a los encuestados seleccionar 3 retos y ordenarlos de 1 a 3 por grado de relevancia, siendo 1-ALTO, 2-MEDIO y 3-BAJO. Para conocer los retos con un valor global más alto, se ponderaron los resultados obtenidos de contar las respuestas multiplicando por 3, para el grado ALTO, por 2, para el MEDIO y por 1, para el bajo (representación gráfica). Por último, se calcularon las medias ponderadas para otorgar un valor global a cada reto y poder ordenarlos de mayor a menor relevancia.



↑ Figura 23. Retos para la formación en torno al *chemsex*, ordenados según el grado de relevancia. Se representa el resultado de la ponderación de las respuestas obtenidas.

Además de estos retos, se indicaron otros en el campo abierto que incluyeron aspectos como: la necesidad de **formación basada en evidencia**; la disponibilidad de **recursos públicos accesibles**, así como la **difusión** de los mismos; la **visualización global del chemsex**; la **conciliación** de los profesionales para poder formarse; la **involucración del sector de la educación** para intervenir en edades tempranas. (Para más información, ver [Anexo 4](#)).

Bloque 3. Planificación sanitaria y organización asistencial

El **Plan Andaluz de ITS, VIH y SIDA 2023 – 2030 (PAITSIDA)** es la principal herramienta de planificación sanitaria a nivel andaluz que aborda de manera específica la atención al *chemsex*. Sin embargo, **la mayoría de los profesionales encuestados lo desconocen (66%, n=155)**. Por su parte, del 34% (n=80) restante que sí conoce esta herramienta, el **58,8% (n=47) afirma ser conocedor de los objetivos e iniciativas que se plantean en torno al chemsex** dentro de dicho plan.

Analizando los resultados por especialidad, se observa que **la especialidad con una proporción mayor de profesionales que conocen los objetivos e iniciativas relacionadas con el chemsex dentro del PAITSIDA es Medicina Interna/Infecciosas (90,9%, n=30)**. Por el contrario, en el resto de las especialidades^q, la proporción de profesionales que conocen estos aspectos es mucho menor, con porcentajes inferiores a un 35%.

Además del PAITSIDA, se analizaron otras **herramientas relevantes a nivel nacional**, sin embargo, **el 63% (n=148) de los encuestados no conocían ninguna** de dichas herramientas. Las herramientas analizadas incluían las siguientes:

- **Documento Técnico sobre “Abordaje del fenómeno *chemsex*”** del Ministerio de Sanidad (2020), conocida por un 26,8% (n=63) de los profesionales.
- **Documento Técnico sobre “Abordaje de la Salud Mental del usuario con prácticas de *chemsex*”** del Ministerio de Sanidad (2020), conocida por un 17,4% (n=41) de los profesionales.

q. No se incluyen los datos referentes a FH y MPSP por su baja representatividad.

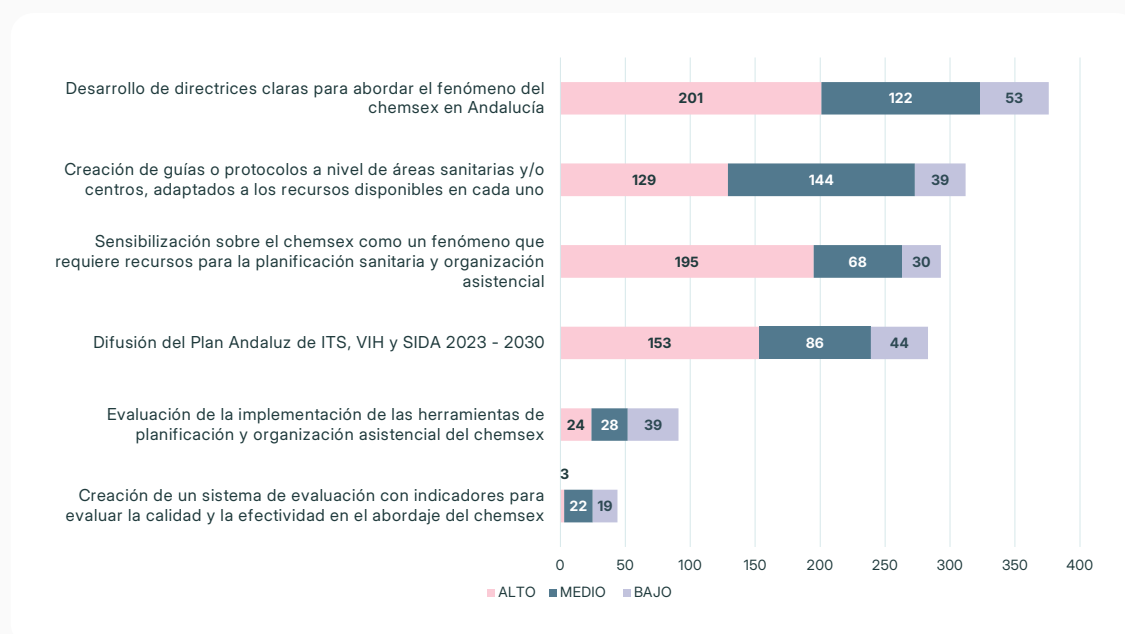
- **“Propuesta para la mejora del cribado de las prácticas de chemsex en España”** del Ministerio de Sanidad (2024), conocida por un **16,6%** (n=39) de los profesionales.
- **“Guía de Buenas Prácticas en el ámbito de la prevención y abordaje del chemsex”** de CESIDA (2024), conocida por un **21,7%** (n=51) de los profesionales.

En el análisis por especialidades, la especialidad que presenta una **mayor proporción de profesionales que conocen las distintas herramientas es la de Medicina Interna/Infecciosas** (51,5%, n=17; 33,3%, N=11; 54,5%, n=18 y 45,5%, n=15), si bien, incluso en este caso, el conocimiento de las herramientas disponibles a nivel nacional es ampliamente mejorable.

Por otro lado, se preguntó específicamente por la **disponibilidad de herramientas de planificación u organización asistencial a nivel local**, distinguiendo entre áreas sanitarias o centros. En este sentido, aunque de nuevo, **la mayoría de los profesionales indicaron desconocer la existencia de estas herramientas (59,4%, n=126) y un 24,1% (n=51) negaron su existencia**, un **9,9% (n=21) y un 6,1% (n=13)** afirmaron disponer de herramientas a nivel de centro o área sanitaria respectivamente.

Finalmente, al igual que en bloques anteriores, se analizaron una serie de retos para la planificación sanitaria y organización asistencial. La siguiente figura, muestra los retos según su grado de relevancia^r. En este sentido, aunque todos los retos tuvieron cierto grado de relevancia, en el bloque de conocimiento, los retos más relevantes fueron:

- **Desarrollo de directrices claras para abordar el fenómeno del chemsex en Andalucía.**
- **Creación de guías o protocolos a nivel de áreas sanitarias y/o centros, adaptados a los recursos disponibles en cada uno.**



↑ Figura 24. Retos para la planificación sanitaria y organización asistencial en torno al chemsex, ordenados según el grado de relevancia.

Se representa el resultado de la ponderación de las respuestas obtenidas.

r. El planteamiento de la pregunta permitía a los encuestados seleccionar 3 retos y ordenarlos de 1 a 3 por grado de relevancia, siendo 1-ALTO, 2-MEDIO y 3-BAJO. Para conocer los retos con un valor global más alto, se ponderaron los resultados obtenidos de contar las respuestas multiplicando por 3, para el grado ALTO, por 2, para el MEDIO y por 1, para el bajo (representación gráfica). Por último, se calcularon las medias ponderadas para otorgar un valor global a cada reto y poder ordenarlos de mayor a menor relevancia.

Además de estos retos, se indicaron otros en el campo abierto que incluyeron aspectos como: la falta de **sensibilización y formación sobre el fenómeno** entre los profesionales implicados; la necesidad de **coordinar a los profesionales involucrados**; o el **desconocimiento de los recursos** disponibles a nivel de Andalucía, o la falta de **apoyo institucional**, entre otros (para más información, ver [Anexo 4](#)).

Bloque 4. Procesos y recursos para la atención al *chemsex*

Resultados en torno a la prevención y cribado del *chemsex*

Los profesionales encuestados consideran que los principales **agentes clave para la prevención y cribado del *chemsex*** son: los **centros de Atención a las Adicciones**, según el **71,9% (n=169)** de los encuestados; los **centros de Atención Primaria**, según un **69,8% (n=164)** y las **Unidades de VIH e ITS** según el **57% (n=134)**. Aunque en menor medida, algunos profesionales señalan como agentes clave a los centros o unidades de salud mental (37,4%, n=88); entidades comunitarias (29,4%, n=69) o Servicios de Urgencias (25,1%, n=59). Un 0,9% (n=2) indica como agente clave a la Farmacia Hospitalaria.

Analizando las respuestas **por especialidad**, se observan los siguientes hallazgos:

- La **proporción de profesionales que indican como agente clave a los centros de Atención a las Adicciones es de más de un 50% para todas las especialidades**, a excepción de MPSP. Del mismo modo, la proporción de profesionales de cada especialidad que señala a los centros de Atención Primaria como agente clave también es elevada, de más del 50% a excepción de los especialistas en Medicina Interna/Infecciosas (45,5%).
- En el caso de las **Unidades de VIH/ITS**, las especialidades que reflejan una **mayor proporción de profesionales que señalan estas unidades como agentes clave**, son los propios especialistas en **Medicina Interna/Infecciosas (90,9%, n=30)** y los de **Medicina de Adicciones (80%, n=8)**. En cualquier caso, la proporción es alta en todas ellas, a excepción de Psiquiatría donde un 34,4% de los profesionales señala estas unidades.

↓ Tabla 3. Agentes clave para la prevención y cribado dentro de cada especialidad.

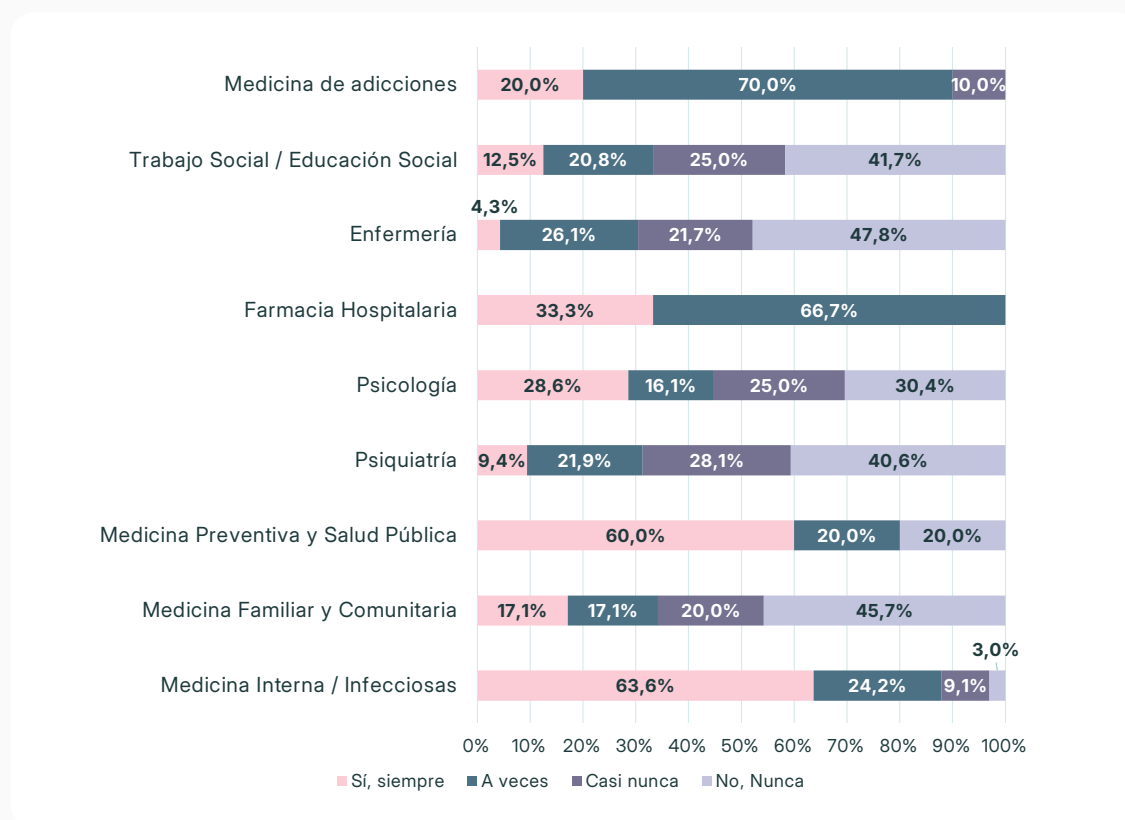
Especialidades	Entidades comunitarias	Salud Mental	Atención a adicciones	Atención Primaria	VIH/ITS	Urgencias
Interna/Infecciosas	54,5%	33,3%	54,5%	45,5%	90,9%	21,2%
MFyC	20%	31,4%	74,3%	68,6%	57,1%	20%
MPSP	40%	20%	20%	100%	60%	60%
Psiquiatría	31,3%	34,4%	71,9%	78,1%	34,4%	37,5%
Psicología	25%	41,1%	82,1%	75%	51,8%	25%
FH	33,3%	0%	66,7%	66,7%	33,3%	0%
Enfermería	26,1%	39,1%	65,2%	65,2%	52,2%	21,7%
Trabajo/ Educación Social	12,5%	41,7%	83,3%	83,3%	50%	29,2%
Medicina de adicciones	30%	40%	90%	50%	80%	10%
Otros	7,1%	35,7%	50%	50%	42,9%	7,1%

(*) La tabla recoge el porcentaje de personas dentro de cada especialidad que señalan cada uno de los agentes clave propuestos: (1) Entidades Comunitarias (2) Centros o Unidades de Salud Mental (3) Centros de Atención a las Adicciones (4) Centros de Atención Primaria (5) Unidades de VIH/ITS (6) Servicios de Urgencias. Los profesionales podían seleccionar un máximo de 3 respuestas.

Por otro lado, se preguntó a los encuestados por su práctica habitual con personas de riesgo de realizar prácticas de *chemsex* y un **68,9%** afirmó que **preguntan proactivamente sobre estas prácticas a aquellas personas que pueden ser usuarios de *chemsex***, aunque sólo el 25,1% (n=59) afirman hacerlo siempre. El 24,3% (n=57) afirma realizarlo en algunos casos (>50% de los casos) y el 19,6% (n=46) casi nunca (<50% de los casos), mientras que, un 31,1% (n=73) indican no preguntar nunca sobre estas prácticas. En cualquier caso, no hay unas directrices claras de a qué perfiles preguntar y, por tanto, **muchas de las personas que pasan por las distintas especialidades pueden no estar bien atendidas.**

Analizando las respuestas **por especialidad**, se observan los siguientes hallazgos:

- La especialidad que cuenta con una **mayor proporción de profesionales que SIEMPRE preguntan por estas prácticas es Medicina Interna/Infecciosas** a aquellas personas que pueden considerarse de riesgo para el *chemsex*. Por su parte, aunque la muestra es más pequeña, **Medicina Preventiva y Salud Pública** (n=5), **Farmacia Hospitalaria** (n=3) y **Medicina de Adicciones** (n=10) muestran también una proporción mayor de **profesionales que preguntan con relativa frecuencia** sobre estas prácticas en usuarios de riesgo.
- Por el contrario, profesionales de **Medicina Familiar y Comunitaria y Enfermería** que suelen tener un trato cercano con los pacientes, muestran una **proporción mayor de profesionales que NUNCA o CASI NUNCA preguntan por estas prácticas** a perfiles que podrían ser de riesgo para el *chemsex*. Este punto puede asociarse con las respuestas obtenidas en bloques anteriores en relación con la formación y el conocimiento de estos profesionales.



↑ Figura 25. Análisis frecuencia con la que los profesionales preguntan proactivamente por la práctica de *chemsex* a personas de riesgo por especialidad.

(*) Pregunta de una única respuesta.

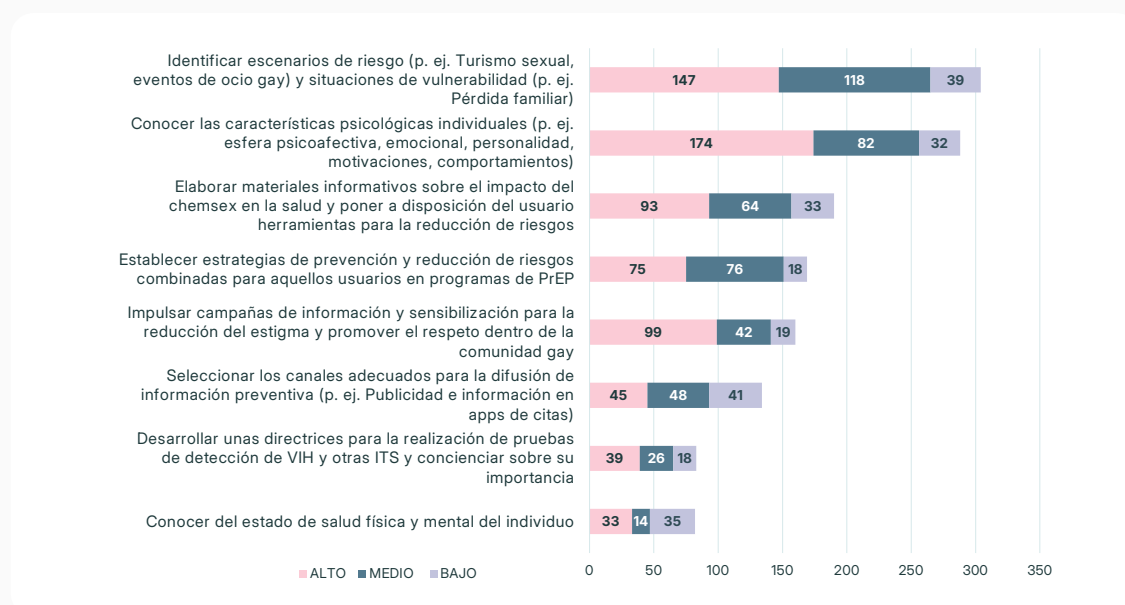
Además, del 68,9% (n=162) de los profesionales que referían preguntar de manera proactiva a personas de riesgo, el 47,5% (n=77) afirma realizar un seguimiento a posteriori de estos usuarios, preguntando en visitas posteriores de seguimiento.

