



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

**USO INTENCIONAL DE DROGAS DURANTE ENCUENTROS SEXUALES DE RIESGO  
ENTRE HOMBRES. ESTUDIO EXPLORATORIO**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRIA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**MIGUEL ANGEL JURADO FERRER**

**DIRECTOR:**

**MTRA. GUILLERMINA NATERA REY**  
**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"**

**COMITÉ:**

**DRA. MARCELA TIBURCIO SAINZ**  
**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"**

**DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MTRA. MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ RUÍZ**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MTRO. MIGUEL ÁNGEL MEDINA GUTIÉRREZ**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Ciudad de México**

**ENERO 2019**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Índice

Resumen.....	iv
Abstract.....	v
Introducción.....	6
Capítulo 1. Nociones básicas sobre adicciones .....	8
Epidemiología .....	8
Conceptos básicos .....	10
Factores de riesgos .....	12
Consecuencias asociadas al consumo .....	13
Capítulo 2. Hombres que tienen sexo con otros hombres “HSH” .....	15
Definición del término HSH .....	15
Prácticas de riesgo en población HSH .....	16
Definición de la práctica ChemSex .....	17
Características de la práctica ChemSex .....	18
Investigación sobre el ChemSex .....	23
Objetivo.....	26
Método.....	26
Participantes .....	26
Instrumentos .....	26
Procedimiento .....	27
Análisis de datos.....	28
Resultados .....	29
Discusión.....	50
Conclusión .....	52
Referencias.....	55
Anexos .....	59

## Agradecimientos

A la señora **Catalina Ferrer Cervantes**, mi madre. Gracias por enseñarme a disfrutar de la vida, a afrontar cabalmente las consecuencias de mis actos y a sacar ventaja de mis errores hasta alcanzar el éxito.

A **Lizbeth Lazo**, la mejor amiga y compañera de viaje. Solo tú sabes cómo lidiar con mi pésimo carácter ¡que bárbara!; gracias por estar siempre a mi lado “bobbie” .

A **Gerardo Sanluis**, cómplice sionista. Confidente entre clases, amigo y compañero de batalla ¡que nervios!; gracias por hacerme segunda.

A **Erick Alvarez**, cómplice malévolo. Me voy contento sabiendo que logré hacer que me quisieras ¡que estrés!; gracias por todo tu apoyo.

A Elio, Eugenio, ¿o cómo era?... ah sí, **Ennio Diaz**, ¡mano eres lo máximo!

A la **Mtra. Guillermina Natera** por la confianza y el apoyo incondicional para abordar temas como el sexo clandestino y las drogas de diseño, con mentalidad abierta y reflexiva.

A la **Dra. Marcela González** por el empeño e interés por construir este proyecto junto conmigo sin esperar nada a cambio.

A la **Dra. Marcela Tiburcio** por sus valiosos comentarios y aportaciones al contenido del documento

Y a las liosas (**Carlos, Diana y Angie**) por su incansable participación en las tantas mesas de debate moderadas por el staff de *La huma* (**Karla, Lili y Xoch**), gracias por las carcajadas.

## Resumen

Las consecuencias asociadas al consumo de sustancias y la conducta sexual en hombres que tienen sexo con otros hombres “HSH” han sido ampliamente reportadas en la literatura internacional, siendo el uso inconsistente del condón y la incidencia de infecciones de transmisión sexual las más destacadas por sus implicaciones como el riesgo de infección por VIH, lo que ha derivado en el desarrollo de estrategias de intervención específicas para esta población como la concientización sobre el uso de preservativos y sobre las consecuencias por el uso compartido de parafernalia. Sin embargo, existen casos donde la exposición a situaciones de riesgo bajo el efecto de las drogas es más bien intencional, por ejemplo Bourne, Reid, Hickson, Torres y Weatherburn (2014) señalan la presencia de una práctica específica llamada “ChemSex”, en la que las sustancias se utilizan con la finalidad de aumentar el placer y mejorar el rendimiento físico durante encuentros sexuales con múltiples parejas.

Debido a la carencia de información al respecto en nuestro país, se llevó a cabo la presente investigación exploratoria cualitativa con la intención de describir las características del consumo con fines sexuales entre hombres mediante estudio de casos. Para el análisis de los datos se utilizó la Teoría Fundamentada como propuesta metodológica. Los hallazgos del estudio evidencian la incursión práctica de riesgo de manera intencional a pesar de las consecuencias, debido principalmente a la búsqueda de sensaciones novedosas y el alivio de emociones desagradables en espacios de interacción sexual permisivos ante el consumo.

**Palabras clave:** población “HSH”, consumo de drogas, conducta sexual de riesgo, ChemSex

## **Abstract**

The consequences between substance abuse and sexual behavior in men who have sex with other men "MSM" have been widely reported in the international literature, being the inconsistent use of condoms and the incidence of sexually transmitted infections the most prominent for their implications such as the risk of HIV infection, which has led to specific intervention strategies for this population such as awareness of the use of condoms and the consequences of the shared use of paraphernalia. However, there are cases where exposure to risk situations under the effect of drugs is rather intentional, for example Bourne, Reid, Hickson, Torres and Weatherburn (2014) point to the presence of a specific practice called "ChemSex", in where substances are used for the purpose of increasing pleasure and improving physical performance during sexual encounters with multiple partners.

Due to the lack of information in this regard in México, the present exploratory qualitative research was carried out with the intention of describing the characteristics of sexual consumption among men through case studies. Grounded Theory was used as a methodological proposal for data analysis. The findings of the study evidenced the intentional incursion in risky practices despite its consequences, mainly due to the search for novel sensations and the relief of unpleasant emotions in spaces of permissive sexual interaction before consumption.

**Key words:** "MSM" population, drug use, sexual risk behavior, ChemSex

## Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) existen diversos grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad debido no solo a su recurrencia a prácticas de riesgo sino a otros factores como el estigma y la marginación social que reducen sus posibilidades de acceso a los programas de diagnóstico y tratamiento vigentes para la atención del VIH entre otras infecciones de transmisión sexual; tal es el caso de los usuarios de drogas inyectables, los y las trabajadoras sexuales y sus clientes, personas en reclusión y para el caso de este estudio, los hombres que tienen sexo con otros hombres “HSH”.

A pesar del esfuerzo a nivel mundial por contener la epidemia de VIH existe evidencia internacional de ciertas prácticas que aumentan el riesgo de infección y que merecen ser estudiadas dadas su característica, sobre todo por la exposición deliberada. Por ejemplo Bourne, Reid, Hickson, Torres & Weatherburn (2014) y Fernández-Dávila (2014) refieren el surgimiento de una práctica entre HSH llamada “ChemSex”, que corresponde al uso de múltiples drogas con fines sexuales con una o más parejas ocasionales. En diversos países como España e Inglaterra esta práctica ha cobrado un interés creciente debido las complicaciones que representa en términos de salud pública ya sea por el tráfico de sustancias de alto potencial adictivo, la incidencia de otras infecciones de transmisión sexual como sífilis y hepatitis C, así como en la pérdida de eficacia de las intervenciones actuales centradas en su prevención.

Sin embargo, en México no existe investigación sobre una práctica de tales características a pesar de contar con datos relevantes sobre la recurrencia al uso de drogas y el sexo sin condón en población HSH; por tal motivo el presente estudio cualitativo se realizó con la intención de indagar y describir las características del consumo de sustancias en un grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres, principalmente en lugares de encuentro sexual.

Para contextualizar la problemática en el capítulo 1 se hará mención sobre los principales términos relacionados al consumo de drogas, la epidemiología nacional del uso de sustancias en población masculina y algunas de sus consecuencias como la dependencia y sus implicaciones psicosociales.

En capítulo 2 se describirá a detalle el término “HSH” y las prácticas de riesgo relacionadas a esta población, particularmente la práctica “ChemSex”; de la cual se presentará una revisión bibliográfica sobre sus características y sus consecuencias.

El apartado siguiente corresponde a la descripción metodológica del estudio, el procedimiento para la selección de casos y la explicación de la Teoría Fundamentada como propuesta para el análisis de datos. Al término de este apartado se dará paso a la exposición de los resultados y su discusión.

Al final del documento se podrá encontrar a manera de anexo el formato utilizado para garantizar el consentimiento y la confidencialidad de los participantes así como la guía tópica de la entrevista construida exprofeso para el presente estudio.

## **Capítulo 1. Nociones Básicas sobre Adicciones**

### **1.1. Epidemiología sobre el consumo de drogas**

#### **1.1.1. Informe Mundial sobre las Drogas del 2016.**

De acuerdo con este informe se estima que 1 de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2014. Además, se estima que más de 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos relacionados con ellas, y que 12 millones de esas personas son consumidores de drogas por inyección, de los cuales el 14% viven con el VIH.

Dicho informe reporta un estimado de 207.400 muertes atribuidas al consumo de drogas, es decir, 43,5 muertes por millón de personas de entre 15 y 64 años, que si bien es una tendencia estable en todo el mundo sigue siendo una proporción evitable. Además, las muertes por sobredosis representan aproximadamente entre un tercio y la mitad de todas las muertes relacionadas con las drogas, que en la mayoría de los casos se deben a al uso de opioides, cuyos consumidores se estiman en 33 millones de consumidores.

Sobre otras drogas recurrentes se refiere que el consumo de cannabis se estima en 183 millones de consumidores en 2014, por lo que sigue siendo la droga de consumo más frecuente en el mundo, seguida de las anfetaminas. A nivel mundial, en los últimos tres años se ha observado una tendencia general a la estabilización del consumo de cannabis. Sin embargo, en algunas subregiones, especialmente de América del Norte y Europa occidental y central, ese consumo ha aumentado. Tras un período de estabilidad, desde 2010 también ha ido aumentando el consumo de cocaína, debido principalmente al aumento del consumo de esa sustancia en América del Sur.

Es de suma importancia señalar que las personas que utilizan drogas por vía intravenosa contienen daños mayores que los consumidores de otras sustancias debido al alto riesgo de sobredosis y a mayores probabilidades de muerte prematura; por ejemplo, se estima que una de cada siete personas que se inyectan drogas vive con el VIH, y una de cada dos con hepatitis C. Además, se ha documentado que las personas que se inyectan drogas estimulantes incurren con

más frecuencia que otras en comportamientos sexuales peligrosos, exponiéndose a un riesgo mayor de transmisión/adquisición del VIH que las que se inyectan opiáceos.

Considerando que gran parte de los usuarios son policonsumidores, es decir, que suelen consumir múltiples sustancias simultánea o sucesivamente, resulta más difícil de estimar; sobre todo por el uso intencional de medicamentos sujetos a prescripción médica, estimulantes sintéticos y nuevas sustancias psicoactivas.

Este breve panorama solo es con la finalidad de señalar las dimensiones del problema de consumo de drogas a nivel mundial y la relación aparente entre el consumo de drogas y la exposición a situaciones de riesgo. Sobre esta misma línea se presenta a continuación el resultado de la última evaluación sobre el consumo de drogas en nuestro país.

### **1.1.2. Situación en México.**

Para poner en perspectiva el consumo de drogas en México se presentan en este apartado los resultados de la última Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016) donde se estima que el consumo de alcohol alguna vez en la vida mantiene un dato estable entre las mediciones del 2011 y 2016 (71.3% y 71.0%, respectivamente); la prevalencia en el último año tuvo una disminución de dos puntos, al pasar de 51.4% en 2011 a 49.1% en 2016; mientras que la prevalencia en el último mes registró un aumento significativo de 31.6% a 35.9%. la edad de inicio de consumo en población general se estima en los 17 años (53.1%). En el caso de los hombres, las prevalencias de alguna vez y último año muestran porcentajes similares entre 2011 y 2016 (80.6% a 80.1% y 62.7% a 59.8%, respectivamente). Sin embargo, la prevalencia en el último mes pasó de 44.3% a 49.1%; con un aumento en el patrón de consumo explosivo de 20.9 a 29.9%; bebiendo en promedio 10.2 copas por ocasión.

Respecto al consumo de drogas ilegales se estima en población general que el consumo alguna vez en la vida ha aumentado de un 7.2% en 2011 a un 9.9% de la población entre 12 y 65 años en el 2016. Si se considera el dato por sexo, en hombres el aumento va del 13% a 16.2% en cualquier droga y específicamente de 12.5% a 15.8% en drogas ilegales. La edad de inicio para el consumo de drogas en hombres se estima en los 17.7 años, lo que muestra una reducción en la edad de inicio en comparación con la medición del 2011 (18.5 años).

En el último año, el consumo de drogas ilegales ha pasado de 1.5% a 2.7% en población total; que el caso específico de los hombres ha aumentado de un 2.6% a 4.4%. Cabe destacar que de todos los consumidores encuestados, el grupo de hombres entre 18 y 34 años resulta el más destacado en indicadores de dependencia con un 2%; además que también reportan el mayor número de días perdidos al año debido a su consumo de drogas (38.5 días).

De las drogas ilícitas reportadas en esta encuesta la marihuana se considera la droga que mayor crecimiento ha tenido en población general durante el último, pasando de un 1.2% en 2011 a un 2.1% en 2016. En el caso los hombres este aumento también resulta significativo de un 2.2% a 3.5% para el 2016. Otras drogas ilegales reportadas por hombres entre 12 y 65 años son cocaína 1.4%, crack 0.3%, alucinógenos 0.2% e inhalables y metanfetaminas 0.4%. Con respecto a la tolerancia social en la población general que no consume drogas el 71.3% considera muy peligroso el consumo de cocaína, 70.7% el consumo de inhalables y el 39.9% el consumo de marihuana; en tanto que la percepción de riesgo disminuye entre los consumidores (62.8%, 66.9% y 18.7% respectivamente).

Si bien estos datos funcionan como indicadores del problema del consumo de drogas en la actualidad, no permiten discernir a profundidad las características del consumo entre diferentes subgrupos de la población, como es el caso de la recurrencia a drogas con fines particulares como el ocio o como recurso paliativo; es decir, que no permiten diferenciar las connotaciones del consumo según su uso en un contexto particular.

Para contextualizar un acercamiento diferente al fenómeno del consumo de sustancias, a continuación se expondrán brevemente algunos conceptos básicos sobre el tema de las drogas para poder comprender más adelante la función que pueden adquirir las sustancias en entornos específicos como la interacción sexual.

## **1.2. Conceptos básicos sobre el tema de las drogas**

Desde la perspectiva médica y científica, se utiliza la palabra *droga* para referirse a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones: 1) ser capaces de alterar una o varias de las funciones psíquicas; 2) inducir a la persona a repetir su autoadministración por el placer que generan; y 3) carecer de indicación médica y si es que la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos (CONADIC, 2008). Por su parte la Organización Mundial de la Salud

(ONUDD, 2016), define que una droga es aquella sustancia psicoactiva que, una vez introducida en el organismo, es capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia, y que además susceptible de generar dependencia en el organismo.

Ambas definiciones hacen hincapié en el efecto psicoactivo de las sustancias, es decir, en su capacidad de alterar el sistema nervioso central, en particular las zonas del cerebro ligadas al circuito de recompensa y que por lo tanto son susceptibles de generar dependencia; es decir que pueden conducir a una adicción. Considerando su efecto sobre el sistema nervioso central (SNC), las drogas se pueden clasificar como:

- Drogas depresoras: por su capacidad de enlentecer la actividad nerviosa y el ritmo de las funciones corporales. Entre sus principales efectos destaca la estimulación inicial que se manifiesta como desinhibición social y relajación; seguidas de una depresión de mayor duración expresada por la falta de coordinación motora, un lenguaje desarticulado, deterioro del equilibrio, sedación, somnolencia, sueño, analgesia e incluso coma. Ejemplos de estas sustancias son: el alcohol, los diversos tipos de opiáceos (heroína, morfina, metadona), inhalables, GHB (“éxtasis líquido”), y algunos psicofármacos tranquilizantes.
- Drogas estimulantes: son aquellas que producen una activación general del SNC cuyo efecto se manifiesta como el aumento del estado de alerta, mejora del estado de ánimo y aumento de energía, falta de sueño y disminución del apetito. En este grupo se incluye la cocaína, las anfetaminas, metanfetaminas y el MDMA o éxtasis; pero también la nicotina, la cafeína, y la teína (estas últimas poseen un efecto estimulante menor).
- Drogas alucinógenas: también conocidos como perturbadoras del SNC por su capacidad para producir falsas percepciones sensoriales (alucinaciones visuales, auditivas o sensoriales); alterar el estado de conciencia y generar cambios bruscos en el estado de ánimo. Ejemplos de estas sustancias son La dimetilamina de ácido lisérgico (LSD), ketamina y la fenciclidina, también conocida como “PCP” o polvo de ángel; entre otras.

Si bien todas estas drogas son susceptibles de generar dependencia, debe quedar claro que su desarrollo no solo depende del potencial adictivo de las sustancias o del efecto que tengan sobre el SNC ya que el contexto y las condiciones en que se presente el consumo también pueden contribuir a su consolidación; es decir que es un fenómeno multicausal.

### 1.3. Factores de riesgo para el inicio del consumo

La probabilidad de acercamiento y experimentación con las drogas puede estar influida por la interacción de múltiples factores que aumentan vulnerabilidad de una persona o grupo frente al consumo; ya sea por las propias características de la persona como de la disposición del medio para adquirir las sustancias y la restricción sobre otras fuentes de satisfacción. De manera genérica, la Organización de los Estados Americanos (OEA, 2013) clasifica los diversos factores de riesgo que aumentan la probabilidad del uso experimental y el abuso de cualquier droga y los agrupa en tres categorías:

- Riesgos individuales: el sexo y la edad, vulnerabilidad genética, la experimentación temprana, falta de identidad personal, inseguridad, impulsividad, rebeldía, insatisfacción personal, baja autoestima, escasas o nulas habilidades sociales y dificultad para hacer frente a los conflictos.
- Riesgos sociales: una estructura familiar disfuncional, ausencia de uno o ambos padres, vínculos afectivos débiles, el consumo por parte de figuras cercanas, presión social o necesidad de pertenencia, etc.
- Riesgos ambientales: vivir en entornos de alto riesgo (barrios o zonas de alto consumo de drogas, delincuencia, desarraigo social, marginación, altos índices de delincuencia), marginación y pobreza, etc.

Debido a interacción de estos factores, una persona puede verse expuesta en mayor o menor medida al consumo de sustancias; sin embargo, aun en tales condiciones existen variaciones que pueden ser diferenciadas a partir de indicadores específicos como la frecuencia e intensidad del consumo así como de las consecuencias implicadas lo que da lugar a la explicación sobre el *patrón de consumo*:

- Uso de drogas: cuando las sustancias son utilizadas como un caso aislado, episódico y/u ocasional sin generar dependencia o problemas de salud, pero sin descartar el posible daño que pudiera ocasionar una sobredosis. En este respecto, cabe destacar que existen tres tipos de uso, a) experimental cuando una persona prueba una o más sustancias, una o dos veces, y decide no volverlo a hacer; b) recreativo, que suele presentarse de manera más regular, y

enmarcado en principalmente contextos de ocio y recreación social; y c) habitual cuando se tiene mayor afinidad a una sustancia ya sea por el efecto que produce así como una mayor tolerancia a la sustancia.

- **Abuso:** comprende el uso de sustancias psicoactivas de manera compulsiva y con afectación a cualquiera de las áreas de la vida ya sean inmediatas por el efecto de la sustancia o del daño o malestar asociado a la desintoxicación.
- **Dependencia:** corresponde al consumo impulsivo y recurrente caracterizado por una acentuada *tolerancia* (desensibilización ante el efecto) que provoca el aumento progresivo de las dosis; la presencia de síntomas físicos y psicológicos desagradables cuando la persona no está consumiendo o *síndrome de abstinencia*. Además que supone una mayor afectación al estilo de vida por el desgaste físico y la creciente inversión de tiempo y recursos en adquirir, consumir y/o recuperarse de los efectos de la sustancia.

De acuerdo con el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, 2018) el acercamiento y experimentación con las sustancias suelen darse por motivos tales como la curiosidad, la presión social o la búsqueda de sensaciones novedosas mientras el consumo habitual como el abuso de drogas pueden explicarse por alguna de estas cuatro principales razones: 1) la búsqueda de sensaciones placenteras específicas estimulantes o relajantes; 2) para aliviar algún tipo de malestar físico o psicológico intenso o recurrente; 3) para aumentar el rendimiento atlético, cognitivo o sexual; y 4) por presión social o necesidad de pertenencia.

Si bien la experimentación suele ser considerada menos riesgosa en comparación con el abuso reiterado, la posibilidad de experimentar consecuencias severas esta presente en todas las variantes del patrón de consumo dado que el riesgo de intoxicación y sobredosis siempre está presente, por lo que se hará mención de las principales consecuencias asociadas al consumo de sustancias.

#### **1.4. Consecuencias asociadas al consumo de drogas**

En cuanto a la manifestación de las consecuencias a la salud, estas pueden variar en función del tipo de droga, la *vía de administración* (ingerida, fumada, esnifada, tópica o inyectada) y la frecuencia con que se consuma alguna sustancia, sin embargo para la mayoría de los

consumidores con una dependencia los efectos adversos pasan desapercibidos, desestimados o no se consideran como resultado directo del consumo ya sea por variaciones en su intensidad y duración o por quedar encubiertos en el efecto placentero inmediato (CONADIC, 2008).

De acuerdo con el NIDA (2018), la adicción se considera como una enfermedad crónica y degenerativa ya que a largo plazo las sustancias tienden a modificar la estructura y funcionamiento del SNC deteriorando áreas del cerebro vitales para la percepción, la memoria y el aprendizaje, que pueden ser irreversibles. Además que el abuso de toda sustancia es susceptible de provocar daño severo a otros sistemas del cuerpo (digestivo, respiratorio, cardiovascular, reproductor). Por lo tanto, desde una perspectiva de salud pública, el consumo representa un problema de alto impacto debido al costo elevado a atención a la salud debido a la inversión de recursos para la atención médica por las lesiones relacionadas con la intoxicación, las enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, hepatitis B y C) y otras enfermedades crónicas como cirrosis, afecciones cardiovasculares, cáncer y enfermedades mentales (OEA. 2013).

Si bien estas consecuencias pueden hacerse evidentes a lo largo del tiempo, existen otras complicaciones que suelen pasar desapercibidas a pesar del impacto emocional que generan, sobre este respecto Valverde, Solano, Alfaro, Rigioni, y Vega (2001) destacan las principales consecuencias psicosociales asociadas al abuso de drogas:

- Pérdida de control sobre la conducta (de riesgo, violencia) y las emociones mayor irritabilidad, ansiedad, impulsividad, agresividad o indiferencia hacia aspectos que solían importar, desconcentración, confusión, incumplimiento de obligaciones, conducta sexual de riesgo, entre otras.
- Pérdida de interés por la apariencia personal, descuido de la higiene y la salud física. Así como desinterés por las relaciones interpersonales, el trabajo, el estudio y la vida en general.
- Baja autoestima debido a sentimientos de vergüenza y culpa por la exposición a situaciones de riesgo o la dificultad para detener el consumo, aislamiento o segregación social.
- Alteraciones del estado del ánimo inducidas por las sustancias como la depresión o la ansiedad; así como el desarrollo o la exacerbación de otras psicopatologías.

- Interferencia en la vida sexual debido a la pérdida gradual de interés o por la disposición a prácticas sexuales de alto riesgo o sin protección (múltiples parejas, comercio sexual, abuso, etc.).

Cabe señalar que a pesar de la severidad de estas consecuencias, la persona puede tomar la decisión de seguir consumiendo o modificar su patrón de consumo para evitar el mayor daño posible, lo que ha dado lugar a intervenciones centradas en la contención de las posibles consecuencias más que en la abstinencia; no obstante el riesgo de daño sigue latente sobre todo cuando la exposición a situaciones de riesgo esta mediada también por el estilo de vida que incorpora la intencionalidad de ciertas prácticas; tal es el caso de la población HSH cuyas características serán descritas a continuación.

## **Capítulo 2. Hombres que tienen sexo con otros hombres “HSH”**

### **2.1. Definición del término “HSH”**

El término “HSH” surge como una categoría epidemiológica utilizada para describir el comportamiento sexual entre hombres con el fin de monitorear la vulnerabilidad de este sector de la población frente a la epidemia del VIH/SIDA. Debido a esta consideración, el término no hace referencia a una identidad, preferencia u orientación sexual sino a un grupo o sector de la población con fines estadísticos (Estrada-Montoya, 2014); por lo que de forma sencilla se puede describir a la población HSH por la inclusión de hombres homosexuales, hombres bisexuales y hombres heterosexuales que tienen prácticas homoeróticas, sin asociar necesariamente estas prácticas con cualquier otro aspecto de su identidad individual.

Cáceres (2004) señala que a pesar de las diferencias entre subgrupos que existen dentro de la categoría HSH, todos comparten niveles similares de riesgo ante la infección de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) debido a un incremento sostenido de prácticas sexuales de alto riesgo. Además que enfrentan múltiples problemas de salud debido a la presencia de factores específicos como marginación social, que Estrada-Montoya (2014) resume como:

- Problemas de salud mental: debido a las múltiples fuentes de condicionamiento social negativo que enfrentan muchos de estos nombres presentan elevadas tasas de enfermedad mental episódica y crónica. Éstas varían desde crisis relacionadas con una vida cotidiana en

secreto; depresión y ansiedad a largo plazo relacionadas con aislamiento social; o estrés postraumático relacionado con violencia física o emocional debido a juicios y estigmas por su orientación o preferencias y prácticas sexuales.

- Abuso de sustancias: según este autor la frecuencia informada del uso de drogas y abuso de alcohol entre HSH es mayor que en la población en general como respuesta a la agresión o como convencionalismo social. Además de los efectos directos del abuso de alcohol y otras drogas sobre la salud (intoxicación), el consumo se asocia con infecciones derivadas del uso compartido de parafernalia y el aumento en la conducta sexual de riesgo.
- Las infecciones de transmisión sexual ITS: consideradas en la actualidad como uno de los principales problemas de salud para los hombres homosexuales y otros HSH debido no solo a la interacción con sustancias sino a la incursión en prácticas sexuales de riesgo y una baja percepción de vulnerabilidad frente a infecciones que han dejado de considerarse “mortales” como el VIH.

## **2.2. Prácticas de riesgo en HSH**

Entre las prácticas sexuales de riesgo más estudiadas en población HSH se encuentra el *bareback*, un término de origen inglés que significa “cabalgar a pelo”, es decir, montar un caballo sin silla que en el argot “gay” se emplea para definir una práctica sexual que consiste en la penetración anal sin condón y de forma deliberada (Bauermeister, 2008).

De acuerdo con Bakker, Buunk, Siero & van den Eynden (Baruch, 2014), el auge y la recurrencia a esta práctica se puede explicar mediante la *teoría de la “fatiga de la prevención”* la cual supone que las estrategias para que los hombres gay usen consistentemente el condón y prevenir el VIH han fallado en crear realmente una cultura de la prevención ya que tales intervenciones no han sido focalizadas adecuadamente en la población gay y sobre todo porque la percepción de gravedad y la susceptibilidad a contraer el VIH ha cambiado con el tiempo, siendo cada vez más laxa. Esta misma teoría refiere que la existencia y accesibilidad creciente de medicamentos antirretrovirales han provocado que algunas personas creen que el VIH/SIDA no sea un padecimiento severo por lo que quizás no valga la pena prevenirlo.

De acuerdo con Shernoff (2006) existen variables psicológicas y socioculturales particulares que han sido asociadas al hecho de llevar a cabo encuentros *bareback* en población HSH entre las que destaca “la homofobia internalizada” creencias e ideas irracionales de inferioridad respecto de la heterosexualidad con actitudes manifiestas de rechazo o aversión o encubiertas como vergüenza y culpa. Otras variables pueden ser la inequidad social, educativa y racial; la baja percepción de riesgo hacia el VIH y por lo tanto la renuencia al uso del preservativo, el uso de drogas y el acceso a internet.

Por su parte Fernández-Dávila (2015) refiere que los principales factores que pueden intervenir en la proliferación de prácticas sexuales de riesgo en población HSH en la actualidad:

- La “globalización” de ciertas prácticas sexuales antes consideradas “marginales” que han pasado a ser cada vez más visibles gracias al internet y, por lo tanto, más atractivas para muchos hombres; entre las que resaltan: la omisión del condón “bareback”, el encuentro con desconocidos en lugares públicos “cruising”, la introducción de la mano o el puño en la cavidad anal “fisting” o el uso de drogas intravenosas durante el sexo “slamming”.
- El desarrollo de nuevas tecnologías como las aplicaciones “geosociales” para establecer contactos y encuentros sexuales con mayor difusión, este tipo de medios permiten acceder rápidamente a hombres con los mismos intereses sexuales con la posible formación de redes sociales-sexuales.
- Incremento del consumo de drogas sintéticas (“recreativas”; “de diseño”) para tener sexo. La mayor parte de estas sustancias pueden ser estimulantes o depresoras del sistema nervioso central y por lo tanto aumentar el rendimiento sexual, intensifican el placer o disminuir el dolor ante prácticas más dolorosas o invasivas. Este uso intencionado de drogas para tener sexo se ha denominado en algunos países como “ChemSex”.