Por otro lado, se preguntó de manera específica a profesionales del ámbito sanitario sobre cómo percibían la **proactividad de los usuarios a la hora de hablar sobre estas prácticas** en las consultas. Aunque un **80,7% (n=170)** de estos profesionales refieren que los usuarios son proactivos en cierta medida a la hora de hablar sobre el tema, sólo un **4,7% (n=10)** considera que **siempre** es así, un **29,2% (n=62)** considera que **a veces** (>50% de los casos), mientras que la **mayoría (46,2%, n=98)** considera que se limita a **casos puntuales** (<50% de los usuarios). En cualquier caso, un **63% (n=133)** de los profesionales del ámbito sanitario, ante la detección de un usuario de *chemsex* en las consultas, **ofrecen un seguimiento específico**.

En cuanto a las **acciones de seguimiento que ofrecen los profesionales a los usuarios**, señalan, entre otras, la elaboración de un **Plan de Tratamiento Individualizado** y **entrevistas periódicas** de seguimiento; un **análisis funcional de la conducta de consumo**, exploración de **funciones individuales de conductas sexoafectivas** y entrenamiento en **habilidades sociales**; la solicitud de **analíticas para el seguimiento de ITS y VIH** y la **derivación** a la unidad de infecciosas; el establecimiento de **estrategias de educación** para la prevención y reducción de riesgos, etc., para más información, ver (Anexo 6).

Por último, se preguntó a los profesionales encuestados sobre los **aspectos clave** de cara a plantear el desarrollo de un programa de prevención y reducción de riesgos de *chemsex*. La siguiente figura muestra una serie de aspectos clave ordenados según su relevancia^s para los encuestados. En este sentido, aunque todos fueron señalados con cierto grado de relevancia las más relevantes fueron:

- **Identificar escenarios de riesgo** (p. ej. Turismo sexual, eventos de ocio gay) y situaciones de vulnerabilidad (p. ej. Pérdida familiar).
- **Conocer las características psicológicas individuales** (p. ej. esfera psicoafectiva, emocional, personalidad, motivaciones, comportamientos).



↑ Figura 26. Aspectos clave para el desarrollo de un programa de prevención y reducción de riesgos ordenados según el grado de relevancia.

Se representa el resultado de la ponderación de las respuestas obtenidas.

s. El planteamiento de la pregunta permitía a los encuestados seleccionar 3 aspectos y ordenarlos de 1 a 3 por grado de relevancia, siendo 1-ALTO, 2-MEDIO y 3-BAJO. Para conocer aspectos con un valor global más alto, se ponderaron los resultados obtenidos de contar las respuestas multiplicando por 3, para el grado ALTO, por 2, para el MEDIO y por 1, para el bajo (representación gráfica). Por último, se calcularon las medias ponderadas para otorgar un valor global a cada aspecto y poder ordenarlos de mayor a menor relevancia.

Además de éstos, los profesionales señalan **otros aspectos clave** para la prevención y reducción de riesgos asociados al *chemsex* como, por ejemplo: la **divulgación de los servicios de ayuda y otros materiales** formativos y de concienciación; la realización de **talleres en centros educativos**; la **planificación de escenarios de riesgo**, etc., (para más información, ver [Anexo 7](#)).

Resultados en torno al abordaje inicial, tratamiento y acompañamiento

Al igual que en el apartado anterior de prevención y cribado, los profesionales indicaron, desde su perspectiva, los **agentes clave para el abordaje inicial, tratamiento y acompañamiento**. Del mismo modo que en el caso anterior, los principales agentes señalados fueron: los **centros de Atención a las Adicciones**, según el **83%** de los encuestados; los **centros de Atención Primaria**, según un **61,7%** y las **Unidades de VIH e ITS** según el **55,7%**.

Cabe mencionar el **porcentaje de profesionales que indican como agente clave a los centros y/o unidades de salud mental (43,4%, n=102) y entidades comunitarias (33,6%, n=79) aumenta** con respecto a lo indicado en el apartado de prevención y cribado, sugiriendo un papel más relevante de estos agentes para la atención una vez detectados los usuarios; mientras que el **porcentaje para los Servicios de Urgencias disminuye (12,8%, n=30)**. Además de estos, un **0,4% (n=2)** señala a Farmacia Hospitalaria.

Analizando las respuestas **por especialidad**, se observan los siguientes hallazgos:

- La **proporción de profesionales que indican como agente clave a los centros de Atención a las Adicciones es de más de un 50% para todas las especialidades** y, además, aumenta con respecto a lo indicado en el apartado de prevención y cribado, lo que sugiere que tienen un papel más relevante en este punto. Del mismo modo, el **papel de los centros y unidades de Salud Mental también ganan relevancia para casi todas las especialidades encuestadas**, a excepción de MFyC.
- En el caso de las **Unidades de VIH/ITS**, la **proporción de especialistas en Medicina Interna/Infecciosas que consideran a estas unidades como agentes clave es ligeramente menor** que en el apartado de prevención y cribado, considerando más relevantes los Centros de Atención a las Adicciones, los Centros o Unidades de Salud Mental, o incluso las Entidades Comunitarias.

↓ Tabla 4. Agentes clave para el abordaje inicial, tratamiento y acompañamiento dentro de cada especialidad.

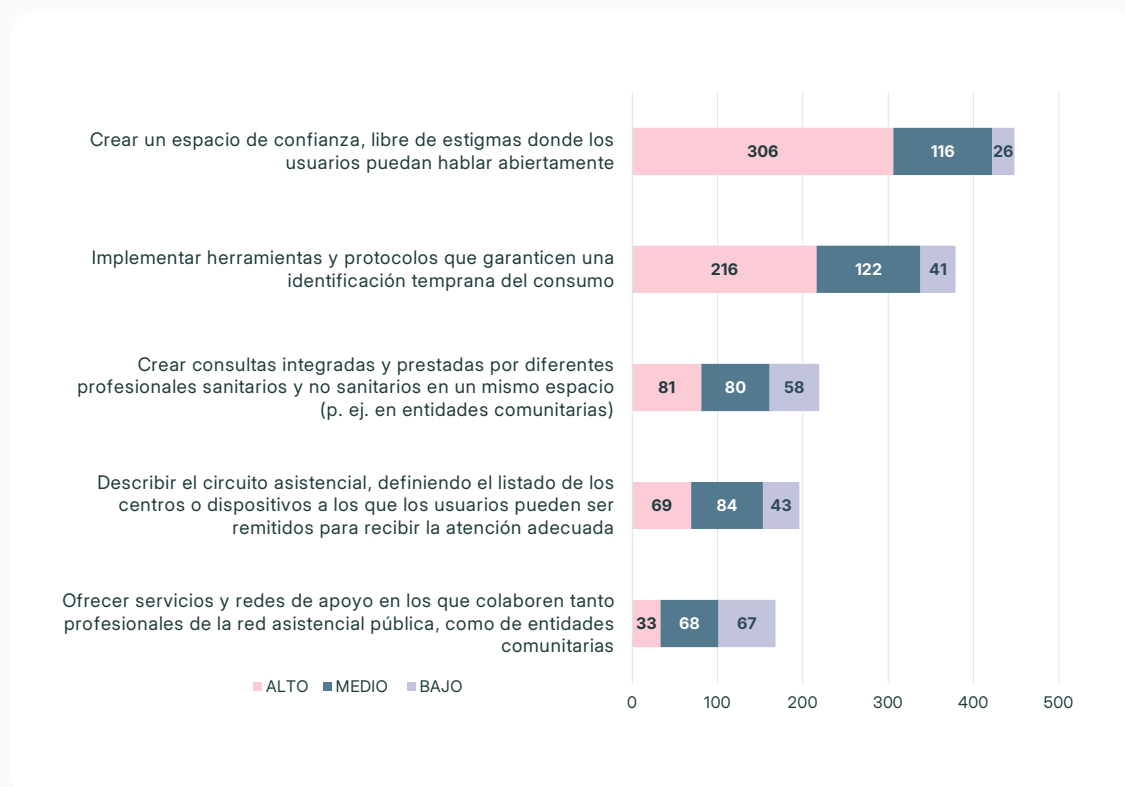
Especialidades	Entidades Comunitarias	Salud Mental	Atención a Adicciones	Atención Primaria	VIH/ITS	Urgencias
Interna/Infecciosas	42,2%	66,7%	81,8%	27,3%	66,7%	6,1%
MFyC	25,7%	25,7%	77,1%	68,6%	60%	14,3%
MPSP	80%	60%	60%	40%	20%	40%
Psiquiatría	37,5%	40,6%	75%	71,9%	46,9%	12,5%
Psicología	30,4%	35,7%	89,3%	67,9%	60,7%	12,5%
FH	33,3%	66,7%	66,7%	33,3%	66,7%	0%
Enfermería	21,7%	39,1%	87%	78,3%	52,2%	17,4%
Trabajo/Educación Social	25%	45,8%	91,7%	66,7%	50%	20,8%
Medicina de adicciones	30%	50%	100%	60%	60%	0%
Otros	21,4%	35,7%	57,1%	50%	28,6%	0%

(*) La tabla recoge el porcentaje de personas dentro de cada especialidad que señalan cada uno de los agentes clave propuestos: (1) Entidades Comunitarias (2) Centros o Unidades de Salud Mental (3) Centros de Atención a las Adicciones (4) Centros de Atención Primaria (5) Unidades de VIH/ITS (6) Servicios de Urgencias. Los profesionales podían seleccionar un máximo de 3 respuestas.



Adicionalmente, y con el objetivo de plantear un modelo óptimo para la atención a usuarios de *chemsex* se preguntó a los profesionales encuestados sobre las **buenas prácticas** para el abordaje inicial, tratamiento y acompañamiento. La siguiente figura muestra una serie de aspectos clave ordenados según su relevancia^t para los encuestados. En este sentido, aunque todos fueron señalados con cierto grado de relevancia las más relevantes fueron:

- **Crear un espacio de confianza, libre de estigmas donde los usuarios puedan hablar abiertamente.**
- **Implementar herramientas y protocolos que garanticen una identificación temprana del consumo.**



↑ Figura 27. Buenas prácticas para el abordaje inicial, tratamiento y acompañamiento según el grado de relevancia. Se representa el resultado de la ponderación de las respuestas obtenidas.

Además de estas, se señalaron otras buenas prácticas como, por ejemplo: un **trabajo en red** que permita una coordinación efectiva entre sectores; crear **redes de apoyo entre las propias personas que forman parte del colectivo**; **definir los circuitos y elaborar un mapa de recursos** para la atención a los usuarios de *chemsex*; crear **consultas integradas multidisciplinares**, etc. (para más información ver [Anexo 8](#)).

En este bloque se abordaron también las **terapias no farmacológicas disponibles**, entre las cuales, los profesionales señalaron como más relevantes: los **talleres de salud sexual y ocio saludable**, seguidos de la terapia psicológica individual y las intervenciones por pares.

t. El planteamiento de la pregunta permitía a los encuestados seleccionar 3 buenas prácticas y ordenarlas de 1 a 3 por grado de relevancia, siendo 1-ALTO, 2-MEDIO y 3-BAJO. Para conocer las prácticas con un valor global más alto, se ponderaron los resultados obtenidos de contar las respuestas multiplicando por 3, para el grado ALTO, por 2, para el MEDIO y por 1, para el bajo (representación gráfica). Por último, se calcularon las medias ponderadas para otorgar un valor global a cada práctica y poder ordenarlas de mayor a menor relevancia.

Resultados en torno la coordinación multidisciplinar en el abordaje del chemsex

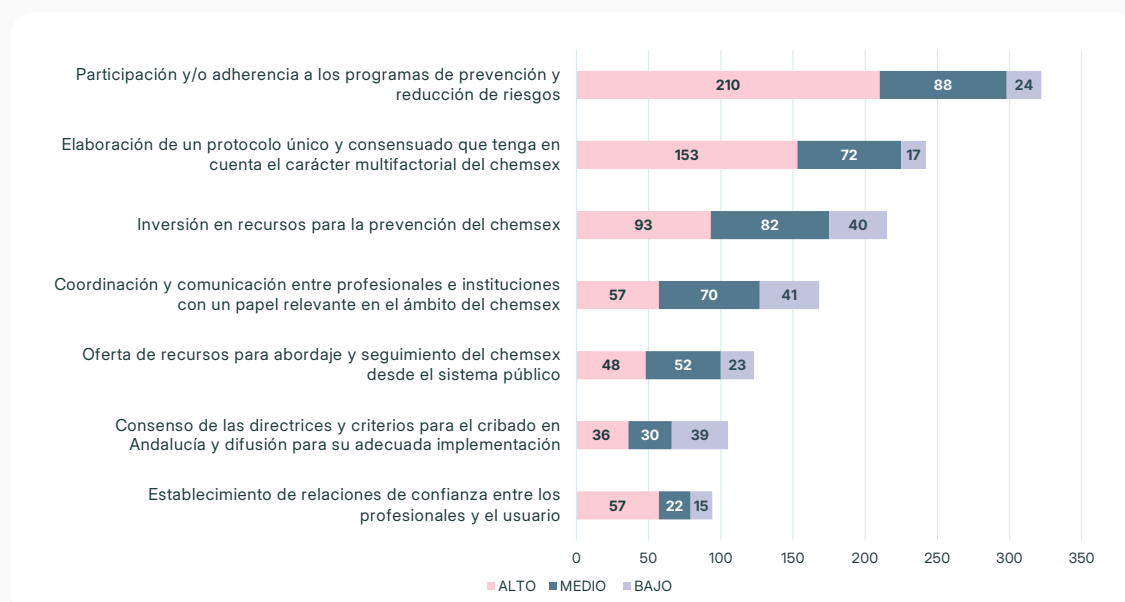
A pesar de la multitud de perfiles que pueden intervenir en la atención a los usuarios de *chemsex*, el **94% de los profesionales señalan una coordinación entre los distintos perfiles insuficiente (60,4%, n=142) o nula (33,6%, n=79).**

Esto, parece estar relacionado con un **desconocimiento de los recursos ofrecidos por las distintas entidades para el abordaje del chemsex**, un 42,6% (n=100) de los encuestados niegan que se den a conocer los recursos y un 51,1% (n=120) que lo desconocen. Este aspecto además, ha sido señalado en bloques anteriores dentro de las preguntas de campo abierto.

Retos para la atención y seguimiento del chemsex

Al igual que en bloques anteriores, se analizaron una serie de retos para la atención y seguimiento del *chemsex*. La siguiente figura, muestra los retos según su grado de relevancia^u. En este sentido, aunque todos los retos tuvieron cierto grado de relevancia, en el bloque de conocimiento, los retos más relevantes fueron:

- **Participación y/o adherencia a los programas de prevención y reducción de riesgos.**
- **Elaboración de un protocolo único y consensuado que tenga en cuenta el carácter multifactorial del chemsex.**



↑ Figura 28. Retos para la atención y seguimiento del *chemsex*, ordenados según el grado de relevancia. Se representa el resultado de la ponderación de las respuestas obtenidas.

Además de estos retos, se indicaron **otros** en el campo abierto que incluyeron aspectos como, por ejemplo: la **coordinación de recursos y profesionales**, el **refuerzo de los centros** comunitarios con recursos y financiación para afrontar el abordaje; el desarrollo de **protocolos y programas formativos específicos**, etc., (para más información, ver [Anexo 4](#)).

u. El planteamiento de la pregunta permitía a los encuestados seleccionar 3 retos y ordenarlos de 1 a 3 por grado de relevancia, siendo 1-ALTO, 2-MEDIO y 3-BAJO. Para conocer los retos con un valor global más alto, se ponderaron los resultados obtenidos de contar las respuestas multiplicando por 3, para el grado ALTO, por 2, para el MEDIO y por 1, para el bajo (representación gráfica). Por último, se calcularon las medias ponderadas para otorgar un valor global a cada reto y poder ordenarlos de mayor a menor relevancia.