### **2.3. Sexo inducido por sustancias “ChemSex”**

Si bien el estudio de las asociaciones incidentales entre el consumo de drogas y la conducta sexual no es algo novedoso, el sexo bajo la influencia de drogas sintéticas para aumentar el rendimiento y el placer durante la actividad sexual evidencia una práctica de riesgo planificada e intencional que ha comenzado a ser estudiada como una práctica específica en diversos países.

El término “ChemSex” se ha utilizado en diversas investigaciones para referirse a un patrón de consumo de drogas muy particular reportado en años recientes en diversos países de Europa (España e Inglaterra) y que supone una vía de alto riesgo para infecciones de transmisión sexual debido al contexto en que se lleva a cabo. Si bien no existe en la actualidad una definición única de este fenómeno, por consenso diversos autores la definen como:

- Búsqueda intencionada de sexo bajo la influencia de drogas psicoactivas, mayormente en HSH (McCall et al., 2015).
- Es la combinación intencional de tener relaciones sexuales con el uso de determinadas drogas sin receta médica con el fin de facilitar y potenciar el encuentro sexual” (Bourne et al., 2015).
- Por su parte Fernández-Dávila (2016) lo define como el uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo, que puede durar varias horas hasta varios días.

La última de estas definiciones hace énfasis en que el elemento clave en la definición del ChemSex puede ser tiempo invertido en dicha práctica para diferenciarla de otros patrones de conducta sexual de riesgo debido a que bajo el efecto de las drogas, el tiempo de interacción sexual puede oscilar entre algunas horas y varios días.

#### **2.4. Características del ChemSex**

A pesar de las dificultades para adoptar una definición universal del término ChemSex, la literatura existente coincide al señalar una serie de características ligadas directamente a esta práctica y que permiten diferenciarla de otros tipos de consumo en población HSH (McCall et al., 2015; Bourne et al., 2015; Fernández-Dávila, 2016; Moncrieff, 2014):

- Mayor disponibilidad y empleo de drogas de diseño con la intención de prolongar encuentros sexuales, aumentar la disposición a prácticas o fantasías sexuales y facilitar la interacción con múltiples parejas sexuales además de la propia necesidad de consumo. De acuerdo con la literatura disponible las principales drogas utilizadas son las metanfetaminas, la mefedrona y el GHB/GBL. No obstante, el consumo no se restringe a estas drogas ya que también dependen de la disponibilidad, por lo que se puede recurrir a otras como la cocaína, ketamina

y MDMA (éxtasis), además del nitrito de amilo (poppers) y los fármacos para la disfunción eréctil.

- El uso de aplicaciones móviles de geo-socialización y plataformas en línea para la búsqueda de contactos sexuales y de distribuidores de drogas (*dealers*). Si bien la interacción sexual con otros hombres se puede dar en espacios como saunas y cabinas eróticas, lo que caracteriza al ChemSex como práctica planificada es que, en su mayoría tienen lugar en los domicilios particulares o eventos privados anunciados a través de estos medios electrónicos.
- La incursión en entornos clandestinos y la proliferación de espacios específicos para interactuar sexualmente con otros hombres con la posibilidad de adquirir drogas sin tener que trasladarse o exponerse a ser agredidos o arrestados.

A pesar de que es una práctica poco frecuente y de poca visibilidad, diversos autores han dado cuenta de ciertas características o condiciones particulares de la población HSH que recurre a este tipo de prácticas y que son de gran relevancia para comprender a fondo este fenómeno.

#### **2.4.1. Perfil del usuario de drogas con fines sexuales.**

Bourne; Reid; Hickson; Torres-Rueda y Weatherburn (2014) señalan, a partir del análisis de una muestra británica HSH, que el perfil de los varones usuarios de drogas sintéticas con fines sexuales difiere del típico usuario con dependencia; ya que estos presentan a menudo un mejor funcionamiento y ajuste en su entorno sociofamiliar y laboral y mayor estabilidad laboral y financiera; lo que disminuye su percepción de riesgo. No obstante, según estos autores es posible diferenciar tres tipos de consumidores afines al ChemSex: 1) aquellos con mayor control de riesgos y consumo contenido; 2) aquellos que han buscado ayuda profesional o están considerando hacerlo por las consecuencias asociadas; y 3) aquellos que no reconocen o no son capaces de percibir las consecuencias negativas.

De acuerdo con Fernández-Dávila (2016), los principales motivos para considerar el consumo de drogas sintéticas durante un encuentro sexual pueden ser la intención de aumentar la libido, potenciar el placer sexual, promover la desinhibición, prolongar la duración de las sesiones sexuales, inhibir sensaciones desagradables como fatiga, hambre, sueño y dolor. En suma a lo anterior el mismo autor da cuenta de otros factores para el consumo también ligados a la

conducta sexual pero de manera indirecta como la búsqueda de conexión con otros (sensación de pertenencia a grupo), búsqueda de intimidad emocional o la necesidad de aliviar estados disfóricos (estrés, ansiedad, depresión).

Por su parte Moncrieff (2014) ha reportado algunas estrategias puestas en práctica por la población HSH para reducir el riesgo asociado a la conducta sexual de riesgo intencional entre las que destaca una práctica llamada “serosorting” cuya intención es mantener relaciones sexuales solo con aquellas personas con el mismo estatus serológico; es decir, a) hombres no portadores de VIH q sostienen encuentros sin condón solo con otros hombres que les garanticen no ser portadores; o b) hombres que viven con VIH que deciden mantener encuentros bareback preferentemente con otros portadores que se encuentren en tratamiento. En ambos casos, la selección de parejas bajo esta condición puede dar cabida al consumo dada la sensación de confianza.

Considerando la función de las sustancias y sus atributos descritos anteriormente durante el encuentro sexual, muchos de los usuarios son más bien policonsumidores; es decir, que suelen utilizar mas de una droga por ocasión de manera conjunta con la intención de potenciar sus efectos o contrarrestarlos; lo que a su vez supone también una mayor cantidad de consecuencias severas según el tipo de sustancias la interacción entre ellas.

#### **2.4.2. Sustancias asociadas al “ChemSex”.**

De acuerdo con Hernández (2017), es necesario conocer las principales sustancias utilizadas para una adecuada atención de las consecuencias asociadas al ChemSex no solo para intervenir medicamento en caso de emergencia sino para comprender las posibilidades de intervención psicológica en estos casos. Debido a esto, el autor reporta una lista de sustancias comúnmente utilizadas por la población HSH con fines de recreo e interacción sexual; exponiendo los efectos placenteros y esperados por los consumidores (tabla 1).

Cabe destacar que estas sustancias pueden variar entre la población por razones como su disponibilidad, el costo y su popularidad en diversos entornos, y por lo tanto no necesariamente deben ser las mismas en todos los escenarios. Sin embargo, todas las drogas enlistadas tienen en común el efecto estimulante y anestésico disociativo.

Tabla 1  
*Principales sustancias utilizadas durante una sesión de ChemSex*

<b>Sustancia</b>	<b>Vía de admón..</b>	<b>Efectos</b>
Metanfetamina	Oral, fumada, intranasal, intravenosa o intrarrectal	Efecto estimulante y de activación. Aumenta la concentración y la atención e inhibe el sueño, el hambre y la sensación de fatiga. Puede incrementar el deseo sexual, disminuir las inhibiciones y facilitar el que las relaciones sexuales se prolonguen durante varias horas.
Mefedrona	Oral, intranasal. Intravenosa o intrarrectal	Efecto estimulante y empatógeno. Produce percepción de incremento de energía, sensación de estimulación, estado de alerta, euforia y locuacidad. Intensifica la percepción de placer durante las relaciones sexuales.
MDMA	Oral o intranasal	Amplifica e intensifica las sensaciones emocionales, sentimientos de cercanía hacia los demás, confianza y empatía, sensaciones de autoestima, de bienestar y felicidad; modificación de las percepciones sensoriales, deseos de abrazar y besar a los demás.
Cocaína	Intranasal, fumada, oral o intravenosa	Efecto estimulante, promueve una sensación de euforia y exaltación del estado de ánimo. Disminuye las sensaciones de cansancio, sueño y hambre. Puede incrementar el deseo sexual, disminuir las inhibiciones y facilitar la sociabilidad. Efecto anestésico local utilizado para retardar la eyaculación o facilitar prácticas sexuales que puedan implicar dolor.
Ketamina	Intranasal, oral, intravenosa, intramuscular o intrarrectal	Efecto anestésico “disociativo” caracterizado por analgesia (desaparición del dolor) sin alteración del nivel de conciencia. Produce euforia, embriaguez leve y alteraciones en la percepción corporal. Incrementa el deseo sexual y disminuye inhibiciones. Por su efecto anestésico, puede facilitar prácticas sexuales que impliquen dolor.
GHB/GLB	Oral, intranasal, intravenosa o intrarrectal	Produce un efecto estimulante, de activación y bienestar. La concentración y la atención se incrementan, el sueño, la fatiga y la sensación de hambre desaparecen. Puede incrementar el deseo sexual, disminuir las inhibiciones y facilitar el que las relaciones sexuales se prolonguen durante varias horas.
Poppers	Intranasal	Actúa relajando los músculos lisos. La relajación de las venas y las arterias produce bajadas de tensión arterial y la relajación de la musculatura anal facilita la penetración.

Fármacos para la disfunción eréctil (sildenafil, tadalafilo, etc.)	Oral	Actúan incrementando el flujo en los vasos sanguíneos del pene y facilitando la erección. Algunas drogas de uso recreativo pueden provocar dificultades o imposibilidad de erección; por tal motivo, el uso de estos fármacos en contextos sexuales facilita mantener relaciones sexuales por más tiempo.
Psicofármacos (ansiolíticos y benzodiazepinas)	Oral e intravenoso	Fármacos de prescripción médica conseguidos en ocasiones fuera del circuito sanitario. Algunas personas utilizan estos fármacos para contrarrestar los efectos negativos de un exceso de estimulantes o conciliar el sueño después de una sesión. Algunas personas también los emplean para mitigar los síntomas de un “bajón”, como paranoias, ansiedad o depresión, o para cortar los efectos de un “mal viaje” con un alucinógeno.

El uso de estas sustancias puede ser único o combinado con otras en una misma ocasión dependiendo las circunstancias en que se encuentre el usuario o las características del encuentro sexual. La tabla reporta los efectos inmediatos de cada una de las sustancias utilizadas para el “ChemSex”, de acuerdo con múltiples informes de HSH en Inglaterra y España.

### 2.4.3. Consecuencias asociadas al ChemSex.

Desde una perspectiva de salud integral, queda claro que cuanto más tiempo dure una sesión de ChemSex, mayor será la exposición a los diversos riesgos o daños asociados. Así es como esta práctica expresa algunos riesgos específicos que tienen que ver con no solo con el consumo o con la salud sexual sino con el entorno social, la estabilidad emocional y financiera de quien lo practica.

Ávila, Casero, Cetó, Fernández-Dávila, Roca-Balagué et al (2017) refieren a través de su experiencia clínica o de investigación, algunas de las consecuencias implicadas; entre las que destacan:

- Salud física. Si no se tiene una información clara o una gestión adecuada sobre el consumo o la interacción de las diversas drogas disponibles, se pueden dar casos de accidentes y lesiones (caídas, quemaduras, etc.), intoxicación, sobredosis o muerte.
- Salud sexual. Si se está teniendo sexo durante varias horas (muchas veces con diversas parejas sexuales con quienes no se utiliza el preservativo), se pueden producir irritación, heridas, rasgados o sangrado del ano o de la mucosa intestinal, incluso de la piel del pene, lo

cual conlleva un mayor riesgo de infección por el VIH y/o de otras infecciones de transmisión sexual como hepatitis B y C; sífilis, entre otras

- Salud mental. El consumo compulsivo de drogas estimulantes y disociativas puede propiciar la aparición de síntomas psicóticos (irritabilidad, paranoia, insomnio, etc.); y alteraciones del estado de conciencia que resultan en actos impulsivos. Además que la práctica en si misma puede generar vergüenza, remordimientos o sentimientos de culpa por haber estado mucho tiempo en una fiesta de sexo, haber gastado mucho dinero en comprar drogas, haber tenido un problema en concreto, haber traspasado límites personales, etc.
- Entorno social. Esta área también puede verse afectada ya que se pueden dar casos de rechazo o de exclusión y segmentación de la red social entre quienes practican ChemSex y los que no saben nada al respecto, por lo que puede existir una pérdida progresiva de esta segunda red.

## **2.5. Investigación sobre ChemSex**

La “Encuesta europea on-line para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (European Men to Men Internet Survey, EMIS 2013) recabó datos de 38 países de la región europea de la Organización Mundial de la Salud con un total 180.000 hombres que dieron cuenta de su consumo de drogas. Según la encuesta más del 50% de los participantes habían consumido alguna vez una droga recreativa en los últimos 12 meses con intensidad sexual. Las drogas más usadas fueron el cannabis (30,1%), el popper (28,4%), la cocaína (18,7%) y el éxtasis (10,1%). La prevalencia del consumo de fármacos para la disfunción eréctil fue del 13,3%. Sin embargo, la droga que más problemas causa entre la población es el alcohol (91,2%). Esta misma fuente describe a la población que hace uso de estas drogas recreativas con un perfil bien definido siendo más frecuente que el consumo se presente en hombres alrededor de los 33 años, con nivel educativo alto, económicamente activo y que se identifican como homosexuales.

En un segundo estudio derivado de esta encuesta, Bourne; Reid; Hickson; Torres y Weatherburn (2014) describieron el contexto en que se lleva a cabo la práctica del ChemSex y las motivaciones implicadas en una submuestra de 1142 hombres ingleses. Los autores destacan que las aplicaciones geoespaciales han hecho que el uso de drogas sea más visible y han facilitado tanto la adquisición de las sustancias como el consumo en lugares de encuentro sexual. Refieren además que el consumo de drogas permite a la población “enmascarar” ciertos problemas

relacionados con la autoestima, así como proporcionar una experiencia sexual más intensa y de mayor duración. No obstante, la muestra refiere tener noción de las consecuencias adversas como generar dependencia a las sustancias e imposibilidad de tener relaciones sexuales sin ellas.

Por su parte, Fernández-Dávila; Folch; Galán; Ibar; et al (2017) llevaron a cabo un estudio cualitativo a base de entrevistas en una muestra de 26 hombres captados a través de diferentes fuentes como internet/apps o referidos por los mismos participantes, con la finalidad de indagar los motivos por los cuales suele recurrirse al consumo durante encuentros sexuales. Los autores agrupan sus hallazgos en tres categorías:

- Motivos relacionados con el sexo como intensificar o potenciar el placer, desinhibirse sexualmente, facilitar ciertas prácticas sexuales incómodas o dolorosas o aumentar el rendimiento físico durante la actividad sexual.
- Motivos vinculados al contexto/situación como buscar momentos de intimidad emocional, construir un clima de “empatía” con otros, facilitar la confianza personal para contactar y relacionarse con otros hombres en un contexto sexual, y acceder a espacios estimulantes sexualmente (como sexo en grupo) y a drogas sintéticas.
- Motivos subyacentes o latentes como la necesidad lidiar con momentos o situaciones complicadas que tienen un impacto emocional muy intenso (desempleo, ruptura sentimental o pérdida de un ser querido), una situación psicológica personal (baja autoestima) en un momento determinado de sus vidas, escaparse de la soledad, evitar conflictos internos interpersonales o la necesidad de formar redes sociales.

Respecto a la búsqueda de redes sociales para captar hombres afines, Soriano (2017) documentó a través de una etnografía virtual la utilización de las aplicaciones de contactos dirigidas específicamente a la población HSH como instrumentos para la difusión de sesiones ChemSex. Los resultados de su estudio revelan la existencia de vínculos entre el uso de estas aplicaciones y determinadas conductas de consumo en contextos sexuales ya que facilitan y multiplican las posibilidades de encontrar parejas sexuales con intereses similares.

Si bien es posible encontrar cada vez más información sobre este fenómeno en múltiples países de América y Europa, en México no se ha documentado la presencia de una práctica tan

particular más allá de las investigaciones que señalan la vulnerabilidad de la población HSH ante la epidemia del VIH debido a prácticas de riesgo como el uso de drogas o el uso inadecuado del condón; pero que no determinan que esto se presente de manera intencional.

Entre los principales estudios que se aproximan al ChemSex resalta la Encuesta sobre uso de drogas en personas LGBT en México (Baruch; Barra y González. 2015) que se llevó a cabo con 1,300 personas (800 HSH); en la que se reporta que 76% del total de los participantes dijeron que era muy fácil o algo fácil conseguir drogas en su entorno (social/recreativo). Casi la mitad de encuestados (46%) dijeron haber consumido alguna droga en el último año, siendo las más populares el cannabis, la cocaína, las tachas (metanfetaminas), los poppers y el LSD.

Además que, un tercio de los participantes mencionó tener más parejas sexuales cuando se encuentra bajo la influencia de las drogas y afirman haber tenido relaciones sexuales sin condón pero no intencional sino debido a un estado de ebriedad severa, lo cual supone una mayor vulnerabilidad de la población si se considera que la prevalencia del VIH entre hombres que tienen sexo con hombres en México es de más del 12%.

A pesar de la basta investigación sobre el uso de drogas y conducta sexual de riesgo resulta todavía difícil estimar la existencia de este tipo de prácticas ya que estos indicadores epidemiológicos no permiten conocer la función atribuida a la sustancia, ni su uso en un contexto particular; por lo que parece necesaria una aproximación distinta a la población HSH.

Partiendo del hecho de que en México no se han encontrado estudios disponibles de naturaleza cualitativa que den cuenta de la incursión deliberada en prácticas de riesgo y sus motivaciones, la presente investigación considera importante rastrear la experiencia de aquellos hombres que deciden sostener relaciones sexuales bajo el efecto de diversas drogas con otros hombres para comprender las características de este tipo de consumo y poder explorar las razones por las cuales deciden llevar a cabo prácticas de riesgo a pesar de las posibles consecuencias; lo que podría dar indicadores sobre la percepción de riesgo y el valor atribuido al consumo en esta población particular.

## **Objetivo General**

Explorar las características del consumo de drogas durante encuentros sexuales en población HSH en México e identificar la manera en que este grupo enfrenta los riesgos asociados con estas prácticas.

## **Método**

### **Participantes**

El estudio incluyó el relato de cuatro hombres mayores de edad, residentes de la Ciudad de México, que mantienen relaciones sexuales con otros hombres y que han consumido más de una droga por ocasión durante tales encuentros.

### **Instrumentos**

**Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias** (ASSIST por sus siglas en inglés), consiste en un cuestionario dirigido a los usuarios de sustancias y que consta de ocho preguntas relacionadas con el consumo en las que se aborda información sobre el consumo de drogas a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses; por lo que permite identificar indicadores sobre el patrón de consumo (de riesgo o dependiente). La puntuación de la prueba se utiliza para clasificar al individuo de acuerdo con el nivel de riesgo (leve, moderado, alto) y la mejor opción de tratamiento por cada sustancia (no tratamiento, intervención breve o derivación a centros de atención especializada).

**Consentimiento informado** sobre la prueba de detección de consumo, los motivos de la investigación y las características de la entrevista así como la garantía de confidencialidad de sus datos personales y el derecho a dar por terminada la sesión si lo considera pertinente. Además, informa al participante sobre el derecho a recibir retroalimentación sobre su consumo de sustancias al término de la sesión (anexo 1).

**Entrevista semiestructurada** construida exprofeso para este estudio. La entrevista consta de dos partes en las cuales se abordaron temas específicos relacionados con el consumo y la sexualidad. El primer apartado corresponde a la “historia de consumo” y pretende indagar la percepción de riesgo sobre el consumo, los atributos asociados a las drogas, los episodios de

abuso y las consecuencias experimentadas. La segunda parte corresponde a la “interacción entre las drogas y sus prácticas sexuales” que busca indagar sobre episodios específicos de consumo en escenarios de interacción sexual con otros hombres, específicamente sobre las expectativas, atributos y consecuencias de esta interacción (anexo 2).

## **Procedimiento**

Se reclutó a los participantes mediante la técnica de bola de nieve a través de redes de contacto y grupos sociales de personas HSH; una vez generado interés, se contactó a cada participante de manera individual haciendo contacto vía telefónica para explicar los objetivos del estudio, atender sus dudas al respecto y corroborar su disposición a participar. En cada caso se agendó una cita individual para entrevista única en las instalaciones de un centro de prevención en adicciones. Cada entrevista fue grabada en audio bajo autorización del participante y transcrita posteriormente para el análisis correspondiente, la duración de cada cita fue de una hora y media.

En todos los casos se aclaró mediante consentimiento informado la confidencialidad de la información recabada en audio así como la posibilidad de negarse a contestar en caso de sentirse incómodos con la temática e incluso dar por terminada la entrevista si así lo consideran sin mayor repercusión así como solicitar que sea borrada la información obtenida. En todos los casos el nombre fue remplazado por respeto a la privacidad de los participantes.

Cada sesión comenzó con la evaluación del consumo a través de la prueba ASSIST. A partir de los reactivos de la prueba sobre las consecuencias del consumo se estableció el dialogo conductor para comenzar la fase de entrevista. Al finalizar cada sesión se ofreció consejo breve a cada participante sobre los riesgos y consecuencias de su consumo mediante el puntaje de la prueba; así como retroalimentación de las estrategias de autocuidado reportadas durante la entrevista.

Al final de la sesión a cada participante se le pidió el apoyo para contactar a otros hombres para invitarlos al estudio a través de la oferta de valorar las complicaciones asociadas a su patrón de consumo y la posibilidad de contribuir a la investigación sobre los temas de consumo y prácticas sexuales de riesgo entre hombres de diversidad sexual.

## **Análisis de datos**

Para el análisis de la información obtenida durante las entrevistas se utilizó la Teoría Fundamentada como propuesta metodológica cualitativa ya que propone desarrollar supuestos teóricos sobre un fenómeno poco estudiado a partir de un proceso sistemático de obtención y análisis de datos en la investigación social (Glaser & Strauss, 1967).

### **Teoría fundamentada.**

La elección de esta estrategia de análisis corresponde a que la Teoría Fundamentada es una propuesta metodológica que busca desarrollar una propuesta teórica sobre un fenómeno particular del cual se desconocen sus características y variables. Por lo tanto, la formulación teórica emergente consiste en un conjunto de categorías, subcategorías, propiedades y dimensiones relacionadas entre sí, que dan cuenta de un fenómeno determinado, mediante un proceso de descripción, comparación y conceptualización de los datos (Glaser & Strauss, 1967).

Las construcciones emergentes de los datos en la Teoría Fundamentada se denominan “teoría sustantiva”, dado que se refieren a la explicación de un fenómeno delimitado a un contexto particular. La teoría sustantiva es aquella que se desarrolla a partir de un área de investigación empírica particular de la cual es necesario indagar más a profundidad (Glaser & Strauss, 1967). El procedimiento fundamental para el análisis de los datos es *el método comparativo constante*; por medio del cual se codifican y analizan los datos de manera simultánea para el desarrollo progresivo de ideas teóricas que tengan una estrecha correspondencia con los datos, mediante la puesta en escena de cuatro etapas: 1) la comparación de incidentes aplicables a cada categoría, 2) la integración de las categorías y sus propiedades, 3) la delimitación de la teoría y 4) la escritura de la teoría (Glaser & Strauss, 1967).

Siguiendo tales consideraciones, el presente estudio presenta en primer lugar las características del grupo y su relación con las sustancias; así como los indicadores de severidad obtenidos con la prueba de tamizaje ASSIST, para luego describir un conjunto de categorías, subcategorías y propiedades relacionadas entre sí, mediante un proceso de descripción, comparación y conceptualización de los episodios de consumo con intensidad sexual en cada uno de los participantes.

## Resultados

### Características de los participantes

El rango de edad de los participantes oscila entre los 22 y 36 años, dos de ellos cuentan con educación media superior concluida y dos más tienen estudios de licenciatura. Todos los participantes se encuentran laboralmente activos y mantienen una entrada estable de ingresos; todos los participantes son usuarios habituales de drogas, con al menos un episodio de abuso en los últimos tres meses. Todos ellos se reconocen como hombres homosexuales que mantienen relaciones sexuales con más de una pareja ocasional y reconocen utilizar preservativo de manera inconsistente; tres de ellos son portadores de VIH y uno más se encuentra en tratamiento profiláctico como método de prevención. A continuación se muestra una breve descripción de cada participante en orden de contacto:

- Participante 1. “Omar” (primer contacto). Hombre de 34 años con estudios de licenciatura, mantiene una participación recurrente en fiestas privadas y casas de encuentro sexual (3 años) a las que acude con la finalidad de conseguir múltiples encuentros por ocasión. Suele utilizar poppers, cocaína y cloruro de etilo. A pesar de que el participante reportó severas complicaciones por el uso de drogas no considera prioritario el apoyo profesional en el tema de adicciones.
- Participante 2. “Humberto”. Joven de 22 años quien mantiene actualmente un consumo mínimo de marihuana y poppers durante encuentros sexuales principalmente contactados por aplicaciones móviles. Durante la adolescencia recurrió al consumo de múltiples sustancias con su pareja sentimental con el que experimentó el efecto de la cocaína, el crack, el cristal, LSD y heroína. Tal situación tuvo una duración de dos años hasta que el participante fue sometido a un tratamiento intensivo de desintoxicación con internamiento.
- Participante 3. “Rafael”. Hombre de 36 años que recurre al uso de poppers, cocaína y ketamina durante encuentros sexuales invasivos o dolorosos, específicamente durante la práctica “fisting”; esta práctica no es solo con fines recreativos sino que también le resulta una fuente de ingresos ya que organizar fiestas privadas para sesiones grupales de esta misma práctica sexual a las que asigna una cuota de recuperación (“cover”).

- Participante 4. “Roldán”. Hombre de 34 años con problemas asociados al abuso de cocaína y crack (2 años), a pesar de que no suele recurrir a lugares de encuentro si suele recurrir a aplicaciones móviles para contactar a otros hombres y consumir durante el sexo; a pesar de las consecuencias reportadas tampoco considera prioritaria la atención profesional al momento de la entrevista.

## Resultados de la prueba ASSIST

A partir de los resultados del tamizaje se evidencia el consumo de múltiples sustancias en todos los casos, principalmente para ocio, recreo o interacción sexual; siendo la cocaína y los poppers las drogas más reportadas, seguidas del tabaco y alcohol. También se reportó el consumo de otras drogas como ketamina y cristal pero solo en dos casos. Si bien el policonsumo se reportó en múltiples escenarios como reuniones sociales, bares y fiestas a manera de filtro en la tabla 2 se señalan solo las sustancias utilizadas por cada participante previo o durante sus encuentros sexuales.

Tabla 2  
*Sustancias consumidas por cada participante durante sus encuentros sexuales*

Sustancia	ASSIST							
	Caso 1	Pje.	Caso 2	Pje.	Caso 3	Pje.	Caso 4	Pje.
Tabaco					*	12	*	21
Alcohol			*	7	*	9	*	<b>30</b>
Mariguana	*	3	*	6	*	8		
Popper	*	19	*	9	*	5	*	3
Cocaína/crack	*	<b>32</b>	*	7	*	2	*	<b>24</b>
Metanfetaminas	*	15	*	2			*	3
Sedantes	*	17	*	7				
Ketamina	*	2	*	2				
Cloruro de etilo	*	2	*	2				

En cada caso la sustancia utilizada es señalada junto con el puntaje obtenido mediante la prueba ASSIST que señala el nivel de intervención psicológica más adecuada según el patrón de consumo y las consecuencias percibidas por cada droga (un puntaje +3 amerita intervención breve exceptuando alcohol y tabaco mientras que un puntaje +27 un tratamiento intensivo para todas las sustancias).

Partiendo de las puntuaciones referidas en la tabla anterior se consideran necesarias intervenciones breves para la mayoría de los casos por consumo de alcohol, mariguana, poppers, cristal/metanfetamina y sedantes (4-26 puntos) y por lo tanto pueden ajustarse a un tratamiento de

corta duración para alcanzar el objetivo de abstinencia. Respecto al uso de ketamina y cloruro los puntajes indican la necesidad de consejo breve (1-3 puntos); es decir que su consumo es ocasional y que los riesgos asociados al consumo de estas dos últimas sustancias se perciben como mínimos por lo cual se puede ofrecer asesoría y orientación. De acuerdo con los indicadores de la prueba, los participantes con puntajes más altos (+27 puntos) para cocaína y alcohol ameritan un tratamiento más intensivo debido a la frecuencia y cantidad de consumo así como por la severidad de las consecuencias que han experimentado.

A pesar de la retroalimentación que acompaña a la prueba ninguno de los participantes accedió a tratamiento argumentando que no es necesario en el presente o porque no se sienten confiados en la atención de los centros de salud.