Bibliografía

1. Stop, CEEISCAT, Coalition PLUS, UAB, Ciberesp. Consumo recreativo de drogas y su uso sexualizado (chemsex) en hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) de España (Estudio HomoSalud, 2021): informe de resultados [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 1]. Available from: https://stopsida.org/wp-content/uploads/2021/05/HOMOSALUD_Informe_13052021-1.pdf
2. EMIS-2024. Community reports Europe [Internet]. 2025 [cited 2025 Jul 1]. Available from: <https://www.emis-project.eu/emis-2024-community-reports-europe/>
3. Sistema de Información de Programas de Profilaxis Pre-Exposición al VIH en España (SIPrEP). Informe de resultados noviembre 2019-mayo 2024 [Internet]. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2024 Jul [cited 2024 Jul 22]. Available from: <https://siprep.isciii.es/documentos>
4. Gonzalez-Recio P, Crossin R, Donat M, et al. Chemsex session typologies and associated sociodemographic factors in sexual minority men: latent class analysis from a cultural perspective using a cross-sectional survey. *JMIR Public Health Surveill*. 2024 Sep 27;10:e60012. doi:10.2196/60012
5. Íncera D, Gámez M, Ibarguchi L, García A, Zaro I, Alonso A. Aproximación al *chemsex* en España 2021. Madrid: Apoyo Positivo e Imagina Más; 2022.
6. Ministerio de Sanidad. Plan estratégico para la prevención y control de la infección por el VIH y las ITS en España 2021-2030 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [cited 2025 Jul 1]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/areas/DCVIHT/vihSida/planEstrategico/vigente/docs/Plan_de_Prevencion_y_Control1.pdf
7. Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía. Plan Andaluz de ITS, VIH y SIDA 2023-2030 (PAITSIDA) [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía; 2023 [cited 2025 Jul 1]. Available from: https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/inline-files/2024/06/PAITSIDA%20FINAL%202023%20nov%202023_0.pdf
8. Agència de Salut Pública de Catalunya. Programa “Chemsex: prevenció, detecció i abordatge a Catalunya” [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2023 [cited 2025 Jul 1]. Available from: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/6541/chemsex_prevencio_deteccio_abordatge_catalunya_2021.pdf
9. Generalitat Valenciana. Programa para la respuesta coordinada al *chemsex* en la Comunitat Valenciana 2025-2027 [Internet]. Valencia: Vicepresidència Primera i Conselleria de Serveis Socials, Igualtat i Vivenda; 2024 Dec 18 [cited 2025 Jul 1]. Available from: <https://serviciossocials.gva.es/documents/162705074/0/PROGRAMA+CHEMSEX+25-27.pdf>
10. Comunidad de Madrid. Iniciativa para una respuesta coordinada al *chemsex* en la Comunidad de Madrid 2023-2026 [Internet]. Madrid: Dirección General de Salud Pública; 2023 [cited 2025 Jul 1]. Available from: <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051302.pdf>

Anexos

Anexo 1. Resultados recopilados de la encuesta dirigida a usuarios de *chemsex*

Se recogen en este anexo los resultados por pregunta desglosando sobre el total de cuestionarios que disponen de la respuesta en cada una de las preguntas, cuestionarios completados y cuestionarios incompletos.

Perfil sociodemográfico

Datos generales

↓ Tabla Suplementaria 1. Datos generales de usuarios encuestados.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Edad	N total = 190	N total = 159	N total = 31
◦ <18 años	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)
◦ 18 – 20 años	◦ 1 (0,5%)	◦ 0 (0,0%)	◦ 1 (3,2%)
◦ 20 – 29 años	◦ 22 (11,6%)	◦ 17 (10,7%)	◦ 5 (16,1%)
◦ 30 – 39 años	◦ 79 (41,6%)	◦ 67 (42,1%)	◦ 12 (38,7%)
◦ 40 – 49 años	◦ 59 (31,1%)	◦ 49 (30,8%)	◦ 10 (32,3%)
◦ 50 – 59 años	◦ 25 (13,2%)	◦ 22 (13,8%)	◦ 3 (9,7%)
◦ 60 – 69 años	◦ 4 (2,1%)	◦ 4 (2,5%)	◦ 0 (0,0%)
◦ >70 años	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)
Sexo asignado al nacer	N total = 190	N total = 159	N total = 31
◦ Hombres	◦ 188 (98,9%)	◦ 157 (98,7%)	◦ 31 (100,0%)
◦ Mujeres	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Prefiero no responder	◦ 2 (1,1%)	◦ 2 (1,3%)	◦ 0 (0,0%)
Identidad de género	N total = 190	N total = 159	N total = 31
◦ Hombre	◦ 184 (96,8%)	◦ 155 (97,5%)	◦ 29 (93,5%)
◦ Mujer	◦ 3 (1,6%)	◦ 2 (1,3%)	◦ 1 (3,2%)
◦ Persona no binaria	◦ 2 (1,1%)	◦ 1 (0,6%)	◦ 1 (3,2%)
◦ Prefiero no responder	◦ 1 (0,5%)	◦ 1 (0,6%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Otro	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)

Datos geográficos

↓ Tabla Suplementaria 2. Datos geográficos de usuarios encuestados.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Origen de los participantes	N total = 190	N total = 159	N total = 31
◦ España	◦ 171 (90,0%)	◦ 144 (90,6%)	◦ 27 (87,1%)
◦ Otro	◦ 19 (10,0%)	◦ 15 (9,4%)	◦ 4 (12,9%)
Provincia de residencia	N total = 190	N total = 159	N total = 31
◦ Almería	◦ 5 (2,6%)	◦ 4 (2,5%)	◦ 1 (3,2%)
◦ Cádiz	◦ 15 (7,9%)	◦ 10 (6,3%)	◦ 5 (16,1%)
◦ Córdoba	◦ 4 (2,1%)	◦ 4 (2,5%)	◦ 2 (6,5%)
◦ Granada	◦ 13 (6,8%)	◦ 12 (7,5%)	◦ 1 (3,2%)
◦ Huelva	◦ 9 (4,7%)	◦ 9 (5,7%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Jaén	◦ 7 (3,7%)	◦ 6 (3,8%)	◦ 1 (3,2%)
◦ Málaga	◦ 36 (18,9%)	◦ 33 (20,8%)	◦ 3 (9,7%)
◦ Sevilla	◦ 101 (53,2%)	◦ 81 (50,9%)	◦ 20 (64,5%)
Municipio	N total = 190	N total = 159	N total = 31
◦ > 100.000 habitantes	◦ 133 (70,0%)	◦ 111 (69,8%)	◦ 22 (71,0%)
◦ < 100.000 habitantes	◦ 57 (30,0%)	◦ 48 (30,2%)	◦ 9 (29,0%)

Datos laborales y académicos

↓ Tabla Suplementaria 3. Datos relacionados con el nivel de estudios, situación laboral y nivel de ingresos de los usuarios encuestados.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Nivel de estudios	N total = 190	N total = 159	N total = 31
◦ Ninguno	◦ 2 (1,1%)	◦ 1 (0,6%)	◦ 1 (3,2%)
◦ ESO	◦ 10 (5,3%)	◦ 8 (5,0%)	◦ 2 (6,5%)
◦ Bachillerato	◦ 14 (7,4%)	◦ 13 (8,2%)	◦ 1 (3,2%)
◦ FP	◦ 37 (19,5%)	◦ 29 (18,2%)	◦ 8 (25,8%)
◦ Diplomatura/Licenciatura/Grado	◦ 82 (43,2%)	◦ 66 (41,5%)	◦ 16 (51,6%)
◦ Posgrado/Máster/Doctorado	◦ 45 (23,7%)	◦ 42 (26,4%)	◦ 3 (9,7%)
Situación laboral	N total = 190	N total = 159	N total = 31
◦ Desempleado o en paro	◦ 19 (10,0%)	◦ 18 (11,3%)	◦ 1 (3,2%)
◦ Estudiante	◦ 6 (3,2%)	◦ 5 (3,1%)	◦ 1 (3,2%)
◦ Empleado por cuenta ajena	◦ 117 (61,6%)	◦ 97 (61,0%)	◦ 20 (64,5%)
◦ Autónomo	◦ 19 (10,0%)	◦ 16 (10,1%)	◦ 3 (9,7%)
◦ Prefiero no responder	◦ 4 (2,1%)	◦ 3 (1,9%)	◦ 1 (3,2%)
◦ Otro	◦ 25 (13,2%)	◦ 20 (12,6%)	◦ 5 (16,1%)
Nivel de ingresos mensuales	N total = 190	N total = 159	N total = 31
◦ Sin ingresos o sin ingresos estables	◦ 3 (6,8%)	◦ 11 (6,9%)	◦ 2 (6,5%)
◦ Menos de 500€	◦ 5 (2,6%)	◦ 4 (2,5%)	◦ 1 (3,2%)
◦ 500 – 999€	◦ 20 (10,5%)	◦ 17 (10,7%)	◦ 3 (9,7%)
◦ 1.000 – 1.499€	◦ 56 (29,5%)	◦ 42 (26,4%)	◦ 14 (45,2%)
◦ 1.500 – 1.900€	◦ 32 (16,8%)	◦ 27 (17,0%)	◦ 5 (16,1%)
◦ Más de 2.000€	◦ 64 (33,7%)	◦ 58 (36,5%)	◦ 6 (19,4%)



Datos relativos a las relaciones

↓ Tabla Suplementaria 4. Datos relacionados con la situación de pareja y la orientación sexual de los encuestados.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Situación de pareja	N total = 190	N total = 159	N total = 31
◦ Sí, pareja abierta	◦ 23 (12,1%)	◦ 15 (9,4%)	◦ 8 (25,8%)
◦ Sí, pareja cerrada	◦ 52 (27,4%)	◦ 45 (28,3%)	◦ 7 (22,6%)
◦ No, no tengo	◦ 109 (57,4%)	◦ 94 (59,1%)	◦ 15 (48,4%)
◦ Otros	◦ 6 (3,2%)	◦ 5 (3,1%)	◦ 1 (3,2%)
Orientación sexual	N total = 190	N total = 159	N total = 31
◦ Heterosexual	◦ 4 (2,1%)	◦ 4 (2,5%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Homosexual o gay	◦ 168 (88,4%)	◦ 140 (88,1%)	◦ 28 (90,3%)
◦ Bisexual	◦ 16 (8,4%)	◦ 13 (8,2%)	◦ 3 (9,7%)
◦ Prefiero no responder	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Otras orientaciones	◦ 2 (1,1%)	◦ 2 (1,3%)	◦ 0 (0,0%)

Uso sexualizado de sustancias

Resultados sobre hábitos de consumo

↓ Tabla Suplementaria 5. Datos relacionados sobre las sustancias utilizadas por los encuestados en contexto sexual y no sexual.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Sustancias utilizadas	N total = 190	N total = 159	N total = 31
◦ Mefedrona (mefe) y otras catinonas sintéticas (sales de baño)	◦ 125 (65,8%)	◦ 113 (71,1%)	◦ 12 (38,7%)
◦ Metanfetamina (tina, T)	◦ 37 (19,5%)	◦ 33 (20,8%)	◦ 4 (12,9%)
◦ GHB/GBL (éxtasis líquido, G, bote)	◦ 99 (52,1%)	◦ 94 (59,1%)	◦ 5 (16,1%)
◦ Ketamina (keta, K)	◦ 40 (21,1%)	◦ 37 (23,3%)	◦ 3 (9,7%)
◦ Poppers	◦ 122 (64,2%)	◦ 109 (68,6%)	◦ 13 (41,9%)
◦ Fármacos para la disfunción eréctil (viagra, cialis, etc.)	◦ 96 (50,5%)	◦ 87 (54,7%)	◦ 9 (29,0%)
◦ Cocaína (coca, tema, farla, farlopa)	◦ 65 (34,2%)	◦ 57 (35,8%)	◦ 8 (25,8%)
◦ Éxtasis en pastillas (pastis, pirulas)	◦ 28 (14,7%)	◦ 23 (14,5%)	◦ 5 (16,1%)
◦ MDMA (M, cristal)	◦ 54 (28,4%)	◦ 48 (30,2%)	◦ 6 (19,4%)
◦ Anfetamina (speed)	◦ 21 (11,1%)	◦ 20 (12,6%)	◦ 1 (3,2%)
◦ Alcohol	◦ 125 (65,8%)	◦ 104 (65,4%)	◦ 21 (67,7%)
◦ Sedantes o tranquilizantes	◦ 36 (18,9%)	◦ 31 (19,5%)	◦ 5 (16,1%)
◦ Esteroides anabólicos (testosterona y derivados sintéticos)	◦ 8 (4,2%)	◦ 8 (5,0%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Cannabis (marihuana, hachís, chocolate, porros)	◦ 58 (30,5%)	◦ 49 (30,8%)	◦ 9 (29,0%)
◦ Cannabinoides sintéticos (marihuana sintética, spice, K2, incienso)	◦ 4 (2,1%)	◦ 4 (2,5%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Crack, base libre, basuco	◦ 1 (0,5%)	◦ 1 (0,6%)	◦ 0 (0,0%)
◦ LSD (ácido, tripi)	◦ 3 (1,6%)	◦ 3 (1,9%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Heroína (caballo) u otros derivados del opio (metadona, fentanilo)	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Burundanga	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Setas alucinógenas	◦ 5 (2,6%)	◦ 4 (2,5%)	◦ 1 (3,2%)
◦ He consumido sustancias, pero no sé cuáles	◦ 4 (2,1%)	◦ 4 (2,5%)	◦ 0 (0,0%)
◦ No he consumido sustancias en los últimos 12 meses	◦ 4 (2,1%)	◦ 4 (2,5%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Otras sustancias	◦ 6 (3,2%)	◦ 6 (3,8%)	◦ 0 (0,0%)



Sustancias utilizadas en contextos sexuales*	N total = 186	N total = 155	N total = 31
◦ Mefedrona (mefe) y otras catinonas sintéticas (sales de baño)	◦ 120 (96,0%)	◦ 108 (95,6%)	◦ 12 (38,7%)
◦ Metanfetamina (tina, T)	◦ 35 (94,6%)	◦ 32 (97,0%)	◦ 3 (9,7%)
◦ GHB/GBL (éxtasis líquido, G, bote)	◦ 96 (97,0%)	◦ 91 (96,8%)	◦ 5 (16,1%)
◦ Ketamina (keta, K)	◦ 33 (82,5%)	◦ 31 (83,8%)	◦ 2 (6,5%)
◦ Poppers	◦ 117 (95,9%)	◦ 103 (94,5%)	◦ 14 (45,2%)
◦ Fármacos para la disfunción eréctil (viagra, cialis, etc.)	◦ 83 (86,5%)	◦ 76 (87,4%)	◦ 7 (22,6%)
◦ Cocaína (coca, tema, farla, farlopa)	◦ 40 (61,5%)	◦ 35 (61,4%)	◦ 5 (16,1%)
◦ Éxtasis en pastillas (pastis, pirulas)	◦ 8 (28,6%)	◦ 7 (30,4%)	◦ 1 (3,2%)
◦ MDMA (M, cristal)	◦ 30 (55,6%)	◦ 27 (56,3%)	◦ 3 (9,7%)
◦ Anfetamina (speed)	◦ 10 (47,6%)	◦ 10 (50,0%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Alcohol	◦ 73 (58,4%)	◦ 60 (57,7%)	◦ 13 (41,9%)
◦ Sedantes o tranquilizantes	◦ 7 (19,4%)	◦ 6 (19,4%)	◦ 1 (3,2%)
◦ Esteroides anabólicos (testosterona y derivados sintéticos)	◦ 3 (37,5%)	◦ 3 (37,5%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Cannabis (marihuana, hachís, chocolate, porros)	◦ 36 (62,1%)	◦ 31 (63,3%)	◦ 5 (16,1%)
◦ Cannabinoides sintéticos (marihuana sintética, spice, K2, incienso)	◦ 2 (50,0%)	◦ 2 (50,0%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Crack, base libre, basuco	◦ 1 (100,0%)	◦ 1 (100,0%)	◦ 0 (0,0%)
◦ LSD (ácido, tripi)	◦ 1 (33,3%)	◦ 1 (33,3%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Heroína (caballo) u otros derivados del opio (metadona, fentanilo)	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Burundanga	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Setas alucinógenas	◦ 2 (40,0%)	◦ 2 (50,0%)	◦ 0 (0,0%)
◦ He consumido sustancias, pero no sé cuáles	◦ 3 (75,0%)	◦ 3 (75,0%)	◦ 0 (0,0%)
◦ No he consumido sustancias en los últimos 12 meses	◦ 7 (3,4%)	◦ 7 (4,5%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Otras sustancias	◦ 1 (16,7%)	◦ 1 (16,7%)	◦ 0 (0,0%)

↓ Tabla Suplementaria 6. Vías de administración de las principales sustancias relacionadas con el chemsex.

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN	Oral	Esnifada	Fumada	Anal o genital	Inyectada
GHB/GBL	93 (96,9%)	10 (10,4%)	3 (3,1%)	7 (7,3%)	3 (3%)
Cocaína	9 (22,5%)	39 (97,5%)	10 (25,0%)	3 (7,5%)	3 (7,5%)
Mefedrona	30 (25,0%)	104 (86,7%)	3 (2,5%)	34 (28,3%)	21 (17,5%)
Metanfetamina	6 (17,1%)	6 (17,1%)	30 (85,7%)	5 (14,3%)	6 (17,1%)
Ketamina	2 (6,1%)	30 (90,9%)	0 (0%)	1 (3,0%)	2 (6,1%)

(*) La tabla recoge el porcentaje de personas que utilizan cada vía de administración para el consumo de la sustancia sobre el total que consumen dicha sustancia. Se recogen las respuestas de todos los cuestionarios iniciados ya que los completados se discuten en el texto del informe.

↓ Tabla Suplementaria 7. Uso compartido de materiales para el consumo de las principales sustancias relacionadas con el *chemsex*.