Ahora bien, para el análisis las entrevistas se diseñaron tres categorías construidas a partir de las características que definen al ChemSex según la literatura disponible, considerando además las particularidades de cada relato por lo que las categorías resultantes fueron nombrada de la siguiente manera: 1) *consumo de sustancias* que explora la historia de consumo y su incidencia en la actualidad; 2) *expresión de la sexualidad* que explora la incursión en prácticas de riesgo y 3) *recurrencia a lugares de encuentro sexual* que indaga sobre los espacios que dan pie a esta práctica.

A continuación se presenta cada una de las categorías por separado desglosando a detalle sus áreas y dimensiones para un mejor entendimiento de cada una.

### **Categoría 1. Consumo de sustancias**

Durante la entrevista se abordaron los efectos percibidos, las expectativas asociadas al consumo y las funciones atribuidas a cada sustancia; así como las complicaciones y consecuencias derivadas del uso o abuso con la intención de determinar en cada caso cómo fue la progresión del consumo desde la experimentación hasta su patrón actual de policonsumo. Esta categoría también considera la opinión y percepción de riesgo de cada participante respecto a su propio consumo. En la tabla 3 se presenta casa una de estas áreas y sus dimensiones, mismas que serán analizadas a detalle con la inclusión de extractos representativos de los relatos obtenidos.

Tabla 3  
*Criterios de análisis de la categoría 1: Consumo de sustancias*

<b>Consumo de sustancias</b>		
<b>Categoría 1</b>	Acercamiento	Principales razones para iniciar el consumo: curiosidad, disponibilidad, emociones, expectativas
	Experimentación	Búsqueda de sensaciones novedosas y el grupo de pares
	Policonsumo	Funciones atribuidas y beneficios aparentes de mezclar sustancias
	Patrón de consumo actual	Indicadores de dependencia según su patrón de consumo
	Opinión sobre las consecuencias	Opinión sobre el abuso de sustancias y las consecuencias experimentadas.

Se muestra el desglose de la primera categoría. Se consideran cinco áreas que corresponden a la progresión del consumo en cada participante hasta su patrón de consumo actual así como las dimensiones a considerar para el análisis.

**1.1. Acercamiento al consumo.** En todos los casos el primer contacto con las sustancias se presentó por razones específicas como la curiosidad y la búsqueda de sensaciones, además de la cercanía con otros consumidores (familia y amigos) y la posibilidad de adquirir sustancias por su cuenta (puntos de venta); para tres participantes el inicio de consumo se sitúa en la adolescencia durante el periodo de educación media superior (17 años). Sin embargo, uno de los participantes refirió haber comenzado desde la pubertad (12 años), argumentando la falta de supervisión de sus padres, la relación disfuncional con ellos y el contacto con amigos en la misma situación. En todos los relatos destacó el ambiente permisivo y la falta supervisión parental como argumento principal para experimentar con sustancias de fácil acceso como el alcohol, el tabaco y la marihuana.

*Humberto: Salir con mis vecinos fue el primer espacio que yo tuve para relacionarme con gente mucho más grande y que ya estaba consumiendo alcohol y que estaba en fiesta y eso que justo esta situación de que ¿dónde estaban sus papás? no sé...*

En todos los casos este acercamiento a las drogas se dio en grupo, con amigos cercanos o compañeros de clase por lo que daban prioridad al contacto y relación social con otros consumidores para sostener un estilo de vida más “libre” y poder continuar con sus prácticas en un ambiente permisivo. No obstante, la practica no era percibida como “adecuada” o “pertinente” en todos sus grupos sociales; esta situación dio lugar a la delimitación de espacios o grupos específicos para el consumo en paralelo a otros grupos sociales.

Omar: al principio yo consumía poppers por mi cuenta, aunque salía con mis amigos no les contaba porque decían que eso era droga y que no estaba bien y no qué, pero poco a poco cuando fueron probando y se dieron cuenta que yo lo hacía, hasta me pedían.

**1.2. Experimentación con más de una droga.** En todos los casos se consideró la búsqueda de sensaciones específicas como el intenso placer físico, la percepción de euforia y la relajación magnificadas como razones principales para elegir y experimentar con más de una sustancia pero en ocasiones diferentes. Dos casos en particular reportaron la posibilidad de interactuar socialmente sin inhibiciones como razón principal.

*Roldán: me gusta mucho el efecto placentero que causan en mí pero luego ya no me gusta cuando esto desaparece. Por ejemplo, la coca me hace sentir contento y sin presiones; pero como si en ese momento no estuviera presionado de nada o como si no importara nada; como que me desinhiben de toda responsabilidad.*

La presencia de emociones desagradables también fue reportada como razón para experimentar con las drogas seleccionándolas según sus atributos o funciones como lidiar con el estrés cotidiano, olvidarse temporalmente de problemas interpersonales y mejorar su estado de ánimo; sin embargo, cuando las consecuencias por abuso o intoxicación con una sustancia resultaban en mayores complicaciones en el ámbito emocional, se las consideraba menos atractivas.

*Humberto: definitivamente las sustancias pueden engrandecer ciertas situaciones que a lo mejor ya traes de antes, buenas o malas; o sea, como pueden estimular la concentración tanto como estimular una depresión al mismo tiempo.*

*Roldán: a mí me gusta el efecto que causan en mí pero cuando el efecto se pasa ya no me gusta cómo me siento, por ejemplo, me hacen sentir contento, sin presiones aunque sé que después van a llegar en el momento es como si no me importaran las consecuencias y me desinhiben de la responsabilidad y las consecuencias que pueda haber.*

Además de las ganancias han considerado la manifestación de consecuencias negativas sociales como factor para la toma de decisiones sobre el consumo de alguna droga, destacando la segregación y la discriminación por el consumo de drogas “marginales”, además del impacto económico y la exposición a violencia que implica su adquisición.

*Roldán: (primeras experiencias) una vez en un “punto” yo fui a comprar y llegaron unos güeyes que según eran judiciales y vinieron por el tipo que me vendía la droga, pero me arrestaron a mí hasta que este tipo les dijo que yo no tenía nada que ver, que solo era un cliente... yo digo que todos nos damos cuenta de las consecuencias pero a algunos no les importa.*

**1.3. Policonsumo de sustancias.** Durante la entrevista se indagó sobre las interacciones entre sustancias que ha probado cada uno con la finalidad de rastrear la escalada en su patrón de

consumo hasta la actualidad e indagar el impacto que han tenido tales combinaciones en cada caso.

En todos los relatos fue posible identificar que gran parte del policonsumo se ha dado en función de los beneficios percibidos en un momento específico, es decir, para mejorar o intensificar una sensación o experiencia. Sin embargo, ninguno consideró el daño orgánico ni los riesgos por la interacción entre sustancias como criterios para la toma de decisiones. Se acuerdo con esta interpretación la principal razón para consumir más de una sustancia por ocasión se debió, en todos los casos, a la confianza depositada en el grupo de consumo (amigos o pareja) y por la suposición (creencias erróneas) sobre el efecto compensatorio de los efectos adversos entre una y otra droga.

Humberto: hasta cierto punto si empezó en escala ascendente, empecé con el alcohol y luego con la coca “para que se me bajara”. ya después era yo con él(pareja) estando en esta situación “descubriendo mi sexualidad” aprovechó también para decirme que estaba bien padre también consumir otras cosas y primero fue el crack y al final fue el cristal con el que dije “wow esto si está muy intenso.

Roldán: yo empiezo tomando y ya después de tomar se me antoja meterme otra cosa, otra sustancia.... ahorita es el crack (acompañado por su pareja). O es que siento es un poco de ansiedad que se alivia, pero me gusta esa sensación de ansiedad para seguir fumando.

Entre las creencias sobre la compensación de efectos adversos destacó el uso de cocaína para recuperar el estado de conciencia después de haber bebido en exceso inhibiendo otras funciones como el sueño y el cansancio.

*Rafael: al principio el cristal hace que estén lúcidos todo el tiempo y que no te de hambre y sin problema se siguen la fiesta, te digo que de 9 pm del sábado hasta las 9 pm del otro día y siguen haciendo su fiesta. Y ya el lunes pueden meterse lo que es la cocaína o las mentadas aspirinas con coca cola o alguna bebida energizante para rendir en el trabajo y no perder sus ingresos.*

Otra combinación frecuentemente reportada fue el uso de poppers, ketamina y cloruro de etilo, pero en un contexto sexual. Sin embargo fue reportada como una combinación de mayor riesgo debido a la dificultad para graduar la dosis y la severidad de las consecuencias derivadas de una intoxicación, como la pérdida de conciencia.

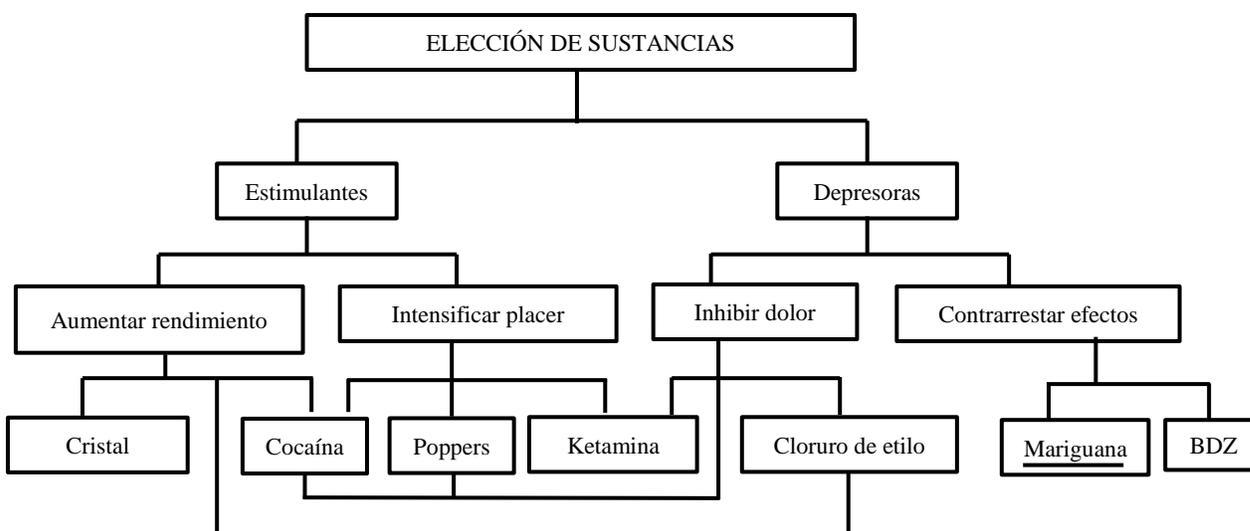
*Omar: contacté un chico para tener sexo y fui a verlo y él estaba inhalando cloruro y me ganó el morbo pero inhalé tanto (toalla con cloruro), que si fue una experiencia muy desagradable.... perdí la noción y desperté y no sabía dónde estaba y no sé qué, hasta que el chavo me explicó esto: -es que te metiste mucho cloruro y de repente te desguanzaste, te desmayaste y te quedaste dormido, te movía y pues no reaccionabas, me asustaste- según él, me quede dormido ahí tirado como 10 minutos y no me quedó más que pedirle una disculpa por asustarlo.*

El consumo de marihuana o benzodiacepinas también se ha utilizado en combinación con otras drogas pero por razones diferentes ya que fueron asociadas con la posibilidad de alcanzar un estado de relajación mayor e incluso como vía para tolerar o mitigar “el bajón”; es decir, que suelen utilizarse para contrarrestar los efectos negativos del consumo de otros estimulantes como la cocaína y las metanfetaminas, por lo que suele recurrirse a estas sustancias para inducir el sueño y el descanso.

*Humberto: ya casi no compro (marihuana); más bien me llega sola o me la regalan mis amigos porque a la mayoría de mis amigos les da hueva, no les gusta la marihuana porque los relaja porque no los pone en este estado de euforia y como yo estoy más bien “buscando el relax”.*

En la figura 1 se ofrece una posible explicación de estas creencias erróneas sobre el policonsumo integrando tanto el efecto real sobre sistema nervioso central expresado mediante la distribución por bloques; así como la elección de una sustancia en particular por su supuesta función en un entorno específico (social o sexual) que se representa mediante líneas cruzadas. De acuerdo con este diagrama puede apreciarse el uso de múltiples sustancias con efectos contradictorios o paradójicos ya que su elección depende más del contexto o escenario de consumo que de los efectos reales, lo que aumenta el riesgo de intoxicación o sobredosis, entre otras complicaciones.

Figura 1  
Elección de la sustancia según el efecto sobre el SNC y la función durante un encuentro sexual.



La figura explica la posible elección de una sustancia según su efecto sobre el sistema nervioso central mediante la distribución por bloques; mientras que la elección por su función en un entorno específico (social o sexual) se representa mediante líneas cruzadas.

**1.4. Patrón de consumo actual.** Siguiendo con la progresión del consumo desde sus primeras experiencias hasta el momento de la entrevista se pudo corroborar al menos un episodio de abuso en los últimos tres meses en todos los casos, en tres de los cuales se encontraron indicadores de dependencia severa (tolerancia, síndrome de abstinencia y un fuerte impulso por consumir o “*craving*”).

Estos tres participantes reconocieron que su consumo se ha incrementado a lo largo del tiempo, específicamente en aquellos que suelen consumir cocaína/crack tanto por la pérdida de sensibilidad ante los efectos como por la dificultad de interactuar con otros cuando no están consumiendo, además de otras complicaciones laborales y familiares. Uno más consideró un aumento severo en su consumo de poppers ya que los considera “necesarios” durante un encuentro sexual.

*Roldán: yo con lo que ahorita si estoy bien enganchado es con el crack y si he tenido consecuencias en mi trabajo, como que a veces estoy más cansado o no rindo igual y pues si mi jefe me ha dicho que qué onda pero nada más.*

*Omar: Y pues a partir de ahí (10 años) comencé a consumir poppers por lo menos cada semana y en algunas ocasiones hasta dos veces por semana, no solo una. El popper siempre me ha gustado y siempre lo uso, incluso hasta para masturbarme siempre lo uso... Y justo por las reacciones que empecé a encontrar a través de la coca la seguí usando más...*

**1.5. Opinión sobre las consecuencias por su consumo.** A pesar de la clara presencia de consecuencias adversas todos los participantes señalaron que si bien se han excedido no se consideran en riesgo de dependencia porque aún pueden considerarse “funcionales”. La justificación para esto es que no se reconocen dentro del perfil típico-estereotipado de “adicto”; es decir, el de aquel sujeto con múltiples complicaciones económicas y sociales y con un acentuado deterioro del aspecto físico (perfil descrito por tres de ellos para diferenciarse). Contradictoriamente, todos señalaron el desgaste físico, la pérdida de peso y las alteraciones del sueño como consecuencias recurrentes.