(A)

RESPUESTAS TOTALES	COMPARTIR MATERIALES	GHB/GBL	Cocaína	Mefedrona	Metanfetamina	Ketamina
	Solo esnifada: rulos o turulos	4 (57,1%)	24 (66,7%)	73 (84,9%)	2 (50,0%)	21 (75,0%)
	Solo esnifada: no comparto	3 (42,9%)	11 (28,2%)	11 (12,8%)	2 (50,0%)	7 (25,0%)
	Solo esnifada: no lo recuerdo	0 (0,0%)	1 (2,6%)	2 (2,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Solo inyectada: jeringuillas	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)
	Solo inyectada: no comparto	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (100%)	2 (50,0%)	0 (0,0%)
	Solo inyectada: no lo recuerdo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)	2 (100%)
	Esnifada e inyectada: solo rulos o turulos	1 (33,3%)	3 (100%)	10 (55,6%)	2 (50,0%)	0 (0,0%)
	Esnifada e inyectada: solo jeringuillas	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Esnifada e inyectada: Ambas	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (22,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Esnifada e inyectada: No lo recuerdo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Esnifada e inyectada: No comparto	2 (66,7%)	0 (0,0%)	4 (22,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

(B)

CUESTIONARIOS COMPLETOS	COMPARTIR MATERIALES	GHB/GBL	Cocaína	Mefedrona	Metanfetamina	Ketamina
	Solo esnifada: rulos o turulos	3 (50,0%)	22 (71,0%)	65 (84,4%)	2 (50,0%)	19 (73,1%)
	Solo esnifada: no comparto	3 (50,0%)	8 (23,5%)	10 (13,%)	2 (50,0%)	7 (26,9%)
	Solo esnifada: no lo recuerdo	0 (0,0%)	1 (2,9%)	2 (2,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Solo inyectada: jeringuillas	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)
	Solo inyectada: no comparto	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (100%)	2 (50,0%)	0 (0,0%)
	Solo inyectada: no lo recuerdo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)	2 (100%)
	Esnifada e inyectada: solo rulos o turulos	1 (33,3%)	3 (100%)	9 (52,9%)	2 (50,0%)	0 (0,0%)
	Esnifada e inyectada: solo jeringuillas	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Esnifada e inyectada: Ambas	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (23,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Esnifada e inyectada: No lo recuerdo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Esnifada e inyectada: No comparto	2 (66,7%)	0 (0,0%)	4 (23,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

(*) La tabla recoge el porcentaje de personas que utilizan cada vía de administración para el consumo de la sustancia sobre el total que consumen dicha sustancia. El cuadro A recoge las respuestas de todos los cuestionarios iniciados, y el cuadro B sólo de aquellos completados.



↓ Tabla Suplementaria 8. Resultados sobre percepción de la problemática y búsqueda de ayuda.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Consumo problemático	N total = 186	N total = 155	N total = 31
◦ Sí	◦ 37 (19,9%)	◦ 34 (21,9%)	◦ 3 (9,7%)
◦ No	◦ 104 (55,9%)	◦ 83 (53,5%)	◦ 21 (67,7%)
◦ No estoy seguro	◦ 45 (24,2%)	◦ 38 (24,5%)	◦ 7 (22,6%)
Ha consultado con algún profesional	N total = 186	N total = 155	N total = 31
◦ Sí	◦ 77 (36,8%)	◦ 70 (45,2%)	◦ 7 (22,6%)
◦ No	◦ 109 (52,2%)	◦ 85 (54,8%)	◦ 24 (77,4%)
Con qué profesionales ha consultado	N total = 77	N total = 70	N total = 7
◦ Profesional sanitario en un centro de salud	◦ 17 (22,1%)	◦ 16 (22,9%)	◦ 1 (14,3%)
◦ Profesional sanitario en un hospital	◦ 33 (42,9%)	◦ 30 (42,9%)	◦ 3 (42,9%)
◦ Profesional de farmacia	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Profesional de ONGs y centros comunitarios	◦ 40 (51,9%)	◦ 36 (51,4%)	◦ 4 (57,1%)
◦ Otro	◦ 19 (24,7%)	◦ 18 (25,7%)	◦ 1 (14,3%)

Resultados sobre el acceso, contexto y motivaciones para el uso sexualizado de sustancias

↓ Tabla Suplementaria 9. Resultados sobre el inicio del uso sexualizado de sustancias.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Edad de inicio	N total = 173	N total = 159	N total = 14
◦ Antes de los 18 años	◦ 5 (2,9%)	◦ 4 (2,5%)	◦ 1 (7,1%)
◦ Entre los 18 y los 20 años	◦ 12 (6,9%)	◦ 9 (5,7%)	◦ 3 (21,4%)
◦ Entre los 20 y los 29 años	◦ 50 (28,9%)	◦ 45 (28,3%)	◦ 5 (35,7%)
◦ Entre los 30 y los 39 años	◦ 72 (41,6%)	◦ 67 (42,1%)	◦ 5 (35,7%)
◦ Entre los 40 y los 49 años	◦ 25 (14,5%)	◦ 25 (15,7%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Entre los 50 y los 59 años	◦ 8 (4,6%)	◦ 8 (5,0%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Entre los 60 y los 69 años	◦ 1 (0,6%)	◦ 1 (0,6%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Después de los 70 años	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)
¿Por qué inició?	N total = 173	N total = 159	N total = 14
◦ Escapar del estrés o problemas personales (familiares, laborales, de salud, etc.)	◦ 48 (22,7%)	◦ 46 (28,9%)	◦ 2 (14,3%)
◦ Sentirse aceptado o integrado en un grupo	◦ 40 (23,1%)	◦ 38 (23,9%)	◦ 2 (14,3%)
◦ Curiosidad o necesidad de experimentar algo nuevo	◦ 136 (78,6%)	◦ 125 (78,6%)	◦ 11 (78,6%)
◦ Otro	◦ 18 (10,4%)	◦ 15 (9,4%)	◦ 3 (21,4%)



↓ Tabla Suplementaria 10. Medios utilizados para acceder al consumo sexualizado de sustancias.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Medios para acceder	N total = 162	N total = 148	N total = 14
◦ Apps y/o redes sociales (p. ej. Grindr, Scruff, Instagram, etc.)	◦ 112 (69,1%)	◦ 108 (73,0%)	◦ 4 (28,6%)
◦ Bares, discotecas, clubes y/o fiestas	◦ 80 (49,4%)	◦ 75 (50,7%)	◦ 5 (32,7%)
◦ Portales de contactos	◦ 11 (6,8%)	◦ 10 (6,8%)	◦ 1 (7,1%)
◦ Saunas	◦ 68 (33,7%)	◦ 63 (42,6%)	◦ 5 (32,7%)
◦ A través de parejas sexuales	◦ 62 (30,7%)	◦ 57 (38,5%)	◦ 5 (32,7%)
◦ A través de amigos	◦ 67 (33,2%)	◦ 64 (43,2%)	◦ 3 (21,4%)
◦ A través de un trabajador sexual	◦ 3 (1,5%)	◦ 2 (1,4%)	◦ 1 (7,1%)
◦ Otro	◦ 8 (4,0%)	◦ 5 (3,4%)	◦ 3 (21,4%)
Medios para acceder (Más utilizado)	N total = 162	N total = 148	N total = 14
◦ Apps y/o redes sociales (p. ej. Grindr, Scruff, Instagram, etc.)	◦ 89 (54,9%)	◦ 85 (57,4%)	◦ 4 (28,6%)
◦ Bares, discotecas, clubes y/o fiestas	◦ 23 (14,2%)	◦ 22 (14,9%)	◦ 1 (7,1%)
◦ Portales de contactos	◦ 2 (1,2%)	◦ 1 (0,7%)	◦ 1 (7,1%)
◦ Saunas	◦ 14 (8,6%)	◦ 11 (7,4%)	◦ 3 (21,4%)
◦ A través de parejas sexuales	◦ 13 (8,0%)	◦ 12 (8,1%)	◦ 1 (7,1%)
◦ A través de amigos	◦ 17 (10,5%)	◦ 14 (9,5%)	◦ 3 (21,4%)
◦ A través de un trabajador sexual	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Otro	◦ 4 (2,5%)	◦ 3 (2,0%)	◦ 1 (7,1%)

↓ Tabla Suplementaria 11. Motivaciones para el acceso al uso sexualizado de sustancias.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Motivo consumo últimos 12 meses	N total = 162	N total = 148	N total = 14
◦ Aumentar la excitación sexual	◦ 107 (66,1%)	◦ 100 (67,6%)	◦ 7 (50,0%)
◦ Aumentar el placer sexual	◦ 100 (61,7%)	◦ 94 (63,5%)	◦ 6 (42,9%)
◦ Prolongar la duración de las relaciones sexuales	◦ 76 (46,9%)	◦ 72 (48,6%)	◦ 4 (28,6%)
◦ Facilitar prácticas sexuales potencialmente dolorosas	◦ 21 (13,0%)	◦ 20 (13,5%)	◦ 1 (7,1%)
◦ Aumentar la confianza en mí mismo y desinhibirme	◦ 72 (44,4%)	◦ 67 (45,3%)	◦ 5 (35,7%)
◦ Evadirme de los problemas y reducir el estrés	◦ 49 (30,2%)	◦ 47 (31,8%)	◦ 2 (14,3%)
◦ Sentirme integrado en un grupo	◦ 25 (15,4%)	◦ 25 (16,9%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Otro	◦ 10 (6,2%)	◦ 6 (4,1%)	◦ 4 (28,6%)

↓ Tabla Suplementaria 12. Contextos en los que realiza un uso sexualizado de sustancias.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Personas con las que suele mantener relaciones con sustancias	N total = 162	N total = 148	N total = 14
◦ Solo	◦ 6 (3,7%)	◦ 6 (4,1%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Uno a uno	◦ 53 (32,7%)	◦ 50 (33,8%)	◦ 3 (21,4%)
◦ Trío	◦ 38 (23,5%)	◦ 30 (20,3%)	◦ 8 (57,1%)
◦ En grupo (más de 3 personas)	◦ 65 (40,1%)	◦ 62 (41,9%)	◦ 3 (21,4%)
Lugares relaciones sexuales	N total = 162	N total = 148	N total = 14
◦ En mi casa	◦ 104 (64,2%)	◦ 96 (64,9%)	◦ 8 (57,1%)
◦ En casa de otras personas	◦ 127 (78,4%)	◦ 119 (80,4%)	◦ 8 (57,1%)
◦ En hoteles	◦ 45 (27,8%)	◦ 41 (27,7%)	◦ 4 (28,5%)
◦ En clubes de sexo	◦ 57 (35,2%)	◦ 52 (35,1%)	◦ 5 (35,7%)
◦ En saunas o cabinas públicas	◦ 59 (36,4%)	◦ 56 (37,8%)	◦ 3 (21,4%)
◦ En saunas o cabinas privadas	◦ 16 (9,9%)	◦ 15 (10,1%)	◦ 1 (7,1%)
◦ En zonas de cruising	◦ 27 (16,7%)	◦ 23 (15,5%)	◦ 4 (28,5%)
◦ Locales privados	◦ 42 (25,9%)	◦ 38 (25,7%)	◦ 4 (28,5%)
◦ Otro	◦ 2 (1,2%)	◦ 1 (0,7%)	◦ 1 (7,1%)
Duración media episodios sexuales	N total = 162	N total = 148	N total = 14
◦ Menos de 2 horas	◦ 34 (19,0%)	◦ 31 (20,9%)	◦ 3 (21,4%)
◦ Entre 2 y 6 horas	◦ 37 (20,7%)	◦ 30 (20,3%)	◦ 7 (50,0%)
◦ Entre 6 y 12 horas	◦ 35 (19,6%)	◦ 33 (22,3%)	◦ 2 (14,3%)
◦ Entre 12 y 24 horas	◦ 38 (21,2%)	◦ 36 (24,3%)	◦ 2 (14,3%)
◦ Entre 24 y 48 horas	◦ 17 (9,5%)	◦ 17 (11,5%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Más de 48 horas	◦ 1 (0,6%)	◦ 1 (0,7%)	◦ 0 (0,0%)

Resultados sobre prácticas sexuales, comportamientos de riesgo y medidas de protección

↓ Tabla Suplementaria 13. Compensaciones económicas y trabajo sexual.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Compensaciones por sexo	N total = 161	N total = 148	N total = 13
◦ Sí, me dedico al trabajo sexual	◦ 3 (1,9%)	◦ 2 (1,4%)	◦ 1 (7,7%)
◦ Sí, puntualmente	◦ 11 (6,8%)	◦ 11 (7,4%)	◦ 0 (0,0%)
◦ No, no he recibido compensaciones de ningún tipo	◦ 147 (91,3%)	◦ 135 (91,2%)	◦ 7 (92,3%)

↓ Tabla Suplementaria 14. Resultados sobre parejas sexuales ocasionales.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
N.º de parejas sexuales ocasionales	N total = 161	N total = 148	N total = 13
◦ Menos de 10	◦ 36 (22,4%)	◦ 30 (20,3%)	◦ 6 (46,2%)
◦ Entre 10 y 25	◦ 34 (21,1%)	◦ 34 (23,0%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Entre 25 y 50	◦ 44 (27,3%)	◦ 40 (27,0%)	◦ 4 (30,8%)
◦ Entre 50 y 75	◦ 21 (13,0%)	◦ 20 (13,5%)	◦ 1 (7,7%)
◦ Entre 75 y 100	◦ 15 (9,3%)	◦ 13 (8,8%)	◦ 2 (15,4%)
◦ Más de 100	◦ 11 (6,8%)	◦ 11 (7,4%)	◦ 0 (0,0%)
Tipo de parejas sexuales ocasionales	N total = 161	N total = 148	N total = 13
◦ Hombres	◦ 159 (98,8%)	◦ 147 (99,3%)	◦ 12 (92,3%)
◦ Mujeres	◦ 9 (5,6%)	◦ 8 (5,4%)	◦ 1 (7,7%)
◦ Otros	◦ 2 (1,2%)	◦ 2 (1,4%)	◦ 0 (0,0%)

↓ Tabla Suplementaria 15. Prácticas sexuales de riesgo y medidas de prevención.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Prácticas sexuales últimos 12 meses	N total = 161	N total = 148	N total = 13
◦ Sexo anal pasivo	◦ 129 (80,1%)	◦ 120 (81,1%)	◦ 9 (69,2%)
◦ Sexo anal activo	◦ 137 (76,5%)	◦ 127 (85,8%)	◦ 10 (76,9%)
◦ Doble penetración pasiva	◦ 30 (16,8%)	◦ 29 (19,6%)	◦ 1 (7,7%)
◦ Doble penetración activa	◦ 35 (19,6%)	◦ 32 (21,6%)	◦ 3 (23,1%)
◦ Sexo oral pasivo	◦ 136 (76,0%)	◦ 125 (84,5%)	◦ 11 (84,6%)
◦ Sexo oral activo	◦ 134 (74,9%)	◦ 124 (83,8%)	◦ 10 (76,9%)
◦ Beso negro	◦ 112 (62,6%)	◦ 103 (69,6%)	◦ 9 (69,2%)
◦ Fisting activo	◦ 37 (20,7%)	◦ 34 (23,0%)	◦ 3 (23,1%)
◦ Fisting pasivo	◦ 25 (14,0%)	◦ 25 (16,9%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Otro	◦ 10 (5,6%)	◦ 9 (6,1%)	◦ 1 (7,7%)
Uso de preservativo	N total = 157	N total = 145	N total = 12
◦ Siempre utilizo preservativo	◦ 7 (4,5%)	◦ 6 (4,1%)	◦ 1 (8,3%)
◦ Casi siempre lo utilizo (más del 50% de las veces)	◦ 21 (13,4%)	◦ 18 (12,4%)	◦ 3 (25,0%)
◦ A veces lo utilizo (menos del 50% de las veces)	◦ 40 (25,5%)	◦ 36 (24,8%)	◦ 4 (33,3%)
◦ Nunca utilizo preservativo	◦ 89 (56,7%)	◦ 85 (58,6%)	◦ 4 (33,3%)
Percepción del riesgo (consumo = más relaciones sin preservativo o con más personas)	N total = 161	N total = 148	N total = 13
◦ Sí	◦ 127 (78,9%)	◦ 120 (81,1%)	◦ 7 (53,8%)
◦ No	◦ 34 (21,1%)	◦ 28 (18,9%)	◦ 6 (46,2%)

Aspectos sociales, emocionales y recursos de apoyo

Resultados sobre visibilidad sexual o aceptación

↓ Tabla Suplementaria 16. Homofobia internalizada.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Homofobia internalizada	N total = 169	N total = 159	N total = 10
◦ Me siento incómodo/a al hablar de mi orientación sexual con personas cercanas.	◦ 24 (14,2%)	◦ 23 (14,5%)	◦ 1 (10,0%)
◦ Prefiero no revelar ni evidenciar mi orientación sexual para evitar juicios o comentarios.	◦ 26 (15,4%)	◦ 24 (15,1%)	◦ 2 (20,0%)
◦ Siento culpa o vergüenza relacionada con mi orientación sexual	◦ 10 (5,9%)	◦ 9 (5,7%)	◦ 1 (10,0%)
◦ Evito lugares o eventos relacionados con la comunidad LGTBQ+ por miedo a ser asociado con ella	◦ 5 (3,0%)	◦ 5 (3,1%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Tengo pensamientos negativos o críticos sobre mi orientación sexual	◦ 10 (5,9%)	◦ 10 (6,3%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Nunca he tenido pensamientos de este tipo	◦ 122 (72,2%)	◦ 116 (73,0%)	◦ 6 (60,0%)

Resultados sobre el control sobre el consumo, vida sexual y otras esferas

↓ Tabla Suplementaria 17. Control en el consumo y relaciones sexuales y búsqueda de asesoramiento.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Control sobre el consumo de sustancias*	N total = 159	N total = 154	N total = 5
◦ Siempre	◦ 60 (37,7%)	◦ 57 (37,0%)	◦ 3 (60,0%)
◦ Casi siempre (más del 50% de las veces)	◦ 54 (34,0%)	◦ 52 (33,8%)	◦ 2 (40,0%)
◦ A veces (menos del 50% de las veces)	◦ 37 (23,3%)	◦ 37 (24,0%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Nunca	◦ 8 (5,0%)	◦ 8 (5,2%)	◦ 0 (0,0%)
Control sobre relaciones sexuales	N total = 153	N total = 148	N total = 5
◦ Siempre	◦ 54 (35,3%)	◦ 52 (35,1%)	◦ 2 (40,0%)
◦ Casi siempre (más del 50% de las veces)	◦ 61 (39,9%)	◦ 59 (39,9%)	◦ 2 (40,0%)
◦ A veces (menos del 50% de las veces)	◦ 34 (22,2%)	◦ 33 (22,3%)	◦ 1 (20,0%)
◦ Nunca	◦ 4 (2,6%)	◦ 4 (2,7%)	◦ 0 (0,0%)
Asesoramiento profesional para las relaciones sexuales	N total = 99	N total = 96	N total = 3
◦ Sí	◦ 54 (54,5%)	◦ 52 (54,2%)	◦ 2 (60,0%)
◦ No	◦ 45 (45,5%)	◦ 44 (45,8%)	◦ 1 (40,0%)



↓ Tabla Suplementaria 18. Percepción del riesgo para la salud e impacto sobre otras esferas.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Percepción del riesgo para la salud	N total = 153	N total = 148	N total = 5
◦ Alto	◦ 73 (47,7%)	◦ 69 (46,6%)	◦ 4 (80,0%)
◦ Medio	◦ 53 (34,6%)	◦ 52 (35,1%)	◦ 1 (20,0%)
◦ Bajo	◦ 27 (16,6%)	◦ 27 (18,2%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Nulo	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)
Preocupación sobre el impacto en relaciones familiares	N total = 153	N total = 148	N total = 5
◦ Alto	◦ 69 (45,1%)	◦ 67 (45,3%)	◦ 2 (40,0%)
◦ Medio	◦ 31 (20,3%)	◦ 28 (18,9%)	◦ 3 (60,0%)
◦ Bajo	◦ 34 (22,2%)	◦ 34 (23,0%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Nulo	◦ 19 (12,4%)	◦ 19 (12,8%)	◦ 0 (0,0%)
Preocupación sobre el impacto en relaciones de pareja	N total = 153	N total = 148	N total = 5
◦ Alto	◦ 60 (39,2%)	◦ 58 (39,2%)	◦ 2 (40,0%)
◦ Medio	◦ 31 (20,3%)	◦ 29 (19,6%)	◦ 2 (40,0%)
◦ Bajo	◦ 37 (24,2%)	◦ 36 (24,3%)	◦ 1 (20,0%)
◦ Nulo	◦ 25 (16,3%)	◦ 25 (16,9%)	◦ 0 (0,0%)
Preocupación sobre el impacto en relaciones sociales	N total = 153	N total = 148	N total = 5
◦ Alto	◦ 60 (39,2%)	◦ 59 (39,9%)	◦ 1 (20,0%)
◦ Medio	◦ 47 (30,7%)	◦ 45 (30,4%)	◦ 2 (40,0%)
◦ Bajo	◦ 29 (19,0%)	◦ 27 (18,2%)	◦ 2 (40,0%)
◦ Nulo	◦ 17 (11,1%)	◦ 17 (11,5%)	◦ 0 (0,0%)
Preocupación sobre el impacto en relaciones laborales	N total = 153	N total = 148	N total = 5
◦ Alto	◦ 62 (40,5%)	◦ 61 (41,2%)	◦ 1 (20,0%)
◦ Medio	◦ 29 (19,0%)	◦ 26 (17,6%)	◦ 3 (60,0%)
◦ Bajo	◦ 30 (19,6%)	◦ 29 (19,6%)	◦ 1 (20,0%)
◦ Nulo	◦ 32 (20,9%)	◦ 32 (21,6%)	◦ 0 (0,0%)
Actividades de ocio en los últimos 12 meses	N total = 150	N total = 148	N total = 2
◦ Sí, ya casi nunca realizo otras actividades de ocio	◦ 17 (11,3%)	◦ 17 (11,5%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Sí, realizo otras actividades de ocio puntualmente	◦ 29 (19,3%)	◦ 29 (19,6%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Sí, aunque en gran medida sigo realizando mis actividades de ocio anteriores	◦ 42 (28,0%)	◦ 42 (28,4%)	◦ 0 (0,0%)
◦ No, no he limitado las actividades de ocio que disfrutaba antes	◦ 62 (41,3%)	◦ 60 (40,5%)	◦ 2 (100,0%)

↓ Tabla Suplementaria 19. Voluntad de abandono y grado de dependencia.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Voluntad de abandonar el uso	N total = 153	N total = 148	N total = 5
◦ Sí	◦ 63 (41,2%)	◦ 62 (41,9%)	◦ 1 (20,0%)
◦ No	◦ 30 (19,6%)	◦ 29 (19,6%)	◦ 1 (20,0%)
◦ No lo tengo claro	◦ 60 (39,2%)	◦ 57 (38,5%)	◦ 3 (60,0%)
Grado de dependencia (personas que no quieren o no tienen claro si abandonar)	N total = 90	N total = 86	N total = 4
◦ Alto	◦ 11 (12,2%)	◦ 11 (12,8%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Medio	◦ 23 (25,6%)	◦ 22 (25,6%)	◦ 1 (25,0%)
◦ Bajo	◦ 38 (42,2%)	◦ 36 (41,9%)	◦ 2 (50,0%)
◦ Nulo	◦ 18 (20,0%)	◦ 17 (19,8%)	◦ 1 (25,0%)
Violaciones	N total = 153	N total = 148	N total = 5
◦ Sí, más de una vez	◦ 6 (3,9%)	◦ 5 (3,4%)	◦ 1 (20,0%)
◦ Sí, una vez	◦ 12 (7,8%)	◦ 12 (8,1%)	◦ 0 (0,0%)
◦ No lo tengo claro	◦ 15 (9,8%)	◦ 15 (10,1%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Nunca	◦ 116 (75,8%)	◦ 112 (75,7%)	◦ 4 (80,0%)
◦ Prefiero no responder	◦ 4 (2,6%)	◦ 4 (2,7%)	◦ 0 (0,0%)

↓ Tabla Suplementaria 20. Resultados relacionados con violaciones.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Violaciones	N total = 153	N total = 148	N total = 5
◦ Sí, más de una vez	◦ 6 (3,9%)	◦ 5 (3,4%)	◦ 1 (20,0%)
◦ Sí, una vez	◦ 12 (7,8%)	◦ 12 (8,1%)	◦ 0 (0,0%)
◦ No lo tengo claro	◦ 15 (9,8%)	◦ 15 (10,1%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Nunca	◦ 116 (75,8%)	◦ 112 (75,7%)	◦ 4 (80,0%)
◦ Prefiero no responder	◦ 4 (2,6%)	◦ 4 (2,7%)	◦ 0 (0,0%)

Resultados sobre recursos de apoyo

↓ Tabla Suplementaria 21. Acceso a información relacionadas con el chemsex.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES
Información recibida o buscada	N total = 149
◦ Sí	◦ 105 (70,5%)
◦ No	◦ 44 (29,5%)
Fuentes de información	N total = 105
◦ A través de un profesional sanitario en un centro de salud	◦ 14 (13,3%)
◦ A través de un profesional sanitario en un hospital	◦ 22 (21,0%)
◦ A través de un profesional de la farmacia	◦ 3 (2,9%)
◦ A través de un profesional de ONGs o centros comunitarios	◦ 40 (38,1%)
◦ Buscando en internet, redes sociales u otros medios de información pública	◦ 87 (82,9%)
◦ Otro	◦ 4 (3,8%)



Información recibida o buscada	N total = 149
◦ Sí ◦ No	◦ 104 (69,8%) ◦ 45 (30,2%)
Tipo de información que desea recibir	N total = 105
◦ Nuevas drogas ◦ Efectos y daños de las drogas en el corto, medio y largo plazo ◦ Interacciones entre drogas, sus efectos y peligros ◦ Interacciones entre drogas y medicamentos u otras sustancias ◦ Recomendaciones para reducir riesgos en el consumo de drogas y la realización de determinadas prácticas sexuales ◦ Posibles daños físicos y consecuencias de la realización de determinadas prácticas sexuales de riesgo ◦ Otro	◦ 36 (34,6%) ◦ 93 (89,4%) ◦ 74 (71,2%) ◦ 61 (58,7%) ◦ 69 (66,3%) ◦ 64 (61,5%) ◦ 4 (3,8%)

Aspectos sanitarios relacionados con el uso de sustancias en contextos sexuales

Resultados sobre el estado general de salud y atención sanitaria recibida

↓ Tabla Suplementaria 22. Estado de salud percibido.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Estado de salud físico (últ. 12 meses)	N total = 190	N total = 159	N total = 31
◦ 1	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)	◦ 0 (0,0%)
◦ 2	◦ 15 (7,9%)	◦ 11 (6,9%)	◦ 4 (12,9%)
◦ 3	◦ 40 (21,1%)	◦ 34 (21,4%)	◦ 6 (19,4%)
◦ 4	◦ 94 (49,5%)	◦ 77 (48,4%)	◦ 17 (54,8%)
◦ 5	◦ 41 (21,6%)	◦ 37 (23,3%)	◦ 4 (12,9%)
◦ Puntuación media	◦ 3,8	◦ 3,9	◦ 3,7
Estado de salud mental (últ. 12 meses)	N total = 190	N total = 159	N total = 31
◦ 1	◦ 10 (5,3%)	◦ 9 (5,7%)	◦ 1 (3,2%)
◦ 2	◦ 37 (19,5%)	◦ 33 (20,8%)	◦ 4 (12,9%)
◦ 3	◦ 51 (26,8%)	◦ 42 (26,4%)	◦ 9 (29,0%)
◦ 4	◦ 68 (35,8%)	◦ 56 (35,2%)	◦ 12 (38,7%)
◦ 5	◦ 24 (12,6%)	◦ 19 (11,9%)	◦ 5 (16,1%)
◦ Puntuación media	◦ 3,3	◦ 3,3	◦ 3,5

↓ Tabla Suplementaria 23. Problemas de salud relacionados con la práctica de chemsex.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES
Problemas de salud relacionados	N total = 149
◦ Lesión física	◦ 25 (16,8%)
◦ Infecciones de transmisión sexual	◦ 96 (64,4%)
◦ Problemas relacionados con la salud mental (ansiedad, estrés, etc.)	◦ 70 (47,0%)
◦ Sobredosis	◦ 11 (7,4%)
◦ No he tenido ningún problema de salud	◦ 37 (24,8%)
◦ Otro	◦ 5 (3,4%)

(*) Se recogen las respuestas de todos los cuestionarios iniciados ya que los completados se discuten en el texto del informe.



Situación VIH

↓ Tabla Suplementaria 24. Conocimiento del estado serológico y acceso a pruebas.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES
Conocimiento del estado serológico	N total = 149
◦ Sí, soy seropositivo	◦ 51 (34,2%)
◦ Sí, soy seronegativo	◦ 87 (58,4%)
◦ No, desconozco mi estado serológico actual	◦ 11 (7,4%)
Frecuencia pruebas VIH	N total = 98
◦ Mensualmente	◦ 0 (0,0%)
◦ Trimestralmente	◦ 41 (41,8%)
◦ Semestralmente	◦ 34 (34,7%)
◦ Anualmente	◦ 13 (13,3%)
◦ Nunca me he realizado pruebas de VIH	◦ 0 (0,0%)
◦ Depende de si tengo relaciones sexuales sin preservativo o si realizo alguna práctica sexual de riesgo	◦ 10 (10,2%)

(*) Se recogen las respuestas de todos los cuestionarios iniciados ya que los completados se discuten en el texto del informe.

↓ Tabla Suplementaria 25. Resultados relacionados con la PrEP.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES
Motivo para PrEP: Uso sexualizado de sustancias	N total = 98
◦ Sí	◦ 61 (62,2 %)
◦ No	◦ 37 (37,8%)
Motivo para PrEP: Uso sexualizado de sustancias	N total = 61
◦ Sí	◦ 36 (59,0%)
◦ No	◦ 25 (41,0%)
Olvidos o retrasos en PrEP últimos 12 meses	N total = 61
◦ Sí	◦ 16 (26,2%)
◦ No	◦ 45 (73,8%)
Motivo olvidos o retrasos: Uso sexualizado de sustancias	N total = 16
◦ Sí	◦ 4 (25,0%)
◦ No	◦ 12 (75,0%)

(*) Se recogen las respuestas de todos los cuestionarios iniciados ya que los completados se discuten en el texto del informe.

↓ Tabla Suplementaria 26. Resultados relacionados con el uso de PEP.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES
Uso PEP últimos 12 meses	N total = 98
◦ Sí	◦ 26 (26,5%)
◦ No	◦ 72 (73,5%)
Motivo para PEP: Uso sexualizado de sustancias	N total = 26
◦ Sí	◦ 19 (73,1%)
◦ No	◦ 7 (26,9%)

(*) Se recogen las respuestas de todos los cuestionarios iniciados ya que los completados se discuten en el texto del informe.

↓ Tabla Suplementaria 27. Resultados relacionados con el TAR.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES
Tratamiento TAR	N total = 51
◦ Sí	◦ 50 (98,0%)
◦ No	◦ 1 (2,0%)
Olvidos o retrasos en TAR últimos 12 meses	N total = 50
◦ Sí	◦ 19 (38,0%)
◦ No	◦ 31 (62,0%)
Motivo olvidos o retrasos: Uso sexualizado de sustancias	N total = 19
◦ Sí	◦ 13 (68,4%)
◦ No	◦ 6 (31,6%)

(*) Se recogen las respuestas de todos los cuestionarios iniciados ya que los completados se discuten en el texto del informe.

Otras ITS

↓ Tabla Suplementaria 28. Resultados relacionados con el diagnóstico de otras ITS.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES
Pruebas otras ITS últimos 12 meses	N total = 148
◦ Sí	◦ 134 (90,5%)
◦ No	◦ 14 (9,5%)
Diagnóstico o tratamiento para otras ITS últimos 12 meses	N total = 148
◦ Sí	◦ 97 (65,54%)
◦ No	◦ 51 (34,46%)
Relación diagnóstico con uso sexualizado de sustancias	N total = 97
◦ Sí	◦ 66 (68,0%)
◦ No	◦ 31 (32,0%)

(*) Se recogen las respuestas de todos los cuestionarios iniciados ya que los completados se discuten en el texto del informe.

Anexo 2. Resultados recopilados de la encuesta dirigida a profesionales implicados en el abordaje del *chemsex*

Datos Generales

↓ Tabla Suplementaria 29. Profesionales encuestados.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Profesión / Especialidad	N total = 394	N total = 235	N total = 159
◦ Medicina Interna/Infecciosas	◦ 43 (10,9%)	◦ 33 (14,0%)	◦ 10 (6,3%)
◦ Medicina Familiar y Comunitaria	◦ 69 (17,5%)	◦ 35 (14,9%)	◦ 34 (21,4%)
◦ Medicina Preventiva y Salud Pública	◦ 6 (1,5%)	◦ 5 (2,1%)	◦ 1 (0,6%)
◦ Psiquiatría	◦ 56 (14,2%)	◦ 32 (13,6%)	◦ 24 (15,1%)
◦ Psicología	◦ 80 (20,3%)	◦ 56 (23,8%)	◦ 24 (15,1%)
◦ Farmacia Hospitalaria	◦ 5 (1,3%)	◦ 3 (1,3%)	◦ 2 (1,3%)
◦ Enfermería	◦ 39 (9,9%)	◦ 23 (9,8%)	◦ 16 (10,1%)
◦ Trabajo Social/Educación Social	◦ 51 (12,9%)	◦ 24 (10,2%)	◦ 27 (17,0%)
◦ Gestión Sanitaria	◦ 1 (0,3%)	◦ 0 (0,0%)	◦ 1 (0,6%)
◦ Medicina de Adicciones	◦ 10 (2,5%)	◦ 8 (3,4%)	◦ 2 (1,3%)
◦ Otro	◦ 34 (8,6%)	◦ 16 (6,8%)	◦ 18 (11,3%)
Ámbito	N total = 394	N total = 235	N total = 159
◦ Atención Primaria - Centro de Salud	◦ 69 (17,5%)	◦ 37 (15,7%)	◦ 32 (20,1%)
◦ Atención Primaria - Urgencias	◦ 1 (0,3%)	◦ 1 (0,4%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Atención Hospitalaria - Servicio de Urgencias	◦ 13 (3,3%)	◦ 5 (2,1%)	◦ 8 (5,0%)
◦ Atención Hospitalaria - Unidad de Enfermedades Infecciosas / Medicina Interna	◦ 47 (11,9%)	◦ 36 (15,3%)	◦ 11 (6,9%)
◦ Atención Hospitalaria - Unidad de Salud Mental	◦ 90 (22,8%)	◦ 50 (21,3%)	◦ 40 (25,2%)
◦ Atención Hospitalaria - Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública	◦ 1 (0,3%)	◦ 0 (0,0%)	◦ 1 (0,6%)
◦ Atención Hospitalaria - Servicio de Farmacia Hospitalaria	◦ 5 (1,3%)	◦ 3 (1,3%)	◦ 2 (1,3%)
◦ Centro de Atención a las Adicciones	◦ 118 (29,9%)	◦ 80 (34,0%)	◦ 38 (23,9%)
◦ Servicios de Atención Sociosanitaria	◦ 6 (1,5%)	◦ 1 (0,4%)	◦ 5 (3,1%)
◦ Entidades Comunitarias	◦ 23 (5,8%)	◦ 13 (5,5%)	◦ 10 (6,3%)
◦ Otro	◦ 21 (5,3%)	◦ 9 (3,8%)	◦ 12 (7,5%)

↓ Tabla Suplementaria 30. Distribución geográfica de los profesionales encuestados.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Provincia	N total = 394	N total = 235	N total = 159
◦ Almería	◦ 23 (5,8%)	◦ 14 (6,0%)	◦ 9 (5,7%)
◦ Cádiz	◦ 53 (13,5%)	◦ 31 (13,2%)	◦ 22 (13,8%)
◦ Córdoba	◦ 50 (12,7%)	◦ 32 (13,6%)	◦ 18 (11,3%)
◦ Granada	◦ 43 (10,9%)	◦ 25 (10,6%)	◦ 18 (11,3%)
◦ Huelva	◦ 19 (4,8%)	◦ 11 (4,7%)	◦ 8 (5,0%)
◦ Jaén	◦ 37 (9,4%)	◦ 19 (8,1%)	◦ 18 (11,3%)
◦ Málaga	◦ 94 (23,9%)	◦ 62 (26,4%)	◦ 32 (20,1%)
◦ Sevilla	◦ 75 (19,0%)	◦ 41 (17,4%)	◦ 34 (21,4%)
Población	N total = 394	N total = 235	N total = 159
◦ Menos de 100.000 habitantes	◦ 150 (38,1%)	◦ 83 (35,3%)	◦ 67 (42,1%)
◦ Más de 100.000 habitantes	◦ 244 (61,9%)	◦ 152 (64,7%)	◦ 92 (57,9%)

Conocimiento sobre el fenómeno *chemsex*

↓ Tabla Suplementaria 31. Percepción sobre el grado de conocimiento propio (general).