*Omar: yo como trabajo, generalmente como que no pierdo mis enlaces o mis redes sociales... y como no llego a perderme en el consumo como de que ya no sé nada y solo quiero seguirlo haciendo creo que soy un “adicto funcional”, o sea porque si puedo tener una vida ¿no?*

*Roldán: cuando fumo crack puedo no dormir toda la noche ni el día siguiente y luego cuando ya lo dejo me siento mal, me duele la cabeza y hasta he notado que perdí peso, lo noto en la ropa; de hecho hasta me sorprendí una vez que me di cuenta de que, desde que desperté ya tenía ganas de fumar (crack)... pero si hay veces en que digo ya se acabó el dinero y pues bye.. si ya no traigo dinero ya para que, mejor me voy.*

De manera general sobre la historia de consumo de todos los casos puede inferirse que el uso de sustancias puede estar relacionado con una falta de habilidades sociales para comunicarse e interactuar asertivamente con otros, expresar sus necesidades, regular sus emociones y afrontar situaciones estresantes. Por lo tanto, es posible suponer que para los cuatro hombres el consumo de drogas es percibido como recurso para evadir emociones y sensaciones desagradables a pesar de las consecuencias implicadas ya que son capaces, según sus propias interpretaciones, de controlar su consumo. Sin embargo, tres de ellos presentan claros indicadores de dependencia como el aumento gradual en las dosis para alcanzar el efecto y el aumento en el tiempo invertido para consumir y recuperarse del malestar.

A pesar de que en todos los casos se ofreció retroalimentación de la historia de consumo, señalando estos indicadores encontrados, ninguno consideró necesaria la referencia a centros de atención especializada sobre el consumo ya que lo perciben como acotado y bajo control a pesar de el señalamiento de las consecuencias experimentadas durante sus episodios de abuso, particularmente la baja percepción de riesgo y su disposición para encuentros sexuales sin protección. Sobre esta interacción específica entre el consumo y la sexualidad de los participantes se presenta a continuación la segunda categoría de análisis, siguiendo esta misma estructura.

## **Categoría 2. Prácticas sexuales de riesgo**

Si bien el presente estudio no ahondó en temas específicos de sexualidad como la definición y consolidación de su orientación sexual, la información obtenida permitió ubicar el momento de inicio de la actividad sexual con otros hombres, que en caso de tres participantes tuvo lugar en la etapa de la adolescencia (15-18 años). El cuarto participante reportó haber sido víctima de abuso sexual durante la infancia (5 años) y haber tenido una relación de pareja de los 12 a los 14 años.

Durante la entrevista se consideraron solo aspectos de la sexualidad en relación con la recurrencia a prácticas de riesgo así como las motivaciones y justificaciones para llevarlas a cabo con la intención de indagar específicamente la función que han tenido las drogas durante sus encuentros sexuales. En la tabla 4 se presenta un desglose del contenido de este apartado siguiendo la misma estructura de análisis que la categoría anterior.

Tabla 4  
*Criterios de análisis de la categoría 2: Prácticas sexuales de riesgo*

<b>Expresión de la sexualidad</b>	
Intencionalidad en prácticas sexuales	Experiencias sexuales bajo el efecto de una o múltiples sustancias; argumentos y razones para llevarlas a cabo.
<b>Categoría 2</b> Precipitadores de las prácticas de riesgo	Expectativas de la interacción sexual y consecuencias experimentadas
Clandestinidad	Preferencia por escenarios de encuentro sexual basados en el anonimato.
Estrategias de autocuidado	Estrategias para reducir los riesgos o daños por prácticas de riesgo intencionales

Desglose del contenido de la segunda categoría de análisis, considera cuatro áreas que corresponden a los episodios y/o escenarios en que se suscita el encuentro sexual bajo el efecto de una o varias sustancias.

**2.1. La intensidad y la disposición para participar en prácticas sexuales de riesgo.** En la tabla 5 se presentan las principales prácticas de riesgo reportadas por cada participante así como las justificaciones más recurrentes para llevarlas a cabo siendo el bareback, el uso de aplicaciones y el policonsumo las prácticas afines a los cuatro casos.

Tabla 5  
*Principales argumentos o motivaciones para llevar a cabo prácticas sexuales de riesgo.*

Práctica	Motivos	Ocurrencia por caso			
		P.1	P.2	P.3	P.4
Omisión intencional del condón “bareback”	Mayor placer, adrenalina	*	*	*	*
	Descuido o intoxicación Convencionalismo	*	*	*	*
Múltiples parejas	Sexo ocasional, sin intimidad	*	*	*	*
	Sensación de soledad	*	*	*	*
Plataformas en línea y aplicaciones móviles	Facilitar encuentros con interés afín	*	*	*	*
	Difusión o promoción de eventos	*	*	*	*
Lugares de encuentro (públicos o privados)	Mayor diversión, mayor elección	*	*	*	*
	Curiosidad o negocio	*	*	*	*
Policonsumo	Mayor placer y mejor interacción	*	*	*	*
	Mayor rendimiento, menor inhibición/dolor	*	*	*	*

Recolección de los principales motivos y justificaciones para llevar a cabo prácticas sexuales de riesgo. Se observan similitudes entre los participantes en cuanto a la búsqueda de placer en escenarios sexuales y el alivio de emociones desagradables como tristeza y soledad.

Entre las razones para tales prácticas reportaron el interés o curiosidad surgida por el relato de terceros (amigos, conocidos, otros consumidores) con mayor experiencia asiduos este tipo de prácticas y cuyas experiencias les han resultado atractivas y eróticas; no obstante la principal motivación para llevarlas a cabo tales prácticas es la adrenalina por la transgresión de límites y la prueba de autocontrol en escenarios de riesgo.

*Humberto: yo creo que el consumo o el comportamiento en general de cualquier persona, incluso sexual si va limitado desde algo muy personal, o sea, los límites se los pone cada uno. Entonces yo creo que sí, mientras no se rebese el límite de lo que uno considera "sano... y sé que habrá quien diga que "meterse tres líneas es bien sano" y yo le diría bueno "pero si tienes evidencia física de que no te estás haciendo daño a grados extremos pues tu date".*

*Rafael: Yo insisto, yo no me meto nada, solo los poppers, a veces mota y ya así muy esporádicamente la mentada ketamina y la coca, pero son cosas que muy rara la vez y debo saber con quién y a qué horas y todo.*

Específicamente respecto al consumo, la experiencia sensorial y la experiencia de terceros fueron considerados como razones suficientes para experimentar el uso de drogas con fines sexuales. A partir de su experiencia resaltaron algunas combinaciones específicas para estos fines que son: 1) el uso de cocaína y ketamina por vía rectal para intensificar la excitación sexual y facilitar la penetración, 2) la cocaína y el cristal intercalados para aumentar el rendimiento físico y prolongar un encuentro sexual sin experimentar fatiga o hambre; y 3) el cloruro de etilo y poppers para aumentar la dilatación anal e inhibir el dolor durante penetraciones multitudinarias (orgias) o invasivas (fisting). Sin embargo, son combinaciones que les requieren mayor cuidado en cuanto a la frecuencia y cantidad.

*Omar: por ahí yo había escuchado que al meterse la coca por el ano como es la mucoso y el torrente sanguíneo se absorbe más y te ibas a poner bien... con mucha euforia y con mucha excitación además que te anestesia el ano y si te penetran pues no te duele tanto, pero eso es lo que me habían dicho*

*Rafael: Los poppers por ejemplo lo que hacen también es relajar, son vasodilatadores, lo que hacen es que te ayudan a dilatar cuando introduces el puño (fisting) pero es cuestión de unos segundos; no dura lo mismo que el cristal o la piedra que te dura de 15 a 20 minutos el efecto y te ayudan más*

Partiendo del supuesto de autocontrol sobre las drogas que ingieren, tres de los participantes reportaron combinaciones que consideran "menos riesgosas" ya que no las consideran un problema o dependencia a largo plazo, por ejemplo la combinación entre cocaína y los poppers. Sin embargo, debido a la severidad de las consecuencias todos los casos refirieron que el cloruro de etilo no es una droga fácil de graduar y que si bien representa un alto riesgo por sí sola, este aumenta si se la combina con cualquier otra.

*Omar: (usando cloruro de etilo) ... yo de repente como que todo se perdió, como que perdí la noción y desperté y no sabía dónde estaba... hasta que el chavo me empezó a decir "no como, te pasaste, porque te metiste tanto, me asustas, que mal". Me explicó esto: "es que te metiste mucho cloruro y de repente te desguanzaste, te desmayaste y te quedaste dormido, te movía y pues no reaccionabas, me asustaste..."*

*Rafael: Yo en particular no uso el cloruro ni me gusta que lo usen por lo mismo de que es una sustancia muy fuerte que hace que el cerebro se bloquee y pierdas la noción del tiempo y del cuerpo.*

**2.2. Precipitadores para la incursión en prácticas de riesgo.** Tal como se describió en el punto anterior, la recurrencia al bareback el uso de drogas se justifican como actividades comunes entre sus conocidos y por lo tanto son consideradas como acciones atractivas, gratificantes y placenteras. No obstante, durante las entrevistas surgieron otras razones que los han llevado a exponerse a este tipo de prácticas como la necesidad de aliviar emociones desagradables (soledad y tristeza) que no logran resolver por otras vías; además de la dificultad para sostener relaciones afectivas estables con otros hombres.

*Rafael: (opinión sobre otros) ... La gente yo creo que prefiere seguir sufriendo con sus miedos, con sus prejuicios o con sus cosas que traen emocionales y ven lo otro (sexo y drogas) por el lado grato ¿no? como que "me meto dos o tres líneas me paso una noche rica, me olvido de mis problemas y ya... al día siguiente me descanso, me alimento y sigo una vida aparentemente normal.*

*Humberto: Yo creo que si pueden nacer no desde una emoción negativa, si puede nacer directamente desde un "me la quiero pasar bien porque es viernes" entonces puede ser tal cual "un desestrés" y sí, puede venir también de lugares más oscuros "como el abandono o la depresión" o de que "si yo no me siento acompañado en la vida entonces voy y lo busco ahí en las bolitas (orgias)"*

*Omar: Pues yo creo que sí, desde mi experiencia yo creo que por ejemplo que cuando es viernes y ya vas para la fiesta se siente como alegría, como euforia así como de "ah que rico voy a ir a coger y me la voy a pasar muy bien" y ya que estas ahí es muy rico y muy placentero, es puro placer pero de repente cuando ves "parejitas" que ahí se cogieron y se llevaron bien y ya están en el apapacho y en el beso y dices "ay que rico también" porque a veces no solo quieres coger también quieres esa parte de la erotización y del apapacho y del abrazo y eso.*

La necesidad de establecer lazos afectivos y la búsqueda de pares también fueron expuestas como justificaciones para ceder ante este tipo de prácticas aun cuando no estén del todo seguros o convencidos de asumir el riesgo. Por ejemplo, dos participantes reconocieron haber tenido una relación sentimental con otro hombre consumidor y que por miedo a perder ese vínculo establecido accedieron a probar con sustancias apelando a la seguridad, confianza y protección percibida en la pareja como razones suficientes para ceder.

*Omar: la cocaína y la ketamina si empecé a probarlas con esta pareja.... fuimos a un hotel y de repente empecé a sacar mil cosas y si medio me sorprendí porque nunca manifesté esa parte (siendo pareja) ... sacó cloruro, poppers, tequila, vodka y otras mil cosas, la ketamina y la coca y yo dije "ok.... No me espanto, si me gusta está bien". Y ya de repente el entró al baño y se estaba tardando muchísimo (consumía)... y me dije: "ah ok pues bueno, o sea ya no es mi novio, equis" ...*

*Humberto: a los 12 años yo tenía un novio que era “dealer” ahí en el pueblito donde vivía y nos veíamos casi todos los días, yo me salía de mi casa a escondidas de mi papá y me iba con él y era no bueno, noche entera de desenfreno y drogas porque obvio él tenía todo ahí.*

*Rafael: para llevar a cabo estos juegos (prácticas sexuales invasivas) debes estar a tono; o los dos consumen o ninguno. Yo creo que para el caso del fisting o cualquier otra práctica debes estar entonado, en el mismo tono que la otra persona, ya sea de alcohol u otras drogas para poder comunicarte y jugar.*

**2.3. El placer de la clandestinidad.** Debido a que el bareback es considerado como una práctica recurrente e incluso “convencional” entre la población HSH, se indagó sobre las posibles justificaciones para llevar a cabo dicha práctica, de lo cual se pudo encontrar que existe un atractivo particular en mantener relaciones sexuales sin preservativo, ya sea porque el condón reduce la sensibilidad (impresión sensorial o aversión al condón) o porque resulta más erótico el encuentro cuando el riesgo está presente.

*Rafael: cuando me preguntan o me cuestionan del bareback yo solo les contesto esto “a ver comete una tutsipop con todo y envoltura y dime a que te sabe” ¡o sea!*

Sin embargo, no en todas las ocasiones en que han tenido relaciones sin condón fueron encuentros premeditados o consensuados, lo que implica sentimientos contradictorios como culpa o vergüenza por las posibles consecuencias principalmente para el otro.

*Roldán: una vez nos drogamos tanto y estábamos tan excitados que no usamos condón, no nos acordamos pero ya luego me sentí con mucha culpa y con remordimiento y dije “hijole no sé, qué tal que lo vaya a contagiar o yo me vaya a contagiar de otra cosa” ...*

Durante las entrevistas, surgieron claras referencias a la popularidad de ciertos lugares diseñados para el encuentro exclusivos para hombres que promueven muchas de las prácticas de riesgo ya mencionadas y que además facilitan los recursos y materiales para llevarlas a cabo a un bajo costo.

*Omar: es demasiado barato tener sexo ahí; y aparte creo que en el antro no te dejan consumir drogas ¿no?, entonces ahí (casa de encuentro) es un lugar medio seguro en el sentido de que puedes estar ahí consumiendo y teniendo sexo y disfrutando y por una cooperación de \$100 o sea ni lo que pagas del cover y dos cervezas en un bar.*

Este tipo de escenarios cargados de estímulos sexuales son también conocidos por la garantía de anonimato que les permite relacionarse con otros hombres con prácticas afines en un entorno donde no existen restricciones.

*Humberto: Yo creo que le habla justo a la necesidad carnal, como cuando quiere uno tener sexo fácil solo tiene que ir, y por otro lado esta esta cuestión de confidencialidad o más bien como de cierto anonimato, o sea que no te van a preguntar quién eres ni cuantos años tienes ni a que te dedicas. O sea que no necesitan saber nada de ti para poder estar.... en el contexto en el que me desenvuelvo resulta muy placentero....*

A pesar de la gratificación inmediata, muchas de estas practicas han tenido consecuencias severas en varios de los participantes que han derivado en la exploración de estrategia o vías para reducir el impacto a su salud.