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Grado de conocimiento personal	N total = 369	N total = 235	N total = 134
◦ Alto	◦ 52 (14,1%)	◦ 37 (15,7%)	◦ 15 (11,2%)
◦ Medio	◦ 148 (40,1%)	◦ 90 (38,3%)	◦ 58 (43,3%)
◦ Bajo	◦ 138 (37,4%)	◦ 90 (38,3%)	◦ 48 (35,8%)
◦ Nulo	◦ 31 (8,4%)	◦ 18 (7,7%)	◦ 13 (9,7%)

↓ Tabla Suplementaria 32. Percepción del grado de conocimiento dentro de cada especialidad.

(A)

RESPUESTAS TOTALES	GRADO DE CONOCIMIENTO PERSONAL (GENERAL)	Alto	Medio	Bajo	Nulo
	Medicina Interna / Infecciosas	20 (46,5%)	21 (48,8%)	2 (4,7%)	0 (0,0%)
	Medicina Familiar y Comunitaria	8 (12,1%)	24 (36,4%)	30 (45,5%)	4 (6,1%)
	Medicina Preventiva y Salud Pública	2 (33,3%)	3 (50,0%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)
	Psiquiatría	6 (10,9%)	16 (29,1%)	26 (47,3%)	7 (12,7%)
	Psicología	5 (6,7%)	33 (44,0%)	29 (38,7%)	8 (10,7%)
	Farmacia Hospitalaria	1 (20,0%)	3 (60,0%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)
	Enfermería	0 (0,0%)	9 (23,7%)	22 (57,9%)	7 (18,4%)
	Trabajo Social / Educación Social	3 (7,0%)	22 (51,2%)	15 (34,9%)	3 (7,0%)
	Gestión Sanitaria	0 (0,0%)	1 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Medicina de adicciones	2 (16,7%)	7 (58,3%)	3 (25,0%)	0 (0,0%)
	Otro	5 (20,0%)	9 (36,0%)	9 (36,0%)	2 (8,0%)



(B)

CUESTIONARIOS COMPLETADOS	GRADO DE CONOCIMIENTO PERSONAL (GENERAL)	Alto	Medio	Bajo	Nulo
	Medicina Interna / Infecciosas	17 (51,5%)	14 (42,4%)	2 (6,1%)	0 (0,0%)
	Medicina Familiar y Comunitaria	4 (11,4%)	12 (34,3%)	16 (45,7%)	3 (8,6%)
	Medicina Preventiva y Salud Pública	2 (40,0%)	2 (40,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)
	Psiquiatría	4 (12,5%)	6 (18,8%)	18 (56,3%)	4 (12,5%)
	Psicología	4 (7,1%)	23 (41,1%)	23 (41,1%)	6 (10,7%)
	Farmacia Hospitalaria	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Enfermería	0 (0,0%)	7 (30,4%)	13 (56,5%)	3 (13,0%)
	Trabajo Social / Educación Social	1 (4,2%)	11 (45,8%)	11 (45,8%)	1 (4,2%)
	Gestión Sanitaria	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Medicina de adicciones	1 (10,0%)	6 (60,0%)	3 (30,0%)	0 (0,0%)
	Otro	3 (21,4%)	7 (50,0%)	3 (21,4%)	1 (7,1%)

(*) La tabla recoge el porcentaje de profesionales de cada especialidad que consideran tener el grado de conocimiento correspondiente. El cuadro A recoge las respuestas de todos los cuestionarios iniciados, y el cuadro B sólo de aquellos completados.

↓ Tabla Suplementaria 33. Percepción sobre el conocimiento entre distintos grupos de población y la falta de datos como posibles causas.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Conocimiento otros	N total = 369	N total = 235	N total = 134
◦ Administración pública (gestores sanitarios)	◦ 31 (8,4%)	◦ 19 (8,1%)	◦ 12 (8,9%)
◦ Población general	◦ 20 (5,4%)	◦ 12 (5,1%)	◦ 8 (6,0%)
◦ Profesionales sanitarios	◦ 104 (28,2%)	◦ 69 (29,4%)	◦ 35 (26,1%)
◦ Profesionales NO sanitarios del ámbito comunitario	◦ 62 (16,8%)	◦ 38 (16,2%)	◦ 24 (17,9%)
◦ Considero que no existe conocimiento en ninguno de estos agentes	◦ 141 (38,2%)	◦ 90 (38,3%)	◦ 51 (38,1%)
◦ Lo desconozco	◦ 96 (26,0%)	◦ 57 (24,3%)	◦ 39 (29,1%)
Datos suficientes para el conocimiento	N total = 369	N total = 235	N total = 134
◦ Sí, existe evidencia suficiente	◦ 14 (3,8%)	◦ 11 (4,7%)	◦ 3 (2,2%)
◦ Existe evidencia sobre ello, pero es insuficiente	◦ 107 (29,0%)	◦ 71 (30,2%)	◦ 36 (26,9%)
◦ No, no existe evidencia suficiente que caracterice el fenómeno <i>chemsex</i> y su impacto	◦ 146 (39,6%)	◦ 84 (35,7%)	◦ 62 (46,2%)
◦ Lo desconozco	◦ 102 (27,6%)	◦ 69 (29,4%)	◦ 33 (24,6%)



↓ Tabla Suplementaria 34. Retos para el conocimiento en torno al *chemsex*.

RETOS POR GRADO DE RELEVANCIA (PONDERADO)	Alto	Medio	Bajo	Media
Disponibilidad de datos suficientes para caracterizar ese fenómeno y evaluar su impacto sobre la salud	183	90	44	1,35
Sensibilización sobre la salud mental	63	48	31	0,60
Conocimiento sobre los factores socioculturales que influyen en la práctica de <i>chemsex</i>	87	130	68	1,21
Concienciación sobre la normalización del uso de drogas y sexo	186	82	37	1,30
Adquisición de competencias culturales y sensibilización por parte de los profesionales sanitarios para comprender y abordar el <i>chemsex</i> de manera efectiva	186	120	55	1,54

(*) La puntuación ponderada se ha calculado aplicando un valor numérico a cada nivel de relevancia (ALTO = 3, MEDIO = 2, BAJO = 1). Ponderación calculada sobre el total de encuestas completadas.

Formación relacionada con el *chemsex*

↓ Tabla Suplementaria 35. Resultados relacionados con el acceso a formación relacionada con el *chemsex*.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Formación específica relacionada con <i>chemsex</i>	N total = 318	N total = 235	N total = 83
◦ Sí	◦ 128 (40,3%)	◦ 95 (40,4%)	◦ 33 (39,8%)
◦ No	◦ 190 (59,7%)	◦ 140 (59,6%)	◦ 50 (60,2%)
Formación específica relacionada con <i>chemsex</i> por especialidad	N total = 128	N total = 95	N total = 33
◦ Medicina Interna / Infecciosas	◦ 31 (24,2%)	◦ 23 (24,2%)	◦ 8 (24,2%)
◦ Medicina Familiar y Comunitaria	◦ 23 (18,0%)	◦ 18 (18,9%)	◦ 5 (15,2%)
◦ Medicina Preventiva y Salud Pública	◦ 1 (0,8%)	◦ 1 (1,1%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Psiquiatría	◦ 10 (7,8%)	◦ 7 (7,4%)	◦ 3 (9,1%)
◦ Psicología	◦ 31 (24,2%)	◦ 24 (25,3%)	◦ 7 (21,2%)
◦ Farmacia Hospitalaria	◦ 2 (1,6%)	◦ 2 (2,1%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Enfermería	◦ 5 (3,9%)	◦ 3 (3,2%)	◦ 2 (6,1%)
◦ Trabajo Social / Educación Social	◦ 5 (3,9%)	◦ 2 (2,1%)	◦ 3 (9,1%)
◦ Gestión Sanitaria	◦ 1 (0,8%)	◦ 0 (0,0%)	◦ 1 (3,0%)
◦ Medicina de adicciones	◦ 7 (5,5%)	◦ 6 (6,3%)	◦ 1 (3,0%)
◦ Otro	◦ 12 (9,4%)	◦ 9 (9,5%)	◦ 3 (9,1%)
Vías de formación	N total = 128	N total = 95	N total = 33
◦ Ministerio de Sanidad	◦ 16 (12,5%)	◦ 14 (14,7%)	◦ 2 (6,1%)
◦ Servicio Andaluz de Salud	◦ 11 (8,6%)	◦ 9 (9,5%)	◦ 2 (6,1%)
◦ Escuela Andaluza de Salud Pública	◦ 10 (7,8%)	◦ 8 (8,4%)	◦ 2 (6,1%)
◦ Entidades comunitarias	◦ 37 (28,9%)	◦ 29 (30,5%)	◦ 8 (24,2%)
◦ Sociedades científicas	◦ 43 (33,6%)	◦ 34 (35,8%)	◦ 9 (27,3%)
◦ Recursos de mi propio centro	◦ 47 (36,7%)	◦ 34 (35,8%)	◦ 13 (39,4%)
◦ Recursos privados por cuenta propia o con apoyo de la industria farmacéutica	◦ 34 (26,6%)	◦ 26 (27,4%)	◦ 8 (24,2%)
◦ Otras vías:	◦ 12 (9,4%)	◦ 9 (9,5%)	◦ 3 (9,1%)



↓ Tabla Suplementaria 36. Necesidades formativas en el ámbito del *chemsex*.

NECESIDADES FORMATIVAS (PONDERADO)	Alto	Medio	Bajo	Media
Estrategias de prevención y reducción de riesgo	237	124	36	1,69
Cribado y abordaje inicial del <i>chemsex</i>	132	94	53	1,19
Formación específica en técnicas de comunicación, counselling, escucha activa, etc.	42	20	31	0,40
Abordaje de la salud física y mental en el usuario de <i>chemsex</i>	108	82	35	0,96
Formación específica en salud sexual	66	50	18	0,57
Formación específica en adicciones	78	46	19	0,61
Atención y tratamiento de urgencia	18	22	12	0,22
Abordaje de usos sexualizados de sustancias en distintas poblaciones	24	32	31	0,37

(*) La puntuación ponderada se ha calculado aplicando un valor numérico a cada nivel de relevancia (ALTO = 3, MEDIO = 2, BAJO = 1). Ponderación calculada sobre el total de encuestas completadas.

↓ Tabla Suplementaria 37. Preferencias para la formación en el ámbito del *chemsex*.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Formato de formación	N total = 298	N total = 235	N total = 63
◦ Presencial	◦ 42 (13,2%)	◦ 34 (14,5%)	◦ 8 (12,7%)
◦ Online	◦ 82 (25,8%)	◦ 66 (28,1%)	◦ 16 (25,4%)
◦ Ambos	◦ 174 (54,7%)	◦ 135 (57,4%)	◦ 39 (61,9%)
Tipo de formación	N total = 298	N total = 235	N total = 63
◦ Práctica	◦ 24 (7,5%)	◦ 17 (7,2%)	◦ 7 (11,1%)
◦ Teórica	◦ 34 (10,7%)	◦ 23 (9,8%)	◦ 11 (17,5%)
◦ Ambos	◦ 240 (75,5%)	◦ 195 (83,0%)	◦ 45 (71,4%)

↓ Tabla Suplementaria 38. Retos para la formación en torno al *chemsex*.

RETOS PARA LA FORMACIÓN (PONDERADO)	Alto	Medio	Bajo	Media
Tiempo y recursos para acceder a actividades formativas en general	240	100	29	1,57
Disponibilidad de recursos públicos accesibles y específicos para la formación	93	116	46	1,09
Sensibilización institucional sobre la relevancia del <i>chemsex</i> en la práctica asistencial	144	44	58	1,05
Conocimiento de las alternativas formativas proporcionadas por otros agentes	6	38	19	0,27
Sensibilización de los profesionales que tienen un papel relevante en la atención a los usuarios sobre la necesidad de formarse en <i>chemsex</i>	123	104	44	1,15
Actualización constante de la formación por los cambios en el entorno del <i>chemsex</i>	99	68	39	0,88

(*) La puntuación ponderada se ha calculado aplicando un valor numérico a cada nivel de relevancia (ALTO = 3, MEDIO = 2, BAJO = 1). Ponderación calculada sobre el total de encuestas completadas.

Herramientas de planificación sanitaria y organización asistencial

↓ Tabla Suplementaria 39. Conocimiento de las principales herramientas de planificación sanitaria y organización asistencial relacionadas con el *chemsex*.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Conocimiento del PAITSIDA	N total = 290	N total = 235	N total = 55
◦ Sí	◦ 100 (34,5%)	◦ 80 (34,0%)	◦ 20 (36,4%)
◦ No	◦ 190 (65,5%)	◦ 155 (66,0%)	◦ 55 (63,6%)
Conocimiento de los objetivos del PAITSIDA relacionados con el <i>chemsex</i>*	N total = 100	N total = 80	N total = 20
◦ Medicina Interna / Infecciosas	◦ 35 (81,4%)	◦ 30 (90,9%)	◦ 5 (25,0%)
◦ Medicina Familiar y Comunitaria	◦ 13 (18,8%)	◦ 10 (28,6%)	◦ 3 (15,0%)
◦ Medicina Preventiva y Salud Pública	◦ 4 (66,7%)	◦ 4 (80,0%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Psiquiatría	◦ 4 (7,1%)	◦ 3 (9,4%)	◦ 1 (5,0%)
◦ Psicología	◦ 12 (15,0%)	◦ 8 (14,3%)	◦ 4 (20,0%)
◦ Farmacia Hospitalaria	◦ 3 (60,0%)	◦ 2 (66,7%)	◦ 1 (5,0%)
◦ Enfermería	◦ 6 (15,4%)	◦ 6 (26,1%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Trabajo Social / Educación Social	◦ 11 (21,6%)	◦ 8 (33,3%)	◦ 3 (15,0%)
◦ Gestión Sanitaria	◦ 1 (100,0%)	◦ 0 (0,0%)	◦ 1 (5,0%)
◦ Medicina de adicciones	◦ 3 (25,0%)	◦ 3 (30,0%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Otro	◦ 8 (25,0%)	◦ 6 (42,9%)	◦ 2 (10,0%)



Conocimiento de otras herramientas	N total = 284	N total = 235	N total = 49
◦ Documento Técnico sobre "Abordaje del fenómeno <i>chemsex</i> ", Ministerio de Sanidad, 2020	◦ 67 (23,6%)	◦ 63 (26,8%)	◦ 2 (8,2%)
◦ Documento técnico sobre "Abordaje de la Salud Mental del usuario con prácticas de <i>chemsex</i> ", Ministerio de Sanidad, 2020	◦ 47 (16,5%)	◦ 41 (17,4%)	◦ 6 (12,2%)
◦ "Propuesta para la mejora del cribado de las prácticas de <i>chemsex</i> en España", Ministerio de Sanidad, 2024	◦ 45 (15,8%)	◦ 39 (16,6%)	◦ 6 (12,2%)
◦ "Guía de Buenas Prácticas en el ámbito de la prevención y abordaje del <i>chemsex</i> ", CESIDA, 2024	◦ 59 (20,8%)	◦ 51 (21,7%)	◦ 8 (16,3%)
◦ No, no conozco ninguna de las herramientas anteriores	◦ 185 (65,1%)	◦ 148 (63,0%)	◦ 37 (75,5%)
Conocimiento de otras herramientas a nivel de áreas sanitarias y/o centros	N total = 251	N total = 211	N total = 40
◦ Sí, a nivel del área sanitaria	◦ 14 (5,6%)	◦ 13 (6,1%)	◦ 1 (2,5%)
◦ Sí, en mi centro	◦ 24 (9,6%)	◦ 21 (9,9%)	◦ 3 (7,5%)
◦ Desconozco la existencia de este tipo de herramientas	◦ 151 (60,2%)	◦ 126 (59,4%)	◦ 25 (62,5%)
◦ No existen, pero sería de gran utilidad disponer de ellas tanto a nivel de área sanitaria, como a nivel de centros	◦ 62 (24,7%)	◦ 51 (24,1%)	◦ 11 (27,5%)

(*) Se recogen las respuestas sobre el conocimiento de los objetivos e iniciativas relacionadas con el *chemsex* dentro de cada especialidad ya que los datos globales se discuten en el texto.