**2.4. Estrategias de autocuidado.** Debido a esta sobreexposición detectada en todos los casos se consideró importante indagar sobre la percepción de riesgo de los participantes a fin de explorar si existen mecanismos o estrategias para regular o contener los daños. Resalta en este punto que todos los participantes “*asumen/reconocen*” que las consecuencias son inminentes y por lo tanto es esperado padecer alguna complicación ocasional que no resulta en una limitante siempre y cuando se tomen algunas precauciones como:

- **La adherencia a un tratamiento antirretroviral.** Tres de los participantes se reconocen como portadores de VIH en tratamiento y bajo control, uno más también esta en tratamiento pero como medida profiláctica. A pesar de conocer su estatus y los riesgos que implica una reinfección, no consideran importante compartir esta información ya que perciben que el virus es una condición común a quienes tienen este tipo de prácticas de riesgo (bareback y drogas) y por lo tanto no deben preocuparse por exponer al otro ni por complicar su situación si se mantienen en tratamiento.

*Rafael: es chistoso porque creo que el 98% que practicamos sexo sin condón tenemos VIH, entonces ya no es tan común preguntar: ¿oye eres portador de VIH? o sea ya es algo sabido. O sea “si coges sin condón es porque tienes el mentado bicho” ... por ejemplo, yo (pausa) yo ya pasé por todas las enfermedades habidas y por haber como gonorrea, sífilis, hepatitis B y C, el VIH que pues lo tengo controlado. Entonces ya no... ¿Qué espero más, no? Ya no he visto una enfermedad más.*

- **Discriminar el aspecto físico de sus posibles parejas sexuales** para evitar otras posibles infecciones. De acuerdo con su experiencia, una forma de protección es evitar el contacto sexual con personas cuya apariencia luce físicamente desmejorada (lesiones en la piel, delgadez extrema, con olores desagradables, etc.), ya que infieren que son portadores de alguna infección no tratada y que por lo tanto pueden ponerlos en riesgo extremo; no obstante que la consideran como una estrategia prejuiciosa y poco fiable todos han recurrido a ella.

*Humberto: Hace dos años estaba yo como en el “nah... condón o no condón, no creo que me pase, creo que puedo yo determinar quién tiene VIH”, ese era mi pensamiento... venía de lo que clásicamente uno tiene en la cabeza ¿no? ... como esta idea de gente muy delgadita, gente con alguna situación como el Sarcoma de Kaposi que se ponen morados, y bueno, o sea sí, pero esa gente no está en un antro, está en su cama porque no se puede ni mover, ahora lo veo así.*

*Omar: Yo generalmente trato de percibir si hay algún tipo de cosa rara (señales de infección) me alejo de esa persona, ya ni siquiera con preservativo. Aunque si he adquirido mil infecciones. Yo he tenido todas excepción de VIH y hepatitis B y C; pero si he tenido sífilis, clamidia, gonorrea, herpes, cóndida, y creo que ya.*

- **Limitar el consumo de sustancias solo para encuentros sexuales planificados**, es decir que tanto el tipo de sustancias como las cantidades a consumir suelen graduarse en función del tipo de encuentro sexual y de las experiencias desagradables experimentadas en el pasado. Además de limitar sus episodios de encuentro a horarios específicos que no interfieran con otras actividades como el trabajo y la familia. Sin embargo, dos casos reconocen la urgencia por consumo recurrente en otros momentos.

*Humberto: En los lugares de encuentro lo que suelo consumir son poppers, son lo más intenso o lo más a lo que me he permitido llegar y si la penetración es más fácil y si hay un éxtasis pero se va tampoco es algo que me dure horas. Es más inmediato, es más de "pasó ahorita y ya" no hay mayor consecuencia.*

*Omar: Por ejemplo, trato de ir un día sí y al otro no y bueno viernes y sábados cuando me desatrampo y es así que he pasado de 10 pm a 11 am toda la noche ahí drogándome y teniendo sexo, cada ocho días. Pero entre semana hay fiestas que son como de 4 pm a 10 pm y si voy trato solo de consumir poppers y estar ahí un par de horas tener sexo y ya.*

De manera similar a lo que ocurre con el consumo en otras áreas de la vida, la percepción de riesgo asociada al consumo con fines sexuales parece estar disminuida debido a que, entre otras razones, la reiterada exposición a las consecuencias los ha llevado a desarrollar estrategias para minimizar el impacto de sus acciones o contener las complicaciones que se presenten sin tener que modificar sus hábitos. E incluso la continua búsqueda de hombres y grupos con los mismos intereses parecen reforzar estas conductas ya que existen espacios diseñados para promover e incentivar prácticas de esta naturaleza.

### **Categoría 3. Recurrencia a lugares de encuentro sexual**

Debido a que durante la recolección de datos se pudo identificar la experiencia de este grupo en espacios específicamente diseñados para el encuentro sexual se expondrá más a detalle en este apartado en qué condiciones se presentan y como se promueven tales lugares, que características tienen y porque resultan tan atractivos para algunos hombres; por lo que se contemplarán cuatro aspectos que los diferencian de otros escenarios sexuales (saunas, cabinas, etc.) por: 1) la adquisición y venta de drogas; 2) la permisividad en cuanto a prácticas de riesgo, 3) la difusión y publicidad de estos espacios; y 4) los riesgos implicados, que también se consideran como parte de la experiencia (tabla 6).

Tabla 6

*Criterios de análisis de la categoría 3: recurrencia a lugares de encuentro sexual*

<b>Escenarios de encuentro HSH</b>	
<b>Categoría 3</b>	<p><b>3.1.</b> Oferta y demanda de drogas</p> <p><b>3.2.</b> Tipos y características del lugar</p> <p><b>3.3.</b> Publicidad de los espacios</p> <p><b>3.4.</b> Sobreexposición</p>
	<p>Uso de redes sociales y aplicaciones móviles para distribución, venta o adquisición de sustancias</p> <p>Logística y permisividad de prácticas específicas</p> <p>Difusión, temáticas de eventos sexuales</p> <p>Violencia, delincuencia, infecciones de transmisión sexual, sobredosis, etc.</p>

Desglose del contenido de la tercera categoría de análisis, considera cuatro áreas que corresponden a las características de los lugares de encuentro diseñados para la interacción sexual entre hombres.

De acuerdo con la experiencia de cada participante, existen diversos escenarios que han sido resignificados con el paso del tiempo como puntos de encuentro para la interacción sexual entre hombres cuya connotación principal es el anonimato y la fugacidad de tales interacciones. Entre otros espacios resaltó uso de saunas y baños comunitarios como puntos de encuentro así como las cabinas eróticas y los cuartos oscuros (espacios privados de luz dentro de antros o bares “gay”. No obstante, en los cuatro relatos pudo rastrearse la presencia de otros puntos de reunión específicamente diseñados para el encuentro sexual que se anuncian y publicitan principalmente por medios electrónicos con permanencia voluntaria y módicas cuotas o “cooperaciones”. A continuación se presentan sus principales características.

**3.1. Oferta y demanda de drogas:** De acuerdo con la experiencia de los participantes el atractivo de estos “clubes privados” es que dentro de sus instalaciones pueden conseguir múltiples sustancias como los poppers, la cocaína o el cristal a bajo costo y sin tener que exponerse a situaciones de violencia o ilegalidad. Por lo tanto, se perciben como fuentes de distribución y consumo en un contexto más relajado.

*Omar: incluso es muy chistoso porque en uno de los clubes que se llama “Club H” el dueño es mi amigo y me dice que si puedo decirle a otro amigo que me consigue los poppers si puede llevarle porque “ya quieren oler los chicos” .... Otro ejemplo: en un lugar que se llama Zipper el consumo de drogas es ¡descarado! Aquí todo mundo se mete coca, aunque los vean, fuman piedra, marihuana, se meten LSD ahí mismo en la sala donde además están tomando, socializando y viendo porno. Incluso se da mucho esto de “compartir”.*

*Humberto: me consta, si yo he ido a una cosa que se llama “fiesta de hombres” o “fiesta de Mixcoac” y la dinámica es que como es una fiesta muy privada en la que puede pasar de todo y pues ya están ahí las drogas o le hablan al dealer o ya hay un dealer ahí instalado, o sea que ya tiene su puestito...*

Además, en contraste con otros espacios de interacción social o de ocio nocturno, estos lugares resultan más económicos ya que tienen cuotas mínimas para el mantenimiento de insumos o de sus instalaciones y la persona puede escoger entre diversas opciones según sus intereses o su presupuesto.

*Omar: Bueno más que manejar una paga no la hay porque no son antros ni nada de eso; son más bien fiestas organizadas y le llamas “cooperación” que es cooperar para las bebidas y todo esto; esta cooperación es generalmente como de \$150... algunas desde \$80-\$100 aunque también hay unas con promociones como de \$60 los lunes y cosas así y en todas siempre te dan cosas como vodka tequila refresco agua, hielos etc.*

A pesar de que la adquisición y venta de drogas es parte del atractivo de estos espacios, diversos clubes no permiten el acceso a sus instalaciones de ciertas drogas como el cloruro de etilo debido a las complicaciones que implica su consumo y por el riesgo al que se enfrentan quienes las organizan.

*Omar: una vez platicando con el dueño (de un club) sobre estas experiencias con el cloruro me contó de un chico que se puso muy mal y por lo que en ese club el consumo de cloruro está prohibido... Incluso si ven que traes algo, porque en la entrada te quitas la ropa y la dejas ahí en la entrada en una bolsita pues es fácil saber si traen algo como el lubricante y el popper y si pues a los que tienen cloruro les dicen que no*

**3.2. Características de los lugares de encuentro:** además de la alta disponibilidad de sustancias, la permisividad ante el consumo y la garantía de anonimato dentro de estos escenarios, los participantes del estudio dieron cuenta de otras características que los han vuelto cada vez más populares y concurridos por otros HSH, entre ellas:

- Los horarios de apertura y la duración de los eventos y fiestas sexuales pueden extenderse entre 6, 12 y 24 horas o más dependiendo el día de la semana y el aforo presente; o sea que, entre más cercano sea un evento al fin de semana mayor demanda y duración tendrá. Esto permite a la persona elegir entre diversos eventos según sus posibilidades de tiempo sin afectar otras actividades cotidianas.

*Omar: Por ejemplo, trato de ir un día sí y al otro no y bueno viernes y sábados cuando me desatrampo y es así que he pasado de 10 pm a 11 am toda la noche ahí drogándome y teniendo sexo, cada ocho días. Pero entre semana hay fiestas que son como de 4 pm a 10 pm y si voy trato solo de consumir poppers y estar ahí un par de horas tener sexo y ya.*

- Si bien dentro de estos escenarios no existe garantía de seguridad física ni material para los asistentes por parte del personal que administra estos clubes si es posible resguardar prendas y objetos materiales (carteras, celulares, etc.) en lockers o guardarropas ya incluidos en el “cover” ya que en muchos de estos espacios la interacción suele darse al

desnudo o en ropa interior. Dadas estas condiciones es probable exponerse a robos o asaltos, más aún cuando están ya intoxicados.

*De hecho, si ha habido historias de que se han metido a robar estas fiestas, como toda tu ropa la guardan en una bolsa y entras en ropa interior pues obvio dejas en la bolsa la cartera, las llaves del coche, etc. Yo por ejemplo no dudaría que alguien que fue a ver que hay en estas fiestas se dio cuenta que había oportunidad ya después fue con su banda y se llevaron todas las bolsas.*

Teniendo en cuenta estas implicaciones, todos los participantes reconocieron que es cuestión de cada uno si accede o no a cualquiera de las prácticas posibles dentro de estos escenarios lo que da cuenta nuevamente de que el riesgo es asimilado como propio. Por lo tanto, el placer resultante de la elección de experimentar o ceder ante ciertas propuestas se parece ser percibido como erótico y gratificante a pesar de las posibles consecuencias.

*Humberto: (opinión sobre reuniones masivas) ... yo creo que es la difuminación de las prácticas sexuales, o sea como esta cuestión de que no es como sexo gay sino también como sexo bisexual, es también como esta situación de "todos contra todos". Entonces eso fue lo que más dije "esta chido que lo hagan" pero no esta tan padre que lo hagan en ese estado "tan extasiado o tan explotado o sea como tan sacado a huevo por la sustancia"*

- Si bien la garantía de salud tampoco esta presente en estos espacios, ninguno de los participantes consideró el riesgo de exposición a ITS como una limitante ya que ni los administradores de estos clubes ni sus asistentes consideran la salud de otros debido a que "el que entra ahí sabe a qué va"; es decir que de manera implícita se da por sentado que todos entienden las implicaciones; lo que para algunos asistentes supone una mejor experiencia ya que pueden obviar u ocultar su propio estatus serológico.

*Omar: Pero por ejemplo un lugar que si es muy caro es uno que se llama "El Chikero" y ese lugar si cobra \$200. Es un lugar si bastante grande, muy bonito, este... de dos pisos, pues con instalaciones muy "locochonas" muy como de película porno o no sé, está muy padre en el sentido físico, pero ahí si es un lugar específico para "bareback" y es sorprendente porque caben como hasta 400 personas*

- A pesar de que en todos los casos se argumentó que este tipo de actividades son comunes entre la "comunidad gay", no suelen compartir sus experiencias por temor a ser juzgados; por lo que han optado por mantener redes sociales paralelas basadas en criterios como de seguridad o conveniencia dependiendo el tipo de interacción buscada ya sea afinidad social o sexual.

*Omar: o sea de repente pasa que con alguien tienes sexo muy rico o placentero que te gustó y pues si puedes intercambiar tu teléfono. Yo por ejemplo tengo muchos contactos que he conseguido ahí con los que luego me llamo y nos quedamos de ver ahí (casa de encuentro) y tenemos sexo.*

*Rafael: Yo creo que es como dice el dicho ¿no?, que "los amigos se cuentan con los dedos de la mano" .... entonces esto del cine o las cosas distintas al sexo son de amigos más íntimos, más cercanos y los amigos de prácticas sexuales son precisamente para eso, "para tener sexo y se acabó"*

**3.3. Publicidad:** A través del uso de plataformas en línea como Twitter y Manhunt (entre otras) donde no existe censura ni restricción en cuanto al material compartido se publicitan fiestas o reuniones a las que cualquier interesado puede acudir libremente a reserva del tipo de público que se busque siendo las características físicas o el estatus económico los principales criterios de exclusión.