↓ Tabla Suplementaria 40. Conocimiento de otras herramientas de planificación en *chemsex* dentro de cada especialidad.

CONOCIMIENTO DE OTRAS HERRAMIENTAS POR ESPECIALIDAD	Documento Técnico sobre "Abordaje del fenómeno <i>chemsex</i> ", Ministerio de Sanidad, 2020	Documento técnico sobre "Abordaje de la Salud Mental del usuario con prácticas de <i>chemsex</i> ", Ministerio de Sanidad, 2020	"Propuesta para la mejora del cribado de las prácticas de <i>chemsex</i> en España", Ministerio de Sanidad, 2024	"Guía de Buenas Prácticas en el ámbito de la prevención y abordaje del <i>chemsex</i> ", CESIDA, 2024	No, no conozco ninguna de las herramientas anteriores
Medicina Interna / Infecciosas	17 (51,5%)	11 (33,3%)	18 (54,5%)	15 (45,5%)	9 (12,9%)
Medicina Familiar y Comunitaria	5 (14,3%)	4 (11,4%)	4 (11,4%)	5 (14,3%)	25 (58,1%)
Medicina Preventiva y Salud Pública	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)	1 (20%)	2 (25,0%)
Psiquiatría	5 (15,6%)	6 (18,8%)	3 (9,4%)	3 (9,4%)	25 (59,5%)
Psicología	14 (25%)	10 (17,9%)	5 (8,9%)	13 (23,2%)	37 (46,8%)
Farmacia Hospitalaria	3 (100%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Enfermería	3 (13%)	1 (4,3%)	3 (13%)	2 (8,7%)	18 (66,7%)
Trabajo Social/ Educación Social	4 (16,7%)	3 (12,5%)	1 (4,2%)	4 (16,7%)	18 (60,0%)
Medicina de adicciones	3 (30,0%)	1 (10%)	2 (20%)	3 (30,0%)	6 (40,0%)
Otro	6 (42,9%)	3 (21,4%)	2 (14,3%)	5 (35,7%)	8 (33,3%)

(*) La tabla recoge el porcentaje de profesionales de cada especialidad que afirma conocer cada uno de los diferentes documentos relacionados con el *chemsex* del total de encuestas completadas.



↓ Tabla Suplementaria 41. Retos para la planificación sanitaria y organización asistencial en torno al *chemsex*.

RETOS PARA LA PLANIFICACIÓN SANITARIA (PONDERADO)	Alto	Medio	Bajo	Media
Desarrollo de directrices claras para abordar el fenómeno del <i>chemsex</i> en Andalucía	201	122	53	1,60
Difusión del Plan Andaluz ITS, VIH y SIDA 2023-2030	153	86	44	1,20
Evaluación de la implementación de las herramientas de planificación y organización asistencial del <i>chemsex</i>	24	28	39	0,39
Creación de guías o protocolos a nivel de áreas sanitarias y/o centros, adaptados a los recursos disponibles en cada uno	129	144	39	1,33
Creación de un sistema de evaluación con indicadores para evaluar la calidad y la efectividad en el abordaje del <i>chemsex</i>	3	22	19	0,19
Sensibilización sobre el <i>chemsex</i> como un fenómeno que requiere recursos para la planificación sanitaria y organización asistencial	195	68	30	1,25

(*) La puntuación ponderada se ha calculado aplicando un valor numérico a cada nivel de relevancia (ALTO = 3, MEDIO = 2, BAJO = 1). Ponderación calculada sobre el total de encuestas completadas.

Procesos y recursos para la atención al *chemsex*

Prevención y cribado

↓ Tabla Suplementaria 42. Principales agentes clave para la prevención y cribado del *chemsex*.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Agentes clave	N total = 256	N total = 235	N total = 21
◦ Entidades comunitarias	◦ 74 (28,9%)	◦ 69 (29,4%)	◦ 5 (23,8%)
◦ Centros y/o unidades de salud mental	◦ 99 (38,7%)	◦ 88 (37,4%)	◦ 11 (52,4%)
◦ Centros de atención a las adicciones	◦ 186 (72,7%)	◦ 169 (71,9%)	◦ 17 (81,0%)
◦ Centros de Atención Primaria	◦ 179 (69,9%)	◦ 164 (69,8%)	◦ 15 (71,4%)
◦ Unidades de VIH/ITS	◦ 144 (56,3%)	◦ 134 (57,0%)	◦ 10 (47,6%)
◦ Urgencias	◦ 64 (25,0%)	◦ 59 (25,1%)	◦ 5 (23,8%)
◦ Otro	◦ 2 (0,8%)	◦ 2 (0,9%)	◦ 0 (0,0%)



↓ Tabla Suplementaria 43. Agentes clave para la prevención según las distintas especialidades.

AGENTES CLAVE POR ESPECIALIDAD	Entidades comunitarias	Centros y/o unidades de salud mental	Centros de atención a las adicciones	Centros de atención primaria	Unidades de VIH/ITS	Urgencias	Otro
Medicina Interna / Infecciosas	18 (54,5%)	11 (33,3%)	18 (54,5%)	15 (45,5%)	30 (90,0%)	7 (21,2%)	0 (0,0%)
Medicina Familiar y Comunitaria	7 (20,0%)	11 (31,4%)	26 (74,3%)	24 (68,6%)	20 (57,1%)	7 (20,0%)	1 (2,9%)
Medicina Preventiva y Salud Pública	2 (40,0%)	1 (20,0%)	1 (20,0%)	5 (100%)	3 (60,0%)	3 (60,0%)	0 (0,0%)
Psiquiatría	10 (31,3%)	11 (34,4%)	23 (71,9%)	25 (78,1%)	11 (34,4%)	12 (37,5%)	0 (0,0%)
Psicología	14 (25,0%)	23 (41,1%)	46 (82,1%)	42 (75,0%)	29 (51,8%)	14 (25,0%)	0 (0,0%)
Farmacia Hospitalaria	1 (33,3%)	0 (0,0%)	2 (66,7%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)
Enfermería	6 (26,1%)	9 (39,1%)	15 (65,2%)	20 (87,0%)	12 (52,2%)	5 (21,7%)	0 (0,0%)
Trabajo Social/ Educación Social	3 (12,5%)	10 (41,7%)	20 (83,3%)	18 (75,0%)	12 (50,0%)	7 (29,2%)	0 (0,0%)
Gestión Sanitaria	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Medicina de adicciones	3 (30,0%)	4 (40,0%)	9 (90,0%)	5 (50,0%)	8 (80,0%)	1 (10,0%)	0 (0,0%)
Otro	1 (7,1%)	5 (35,7%)	7 (50,0%)	7 (50,0%)	6 (42,9%)	1 (7,1%)	0 (0,0%)

(*) La tabla recoge el porcentaje de personas dentro de cada especialidad que señalan cada uno de los agentes clave propuestos: (1) Entidades Comunitarias (2) Centros o Unidades de Salud Mental (3) Centros de Atención a las Adicciones (4) Centros de Atención Primaria (5) Unidades de VIH/ITS (6) Servicios de Urgencias.

↓ Tabla Suplementaria 44. Conocimiento de programas de prevención y reducción de riesgos.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Programas de prevención y/o reducción de riesgos	N total = 256	N total = 235	N total = 21
◦ Sí	◦ 33 (14,0%)	◦ 31 (13,2%)	◦ 2 (9,5%)
◦ No	◦ 223 (94,9%)	◦ 204 (86,8%)	◦ 19 (90,5%)

↓ Tabla Suplementaria 45. Aspectos clave para el desarrollo de un programa de prevención y reducción de riesgos.

ASPECTOS CLAVE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE RIESGOS (PONDERADO)	Alto	Medio	Bajo	Media
Conocer las características psicológicas individuales	174	82	32	1,23
Identificar escenarios de riesgo	147	118	39	1,29
Conocer del estado de salud física y mental del individuo	33	14	35	0,35
Impulsar campañas de información y sensibilización para la reducción del estigma y promover el respeto dentro de la comunidad gay	39	26	18	0,35
Establecer estrategias de prevención y reducción de riesgos combinadas para aquellos usuarios en programas PrEP	99	42	19	0,68
Elaborar materiales informativos sobre el impacto del <i>chemsex</i> en la salud y poner a disposición del usuario herramientas para la reducción de riesgos	75	76	18	0,72
Seleccionar los canales adecuados para la difusión de información preventiva	93	64	33	0,81

(*) La puntuación ponderada se ha calculado aplicando un valor numérico a cada nivel de relevancia (ALTO = 3, MEDIO = 2, BAJO = 1). Ponderación calculada sobre el total de encuestas completadas.

↓ Tabla Suplementaria 46. Participación de los profesionales encuestados en la prevención y cribado de *chemsex* en personas de riesgo.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Pregunta de manera proactiva sobre <i>chemsex</i> a personas de riesgo	N total = 256	N total = 235	N total = 21
◦ Sí, siempre	◦ 62 (24,2%)	◦ 59 (25,1%)	◦ 3 (14,3%)
◦ En algunos casos (más del 50% de las personas en las que pueden darse estas prácticas)	◦ 62 (24,2%)	◦ 57 (24,3%)	◦ 5 (23,8%)
◦ Casi nunca (menos del 50% de las personas en las que pueden darse estas prácticas)	◦ 55 (21,5%)	◦ 46 (19,6%)	◦ 9 (42,9%)
◦ No, nunca	◦ 77 (30,1%)	◦ 73 (31,1%)	◦ 4 (19,0%)
Pregunta en visitas posteriores	N total = 179	N total = 162	N total = 17
◦ Sí	◦ 86 (48,0%)	◦ 77 (47,5%)	◦ 9 (52,9%)
◦ No	◦ 93 (52,0%)	◦ 85 (52,5%)	◦ 8 (47,1%)
Usuarios proactivos a la hora de contar	N total = 229	N total = 211	N total = 18
◦ Sí, siempre	◦ 10 (4,4%)	◦ 10 (4,7%)	◦ 0 (0,0%)
◦ En algunos casos (más del 50% de los usuarios)	◦ 66 (28,8%)	◦ 62 (29,2%)	◦ 4 (22,2%)
◦ Casi nunca (menos del 50% de los usuarios)	◦ 109 (47,6%)	◦ 98 (46,2%)	◦ 11 (61,1%)
◦ No, nunca	◦ 44 (19,2%)	◦ 41 (19,3%)	◦ 3 (16,7%)
Ofrecer seguimiento específico ante la detección de un usuario	N total = 229	N total = 211	N total = 18
◦ Sí	◦ 144 (62,9%)	◦ 133 (63,0%)	◦ 11 (61,1%)
◦ No	◦ 85 (37,1%)	◦ 78 (37,0%)	◦ 7 (38,9%)



↓ Tabla Suplementaria 47. Proactividad de cada especialidad a la hora de preguntar sobre *chemsex* en personas de riesgo.

PREGUNTAS PROACTIVAS POR ESPECIALIDAD	Sí, siempre	En algunos casos (más del 50% de las personas de riesgo)	Casi nunca (menos del 50% de las personas de riesgo)	No, nunca
Medicina Interna / Infecciosas	21 (63,6%)	8 (24,2%)	3 (9,1%)	1 (3,0%)
Medicina Familiar y Comunitaria	6 (17,1%)	6 (17,1%)	7 (20,0%)	16 (45,7%)
Medicina Preventiva y Salud Pública	3 (60,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	1 (20,0%)
Psiquiatría	3 (9,4%)	7 (21,9%)	9 (28,1%)	13 (40,6%)
Psicología	16 (28,6%)	9 (16,1%)	14 (25,0%)	17 (30,4%)
Farmacia Hospitalaria	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Enfermería	1 (4,3%)	6 (26,1%)	5 (21,7%)	11 (47,8%)
Trabajo Social / Educación Social	3 (12,5%)	5 (20,8%)	6 (25,0%)	10 (41,7%)
Gestión Sanitaria	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Medicina de Adicciones	2 (20,0%)	7 (70,0%)	1 (10,0%)	0 (0,0%)
Otro	3 (21,4%)	6 (42,9%)	1 (7,1%)	4 (28,6%)

(*) La tabla recoge el porcentaje de profesionales de cada especialidad que realiza o no preguntas de manera proactiva a personas en riesgo que practicar *chemsex* y la frecuencia con que las realizan del total de encuestas completadas.

Abordaje inicial, tratamiento y acompañamiento

↓ Tabla Suplementaria 48. Principales agentes clave para el abordaje inicial tratamiento y acompañamiento.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Agentes clave	N total = 239	N total = 235	N total = 4
◦ Entidades comunitarias	◦ 80 (33,5%)	◦ 79 (33,6%)	◦ 1 (25,0%)
◦ Centros y/o unidades de Salud Mental	◦ 103 (43,1%)	◦ 102 (43,4%)	◦ 1 (25,0%)
◦ Centros de Atención a las adicciones	◦ 198 (82,8%)	◦ 195 (83,0%)	◦ 3 (75,0%)
◦ Centros de Atención Primaria	◦ 146 (61,1%)	◦ 145 (61,7%)	◦ 1 (25,0%)
◦ Unidades de VIH/ITS	◦ 134 (56,1%)	◦ 131 (55,7%)	◦ 3 (75,0%)
◦ Urgencias	◦ 31 (13,0%)	◦ 30 (12,8%)	◦ 1 (25,0%)
◦ Otro	◦ 4 (1,7%)	◦ 4 (1,7%)	◦ 0 (0,0%)

↓ Tabla Suplementaria 49. Agentes clave para la abordaje inicial tratamiento y acompañamiento según las distintas especialidades.

AGENTES CLAVE POR ESPECIALIDAD	Entidades comunitarias	Centros y/o unidades de salud mental	Centros de atención a las adicciones	Centros de atención primaria	Unidades de VIH/ITS	Urgencias	Otro
Medicina Interna / Infecciosas	14 (42,4%)	22 (66,7%)	27 (81,8%)	9 (27,3%)	22 (66,7%)	2 (6,1%)	1 (3,0%)
Medicina Familiar y Comunitaria	9 (25,7%)	9 (25,7%)	27 (77,1%)	24 (68,6%)	21 (60,0%)	5 (14,3%)	1 (2,9%)
Medicina Preventiva y Salud Pública	4 (80,0%)	3 (60,0%)	3 (60,0%)	2 (40,0%)	1 (20,0%)	2 (40,0%)	0 (0,0%)
Psiquiatría	12 (37,5%)	13 (40,6%)	24 (75,0%)	23 (71,9%)	15 (46,9%)	4 (12,5%)	1 (3,1%)
Psicología	17 (30,4%)	20 (35,7%)	50 (89,3%)	38 (67,9%)	34 (60,7%)	7 (12,5%)	0 (0,0%)
Farmacia Hospitalaria	1 (33,3%)	2 (66,7%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)
Enfermería	5 (21,7%)	9 (39,1%)	20 (87,0%)	18 (78,3%)	12 (52,2%)	4 (17,4%)	0 (0,0%)
Trabajo Social/ Educación Social	6 (25,0%)	11 (45,8%)	22 (91,7%)	16 (66,7%)	12 (50,0%)	5 (20,8%)	0 (0,0%)
Medicina de adicciones	3 (30,0%)	5 (50,0%)	10 (100%)	6 (60,0%)	6 (60,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Otro	3 (21,4%)	5 (35,7%)	8 (57,1%)	7 (50,0%)	4 (28,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

(*) La tabla recoge el porcentaje de personas dentro de cada especialidad que señalan cada uno de los agentes clave propuestos: (1) Entidades Comunitarias (2) Centros o Unidades de Salud Mental (3) Centros de Atención a las Adicciones (4) Centros de Atención Primaria (5) Unidades de VIH/ITS (6) Servicios de Urgencias.

↓ Tabla Suplementaria 50. Buenas prácticas para el abordaje inicial, tratamiento y acompañamiento según el grado de relevancia.

ASPECTOS CLAVE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE RIESGOS (PONDERADO)	Alto	Medio	Bajo	Media
Implementar herramientas y protocolos que garanticen una identificación temprana del consumo	216	122	41	1,61
Crear un espacio de confianza, libre de estigmas donde los usuarios puedan hablar abiertamente	306	116	26	1,91
Crear consultas integradas y prestadas por diferentes profesionales sanitarios y no sanitarios en un mismo espacio	81	80	58	0,93
Describir el circuito asistencial, definiendo el listado de los centros o dispositivos a los que los usuarios pueden ser remitidos para recibir la atención adecuada	69	84	43	0,83
Ofrecer servicios y redes de apoyo en los que los que colabore tanto profesionales de la red asistencial pública, como de entidades comunitarias	33	68	67	0,71

Se representa el resultado de la ponderación de las respuestas obtenidas. (*) La puntuación ponderada se ha calculado aplicando un valor numérico a cada nivel de relevancia (ALTO = 3, MEDIO = 2, BAJO = 1). Ponderación calculada sobre el total de encuestas completadas.

↓ Tabla Suplementaria 51. Principales intervenciones no farmacológicas de utilidad en el chemsex.

Intervenciones no farmacológicas (PONDERADO)	Alto	Medio	Bajo	Media
Intervenciones con pares	114	134	36	1,21
Intervenciones conjuntas con familia y/o amigos	33	32	53	0,50
Terapia psicológica individual	297	92	33	1,80
Terapia psicológica grupal	87	124	45	1,09
Talleres de salud sexual y ocio saludable	174	88	68	1,40

(*) La puntuación ponderada se ha calculado aplicando un valor numérico a cada nivel de relevancia (ALTO = 3, MEDIO = 2, BAJO = 1). Ponderación calculada sobre el total de encuestas completadas.

Coordinación multidisciplinar

↓ Tabla Suplementaria 52. Percepción sobre la coordinación multidisciplinar y el conocimiento de los recursos como posible causa de la falta de coordinación.

PREGUNTA ◦ Respuestas	RESPUESTAS TOTALES	CUESTIONARIOS COMPLETADOS	CUESTIONARIOS INCOMPLETOS
Coordinación multidisciplinar actual	N total = 237	N total = 235	N total = 2
◦ Excelente	◦ 1 (0,4%)	◦ 1 (0,4%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Buena	◦ 13 (5,5%)	◦ 13 (5,5%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Insuficiente	◦ 144 (60,8%)	◦ 142 (60,4%)	◦ 2 (100%)
◦ Nula	◦ 79 (33,3%)	◦ 79 (33,6%)	◦ 0 (0,0%)
Conocimiento de los recursos ofrecidos por otras entidades	N total = 237	N total = 235	N total = 2
◦ Sí	◦ 15 (6,4%)	◦ 15 (6,4%)	◦ 0 (0,0%)
◦ No	◦ 100 (42,6%)	◦ 100 (42,6%)	◦ 0 (0,0%)
◦ Lo desconozco	◦ 122 (51,9%)	◦ 120 (51,1%)	◦ 2 (100%)

↓ Tabla Suplementaria 53. Retos para la atención y seguimiento del *chemsex*, ordenados según el grado de relevancia.

RETOS PARA LA ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CHEMSEX (PONDERADO)	Alto	Medio	Bajo	Media
Participación y/o adherencia a los programas de prevención y reducción de riesgos	210	88	24	1,37
Inversión en recursos para la prevención del chemsex	93	82	40	0,91
Coordinación de las directrices y criterios para el cribado en Andalucía y difusión para su adecuada implementación	36	30	39	0,45
Elaboración de un protocolo único y consensuado que tenga en cuenta el carácter multifactorial del chemsex	153	72	17	1,03
Coordinación y comunicación entre profesionales e instituciones con un papel relevante en el ámbito del chemsex	57	70	41	0,71
Oferta de recursos para abordaje y seguimiento del chemsex desde el sistema público	48	52	23	0,52
Conocimiento por parte de los profesionales sanitarios de los recursos disponibles fuera del sistema sanitario público para la atención y seguimiento del chemsex	51	54	36	0,60
Establecimiento de relaciones de confianza entre los profesionales y el usuario	57	22	15	0,40

(*) La puntuación ponderada se ha calculado aplicando un valor numérico a cada nivel de relevancia (ALTO = 3, MEDIO = 2, BAJO = 1). Ponderación calculada sobre el total de encuestas completadas.

Anexo 3. Centros de trabajo (encuesta a profesionales)

A continuación, se enumeran los centros de trabajo^u a los que pertenecen los participantes de la encuesta de profesionales:

- Adhara, Asociación VIH/SIDA
- ARIADNA ONG
- Asociación IEMAKAIE
- Asociación La Barca
- Casa Bahía
- Centro de Encuentro y Acogida CEA GRANADA
- Centro Comarcal de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones
- Centro de salud Puerta Blanca
- Centro Juvenil de Orientación para la Salud-Punto Forma Joven UGR
- Centro Provincial de Tratamiento de Adicciones de Málaga
- Centro de Tratamiento de Adicciones Baza
- Centro de Tratamiento de Adicciones Sanlúcar de Barrameda
- Centro de Tratamiento de Adicciones ZONALIBRE
- Distrito Sanitario de Córdoba
- Hospital Costa Del Sol
- Hospital Juan Ramón Jiménez
- Hospital Regional Málaga
- Hospital Regional Universitario de Málaga
- Hospital Universitario Clínico San Cecilio.
- Hospital Universitario Jaén
- Hospital Universitario Puerta del Mar
- Hospital Universitario Torrecárdenas
- Hospital Universitario Virgen de Valme
- Hospital Universitario Virgen del Rocío.
- Hospital Universitario Virgen Macarena
- Hospital Virgen de la Victoria
- Huelva centro
- Unidad de Gestión Clínica de PONIENTE
- Unidad de Gestión Clínica de SANTA ROSA
- Unidad de Epidemiología. Distrito Jerez-Costa Noroeste
- Unidad de Salud Mental Comunitaria Peñarroya

u. Pregunta opcional.

Anexo 4. Otros retos identificados (encuesta a profesionales)

A continuación, se recogen otros retos^v indicados por los profesionales que participaron en la encuesta, sobre cada uno de los bloques que se abordan en la encuesta a profesionales.

Conocimiento sobre el fenómeno *chemsex*

1. Recogida veraz de datos para la generación de evidencia en torno al *chemsex*.
2. Reconocimiento del fenómeno debido al estigma, los prejuicios, y la LGTBI fobia.
3. Normalización del problema sobre todo en determinadas provincias y entornos.
4. Difusión de la información disponible y la visibilización de las campañas de concienciación.
5. Coordinación entre entidades que sí disponen de conocimientos sobre *chemsex*.
6. Paternalismo por parte de los profesionales sanitarios.
7. Necesidad de generar estudios y realizar encuestas sobre la población usuaria de *chemsex*, así como, del impacto del *chemsex* a distintos niveles.
8. Formación generalizada a profesionales del ámbito sanitario y las adicciones.
9. Colaboración multidisciplinar entre profesionales sanitarios, de salud pública y del ámbito comunitario.
10. Capacidad legislativa y social para identificar fenómenos de interés en el consumo de este tipo de sustancias y valoración de tendencias en las prácticas sexuales, que todavía son tabú en nuestra sociedad.
11. Conocimiento y sensibilización sobre el impacto del *chemsex* en las distintas esferas de la vida de un usuario.
12. Accesibilidad a la información para conocer y concienciar sobre el *chemsex* y sus riesgos.
13. Disponibilidad de recursos públicos y unidades de referencia que aborden el fenómeno *chemsex*.
14. Desarrollo de intervenciones efectivas para el abordaje del fenómeno *chemsex* desde el ámbito social y sanitario.
15. Conocimiento sobre la violencia sexual y violaciones asociados al consumo de *chemsex* a través de encuestas.
16. Incorporación de la perspectiva de género en los estudios y análisis sobre *chemsex*.
17. Adquisición de habilidades de diferentes agentes sanitarios y comunitarios en la detección e intervención.
18. Concienciación ciudadana sobre el aumento del fenómeno *chemsex*.
19. Sensibilización y voluntad política y de la administración pública para impulsar programas para el abordaje del *chemsex*.
20. Comunicación entre el usuario y los profesionales sanitarios.

Formación relacionada con el *chemsex*

1. Visibilización global del *chemsex*.
2. Formación basada en evidencia científica.
3. Disponibilidad de recursos públicos accesibles y específicos para la formación.
4. Conocimiento sobre los aspectos psicológicos que rodean al *chemsex* como, por ejemplo, el bullying, la homofobia internalizada, la autoestima, la soledad, etc.
5. Comunicación de los recursos existentes para facilitar la formación de los profesionales.
6. Creación de puentes entre el sistema sanitario, entidades comunitarias, recursos a nivel institucional que faciliten el intercambio de formación.
7. Conciliación entre el desarrollo de la práctica profesional y la formación.
8. Involucración del sector de la educación para la intervención en edades tempranas.
9. Sensibilización a nivel institucional sobre la relevancia del *chemsex* en la práctica asistencial.
10. Actualización continua de la información relacionada con el fenómeno *chemsex*.
11. Colaboración entre profesionales de distintos ámbitos y especialidades para ofrecer una respuesta integral al fenómeno *chemsex*.

v. Las respuestas fueron recogidas en campo abierto, el listado recoge las ideas sintetizadas bajo un único formato.

12. Formación en herramientas para una comunicación eficaz con los usuarios.
13. Involucración de usuarios en la formación a profesionales para comprender la realidad y la actualidad del tema (casos prácticos reales).

Herramientas de planificación sanitaria y organización asistencial

1. Disponibilidad de experiencias que sirvan como referencia para la planificación sanitaria y organización asistencial.
2. Refuerzo de los programas de ayuda a los usuarios de *chemsex* en centros comunitarios.
3. Accesibilidad al itinerario de la relación de ayuda a sus usuarios.
4. Coordinación y colaboración entre profesionales de distintos ámbitos y especialidades.
5. Creación de un mapa de recursos disponibles.
6. Creación de redes de apoyo lideradas por las asociaciones, los centros y unidades de salud mental y los servicios de infecciosas como principales referentes en este ámbito.
7. Apoyo institucional para abordar el *chemsex* como una prioridad de salud pública.
8. Desarrollo de directrices para el abordaje del fenómeno *chemsex*.
9. Dotación de recursos y creación de circuitos de atención al *chemsex* para toda Andalucía.
10. Concienciación ciudadana.
11. Elaboración de una guía de buenas prácticas básicas para la atención al *chemsex*.
12. Creación de comisiones locales de atención al *chemsex*.
13. Integración de la Red de Drogas en el SAS para un abordaje integral del *chemsex*.

Procesos y recursos para la atención al *chemsex*

1. Financiación a los centros comunitarios para llevar la relación de ayuda a todos los usuarios que necesitan el abordaje actualmente.
2. Creación y difusión de recursos públicos para la intervención sobre el *chemsex*.
3. Creación de entornos de confianza entre el profesional y el usuario.
4. Aumento de la oferta de recursos específicos para la atención al *chemsex*.
5. Comunicación y colaboración entre profesionales e instituciones con un papel relevante en el ámbito del *chemsex*.
6. Desarrollo de protocolos específicos para la atención al *chemsex* y formación de los profesionales para su adecuada implementación.
7. Limitaciones propias de los sistemas de información para poder solicitar analíticas y derivar a los usuarios de *chemsex* de manera eficiente.

Anexo 5. Necesidades formativas (encuesta a profesionales)

A continuación, se enumeran otras necesidades formativas^w en el ámbito del *chemsex* referidas por los profesionales que participaron en la encuesta:

1. Técnicas de acompañamiento.
2. Abordaje de la deshabituación y síndrome de abstinencia.
3. Recursos disponibles específicos para la atención a personas de riesgo y usuarios.
4. Abordaje desde la perspectiva psicológica.
5. Homofobia internalizada.
6. Comorbilidades en usuarios de *chemsex*.
7. Nuevas drogas de uso ilegal, sustancias más comúnmente utilizadas.
8. Conocimiento y manejo del lenguaje de la población adicta.
9. Patología mental asociada.
10. Actualización de líneas terapéuticas.
11. Enfermedades de transmisión sexual y abordaje del incremento del riesgo.
12. Aplicaciones de contactos gais, y sus vínculos con las prácticas de *chemsex*.
13. Aspectos identificativos del usuario de *chemsex*.
14. Diversidad.
15. Recursos de apoyo para usuarios.

Anexo 6. Acciones para el seguimiento de los usuarios (encuesta a profesionales)

A continuación, se enumeran otras acciones^x para el seguimiento referidas por los profesionales que participaron en la encuesta:

1. Elaborar un Plan de Tratamiento Individualizado que incluya la detección de factores de riesgo, el establecimiento de medidas de protección, seguimiento emocional y un plan de hábitos de vida saludable.
2. Realizar entrevistas periódicas de seguimiento presenciales y/o telefónicas.
3. Realizar un análisis funcional de la conducta de consumo, explorar las funciones individuales de conductas sexoafectivas y entrenar las habilidades sociales.
4. Solicitar analíticas para el seguimiento de ITS y/o VIH y derivar al usuario a la unidad de infecciosas.
5. Establecer estrategias de educación sanitaria para la prevención y reducción de riesgos y daños.
6. Implementar programas de deshabituación de sustancias.
7. Valorar en cada caso la derivación a servicios de atención y apoyo a los usuarios como, por ejemplo, recursos de adicciones, unidades de salud mental, salud sexual, etc.
8. Favorecer un entorno cercano, de confianza y no juicio para la información al usuario y para que pueda compartir sus dudas e inquietudes.
9. Citar a los usuarios en consultas específicas para abordar el tema del *chemsex*.
10. Evaluar el riesgo de infecciones y consumo de tóxicos para determinar el seguimiento preciso de cada individuo.
11. Coordinar el seguimiento con otros profesionales.
12. Integrar el control del *chemsex* dentro de los objetivos terapéuticos.
13. Informar al usuario sobre los riesgos potenciales del consumo y prácticas sexuales asociados al *chemsex*.

w. Las respuestas fueron recogidas en campo abierto, el listado recoge las ideas sintetizadas bajo un único formato.

x. Las respuestas fueron recogidas en campo abierto, el listado recoge las ideas sintetizadas bajo un único formato.



14. Informar al usuario de los recursos disponibles en la zona para el apoyo y el acceso a información y ponerle en contacto con ONGs.
15. Realizar un abordaje integral desde una perspectiva biopsicosocial incluyendo el despistaje de ITS, la derivación a centros de adicciones y otros recursos de apoyo.
16. Evaluar el trastorno orgánico y mental, así como, el nivel de riesgo.
17. Realizar serologías periódicas para el control del VIH.
18. Realizar un abordaje motivacional para promover la conciencia del usuario sobre el problema y enfocarle hacia la eliminación de conductas de riesgo y mejora de la adherencia a las recomendaciones.
19. Aumentar la frecuencia de las revisiones en base a los riesgos.
20. Realizar analíticas para el control toxicológico.
21. Evaluar de manera conjunta con el paciente las implicaciones que tiene el *chemsex* sobre su vida diaria.
22. Facilitar un canal de contacto con el usuario para resolución de dudas o inquietudes.
23. Incluir a los usuarios seronegativos en programas PrEP y realizar un cribado frecuente de ITS y VIH.
24. Incluir el *chemsex* en el historial clínico del paciente en Diraya.
25. Remitir al centro de referencia en enfermedades infecciosas y/o consulta PrEP.

Anexo 7. Aspectos clave para la prevención y reducción de riesgos (encuesta a profesionales)

A continuación, se enumeran otros aspectos clave^y para la prevención y reducción de riesgos identificados por los profesionales que participaron en la encuesta:

1. Dar a conocer los servicios de ayuda, recursos y otros materiales formativos y de sensibilización.
2. Realizar talleres en centros educativos para promover la prevención entre los jóvenes.
3. Impulsar campañas de sensibilización e información, seleccionando los canales más adecuados para las personas del colectivo LGTBIQ+.
4. Planificar escenarios de riesgo e intensificar las campañas.
5. Conocer la cultura, el lenguaje y los códigos específicos en este colectivo.
6. Elaborar campañas de intervención con colectivos vulnerables.
7. Reforzar la involucración de profesionales de enfermería para la promoción de hábitos saludables y de psicología clínica para la intervención.
8. Aumentar los tiempos en consulta.
9. Comprender la relación de estas prácticas con los modelos de masculinidad y de relaciones entre hombres para poder trabajar sobre ello.
10. Reducir el estigma y favorecer el empoderamiento de los usuarios.
11. Establecer programas de salud sexual en los centros educativos/institutos, evitando la voluntariedad de los mismos.
12. Establecer un control de las salas/discotecas.
13. Informar a los profesionales sanitarios y a la población general sobre la existencia de este fenómeno.

y. Las respuestas fueron recogidas en campo abierto, el listado recoge las ideas sintetizadas bajo un único formato.



Anexo 8. Buenas prácticas para el abordaje inicial, tratamiento y acompañamiento (encuesta a profesionales)

A continuación, se enumeran otras buenas prácticas^z identificadas por los profesionales que participaron en la encuesta, para el abordaje inicial, tratamiento y acompañamiento del usuario de *chemsex*:

1. Implementar un trabajo en red que permita una coordinación efectiva entre sectores.
2. Definir los circuitos y elaborar un mapa de recursos para la atención a los usuarios de *chemsex*.
3. Crear consultas integradas multidisciplinares, prestadas bajo un mismo espacio.
4. Crear redes de apoyo entre las propias personas que forman parte del colectivo LGTBIQ+.
5. Reforzar el acompañamiento de los usuarios de *chemsex*.
6. Integrar los programas de pares dentro de las unidades de Enfermedades Infecciosas para aquellos pacientes con VIH, otras ITS o que estén en tratamiento con PrEP.
7. Promover campañas de sensibilización, educación y prevención a nivel poblacional.
8. Crear programas de formación continuada para los profesionales que atienden a los usuarios.
9. Identificar y definir los factores de riesgo.

z. Las respuestas fueron recogidas en campo abierto, el listado recoge las ideas sintetizadas bajo un único formato.

Chemsex y otros usos sexualizados de sustancias en Andalucía

Junio 2026

Informe de resultados