Según sus propias experiencias, a través de estas plataformas pueden anunciarse fiestas o promociones especiales según las particularidades o intereses sexuales de los asistentes; por ejemplo temáticas “twinks” (para captar jóvenes mayores de edad pero de apariencia pueril); “osos” (para hombres robustos o corpulentos); “reuniones bareback” (específicamente para quienes llevan prácticas sexuales sin condón, en ocasiones sin considerar la edad), etc.

*Omar: cuatro de estas casas que conozco su temática es “bareback”; o sea sexo sin condón, y aunque de repente si hay algunos que lo usan, la mayoría ahí vamos y no usamos.... en algunas casas manejan temáticas como las de onda leather o sadomasoquistas que son de sexo más fuerte o más rudo ahí está este rollo como del “amo y esclavo” pero también es en ropa interior y hay consumo de drogas y así. Algunas otras temáticas son como que solo puedes entrar desnudo, o hay temáticas para “osos” que son personas como más gorditas está la del “día de los barbudos” o de “los vergones” y sí, o sea, tratan de variarle.*

También fueron referidas algunas aplicaciones móviles, cada vez más populares, como Grindr y Hornet (entre otras menos referidas) en las que además de contactar con otros hombres de manera más inmediata y acordar encuentros sexuales furtivos se puede señalar la preferencia por el uso de drogas mediante códigos de palabras y símbolos gráficos.

*Roldán: la mayoría de la gente te saluda así de hola y te pregunta que haces ahí si no lo pones en tus intereses en tu perfil y ya no falta que te envíen fotos sexuales y te pregunten si quieres sexo o si te gustaría que se conocieran... y en cuanto al consumo a veces pueden poner la palabra “dulces” y lo más común es que se refieran a la cocaína el crack y la marihuana*

*Humberto: yo me entero de la mayoría de estos lugares por mis amigos, porque mis amigos tienen contactos que van o porque ellos mismos van... pero eventualmente en las redes sociales como “Grindr” y “Hornet*

*Omar: cada vez más interés porque antes eran más “clandestinos” porque ahora ya tienen página de Twitter, de Facebook, tienen su grupo se WhatsApp; ahora ya se promocionan más estas fiestas y te invitan. Y por ejemplo al principio yo solo conocía como 2 o 3 fiestas, pero ahora hay más de 20 (casas de encuentro) y ahora ya hasta en todos los estados hay.*

Si bien los cuatro casos compartieron este tipo de experiencias, solo uno de los participantes reportó una variación a este tipo de encuentros privados o exclusivos refiriendo su conocimiento sobre eventos musicales/sociales creados bajo un discurso inclusivo y de apertura a la expresión de la sexualidad que no obstante también le han resultado espacios de consumo y encuentro sexual con múltiples parejas.

*Humberto: Estos espacios se dan una vez al mes y que se publicitan por “Facebook” bajo esta visión como “muy cosmopolita o muy millennial o muy nueva” que le copia un poco el sistema a las fiestas de Europas en las que invitan dj’s y así... Son fiestas donde el concepto guía es la inclusión de todas las formas de energía sexual y ahí si es una orgía masiva en la que entran drogas y no nada más comunidad gay, sino además entre bisexuales... En estas fiestas hacen tres cuartos oscuros, uno heterosexual, uno bisexual y uno gay y al final uno puede pasar a cualquiera, no hay ningún filtro ni una exclusión porque lo que si hay es mucha droga y mucha desinhibición.*

**3.4. Sobreexposición intencionada:** Tal como se mencionó anteriormente cada uno de los participantes reportó haber experimentado diversas consecuencias; sin embargo, el impacto a la salud, el desgaste físico excesivo y la inestabilidad emocional se presentaron en todos los casos como resultado de haber participado en una sesión sexual bajo el efecto de múltiples sustancias; por lo que en la tabla 7 se presenta un listado de las principales consecuencias experimentadas dentro de este tipo de espacios.

Tabla 7  
*Consecuencias adversas debido al consumo de sustancias durante un encuentro sexual*

<b>Consecuencias experimentadas por caso</b>				
<b>Consecuencias</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>
Pérdida de memoria	*		*	
Exposición a ITS	*	*	*	*
Violación			*	
Bajo rendimiento	*		*	*
Ausentismo laboral	*			*
Pérdida de redes sociales				*
Alteraciones del sueño	*	*	*	*
Fatiga y cansancio	*	*		*
Alteraciones emocionales	*	*	*	*

Recolección de experiencias desagradables y consecuencias experimentadas por cada caso asociadas al uso de drogas en entornos sexuales.

Si bien solo uno de los casos reportó haber sido víctima de una agresión sexual esta tuvo lugar en un contexto diferente al encuentro intencionado en espacios multitudinarios; no obstante todos los participantes reconocieron haber presenciado escenas en las que un tercero fue abusado por una o varias personas estando intoxicado, un hecho que reportaron como frecuente.

*Omar: por ejemplo yo he visto en las “orgi-fiestas” y que están ahí acostados y pues los penetran y los terminan pues violando y obviamente se vienen adentro de ellos sin condón, o sea si esta fea esa cuestión del cloruro.*

Las alteraciones de la memoria y las alteraciones del estado de conciencia solo fueron experimentadas en dos casos; sin embargo todos ellos han presenciado a otros hombres intoxicados que han sufrido desmayos, lesiones entre otras complicaciones.

*Rafael: Ahora ya dentro del juego (fisting), como te decía, se usan sustancias como el mentado cristal, poppers, “la keta”, etc., aunque eso te va a traer ciertas consecuencias como no descansar, no tomar alimentos porque esas drogas quitan el hambre y que por muchas de ellas tengas alucinaciones e inclusive desmayos y pérdidas de las nociones como con el mentado cloruro que siempre está por ahí.*

Tal como puede apreciarse en la tabla, en todos los casos hubo afectación del estado emocional luego de un encuentro sexual inducido por sustancias; no obstante, los cuatro hombres reconocieron que estas alteraciones emocionales son recurrentes e intensas también fuera de entornos de consumo, por lo que puede suponerse que a pesar de ser interpretada como un practica gratificante y placentera, existe también una marcada necesidad de aliviar emociones desagradables.

*Rafael: desde mi punto de vista y por la poca experiencia que llevo en esto; aquí entran varios factores muy claros, creo que la droga tapa algo emocional, yo creo que es entre el 90 o 95% de las personas quieren tapar algo tal vez un desamor o que la familia no esté cerca, que el trabajo esté mal, que no tengan dinero, etc.*

A manera de cierre la tabla 8 presenta una síntesis de las características del consumo de drogas con fines sexuales rastreadas a través del relato de los cuatro participantes, tal como puede apreciarse, las condiciones en que estos encuentros se llevan a cabo existen una clara desestimación del riesgo implicado al incurrir deliberadamente en prácticas de riesgo. En resumen, parecer ser que los cuatro hombres entrevistados han tenido una práctica similar a lo que reporta la literatura internacional; una suposición que será discutida en el siguiente apartado.

Tabla 8  
Características del fenómeno “ChemSex” o “sexo inducido por sustancias”

Sexo inducido por sustancias “ChemSex”		No. de casos	
CARACTERÍSTICAS	Policonsumo de sustancias	<b>Estimulantes del SNC</b>	<b>4</b>
		<b>Depresoras del SNC</b>	<b>3</b>
		Anestésicos disociativos	2
	Prácticas sexuales de riesgo	<b>Bareback</b>	<b>4</b>
		<b>Múltiples parejas</b>	<b>4</b>
		Prácticas invasivas (fisting)	1
	Aplicaciones móviles y redes sociales	<b>Plataformas en línea</b>	<b>3</b>
		<b>Aplicaciones móviles</b>	<b>4</b>
		Compra/veta sustancias	2

La tabla reporta la ocurrencia de casos en cada una de las prácticas de riesgo que integran el fenómeno “ChemSex”

## Discusión

Si bien la literatura disponible en México sobre las conductas de riesgo en población HSH permiten afirmar que el abuso de sustancias es uno de los principales factores de riesgo ante la infección del VIH debido a la pérdida de juicio o la falta de autocontrol derivadas de una intoxicación, esta interacción ha sido mayormente expuesta como incidental. Sin embargo, existe evidencia internacional de que la sobreexposición a situaciones de riesgo bajo el efecto de las drogas también puede considerarse intencional, como en el caso del ChemSex. Debido a la dificultad para hallar estudios sobre el tema en nuestro país, la presente investigación tuvo como objetivo explorar las características del consumo de drogas durante encuentros sexuales en un grupo de hombres a partir de su propia experiencia en escenarios o condiciones de riesgo.

A través del rastreo y análisis de episodios de consumo de los cuatro participantes pudo corroborarse que todos ellos han incurrido reiterada e intencionalmente en situaciones de riesgo ya que los cuatro reconocieron haber utilizado múltiples drogas estimulantes o disociativas durante sus encuentros sexuales con una o más parejas con finalidad de prolongar e intensificar el placer a pesar de las consecuencias, estableciendo contacto con otros hombres principalmente en lugares de encuentro sexual o mediante aplicaciones móviles. Este hallazgo permite evidenciar la presencia de una práctica similar a lo reportado en otros países como ChemSex dado que cumplen con todas las condiciones que la delimitan como práctica con intenciones particulares.

A partir del relato de estos episodios fue posible indagar sobre las expectativas e intenciones de los participantes para llevar a cabo encuentros “ChemSex” lo que permite hacer algunas inferencias sobre las motivaciones para incurrir en este tipo de práctica; ya que contradictoriamente a la justificación de libertad sobre la sexualidad y la exportación de fuentes de placer, las condiciones en que llevan a cabo sesiones de consumo con fines sexuales revelaron que parece funcionar más bien como recurso inmediato para aliviar estados disfóricos.

En todos los casos quedó clara la presencia recurrente de emociones desagradables como estrés, tristeza y soledad, acompañadas de una baja autoestima y una acentuada dificultad para expresar asertivamente sus necesidades y para vincularse afectivamente con otros hombres. Todo esto asociado a la configuración de creencias e ideas irracionales sobre la imagen, la salud y la sexualidad.

La justificación convencional de que por *“por naturaleza los hombres son más sexuales”* pueden dar cabida a la adopción de un estilo de vida más laxo respecto a la sexualidad, dando pie a una mayor actividad sexual como forma de relacionarse con otros hombres; sin embargo, parece que esta disposición no permite generar vínculos de intimidad por la fugacidad de tales encuentros; que de nuevo se afianzan en otras ideas estereotipadas como que *“entre hombres es más difícil tener una pareja estable”* dando por sentada que la infidelidad o la falta de compromiso son parte de la experiencia de ser hombres. Siguiendo esta lógica, se pueden observar el impacto de estas ideas sobre la expresión de su sexualidad respecto a la “normativa heterosexual”, ya que la recurrencia a lugares de encuentro sexual garantiza el cumplimiento de estas ideas sin tener que entablar vínculos afectivos.

Otra fuente de insatisfacción detectada y que aumenta la disposición a prácticas de riesgo fue la presencia de ideas irracionales y estereotipos sobre el aspecto físico y el estatus económico per parecen excluir a quienes no cumplan con tales estándares de belleza o de solvencia. Por tanto, una forma de mitigar el impacto emocional por este rechazo puede ser la recurrencia a lugares clandestinos cuyo diseño favorecen o aumentan la probabilidad de contacto sexual a pesar de sus supuestas limitaciones; en muchas ocasiones orillándolos a acceder a prácticas de riesgo por miedo a otro rechazo o por la necesidad de reconocerse dentro de un grupo. Esta cuestión evidencia también la presencia de juicios y actos discriminatorios entre pares.

Como bien se señaló anteriormente, otra de las características del ChemSex es la promoción de relaciones o interacciones efímeras con otros hombres sin que necesariamente haya algún compromiso o intimidad; lo que da auge a otras ideas o creencias erróneas sobre su estilo de vida, como que *“todos los que buscan esos riesgos es porque ya saben las consecuencias”*; por lo tanto, seguridad y la salud propia o de terceros quedan relegadas. No obstante, esta continua desconexión emocional a la que suelen someterse supone también el agravamiento de otras emociones desagradables como culpa y vergüenza por la intensidad de sus prácticas o la severidad de sus consecuencias, lo que contradice esta supuesta *“adopción del riesgo”*.

Sobre esta misma asunción paradójica, surgen otras justificaciones como que *“el riesgo es inminente”* y que por lo tanto inevitable, lo que los ha obligado a generar estrategias compensatorias más que preventivas, como la elección de parejas sexuales por su aspecto físico o estatus serológico (VIH+) para mantener encuentros de riesgo o compartir parafernalia.

Este comportamiento permite apreciar una marcada desestimación del riesgo frente a infecciones como el VIH debido a que ya no lo consideran como una “enfermedad mortal” sino una condición de salud que puede atenderse y controlarse con mayor efectividad actualmente, lo que los ha llevado a tomar medidas cada vez más laxas respecto a su salud, como la disposición al bareback que suele ser considerada como una practica atractiva y erótica. Sin embargo, parece tener otras connotaciones más bien autodestructivas sobre todo en aquellos casos que ya son portadores del virus, quienes no consideraron importante compartir ni indagar sobre la salud de otros más allá de lo aparente, quienes además suelen utilizar las drogas como forma de evadir esa responsabilidad. Esta suposición podría sustentarse en el miedo al rechazo, la vergüenza o el enojo por su diagnóstico; lo que implicaría un mayor desgaste físico y por ende mayor afectación de la salud mental.

Además de todo lo anterior, las condiciones en que suelen llevar a cabo sus prácticas agravan la dificultad para entablar relaciones duraderas ya que no existe una vía de comunicación asertiva para expresar sus necesidades dentro o fuera del escenario sexual; en uno por la intención de anonimato y en el otro por temor a ser juzgados. Esta disparidad supone la necesidad de mantener redes sociales disociadas o en paralelo; es decir que se han visto forzados a configurar y diferenciar sus grupos sociales en función de las ganancias o sus necesidades más inmediatas; teniendo por un lado contactos para el ChemSex a quienes no consideran cercanos; al tiempo que procuran mantener y reforzar otras redes sociales de mayor intimidad en las que priorizan el compromiso y el afecto. Sin embargo, ninguna de estas dos redes parece garantizar la confianza para compartir sus experiencias y menos aún para expresar sus emociones, lo que a su vez podría aumentar el malestar emocional que pretenden mitigar con el consumo de sustancias y la recurrencia a lugar de encuentro en búsqueda de otros hombres en igualdad de circunstancias.

### **Conclusión**

Gracias a la elección de una metodología cualitativa como estrategia de acercamiento a la población HSH fue posible observar y describir las condiciones en que suele darse el consumo con fines sexuales en un grupo de hombres, quienes dieron cuenta de los múltiples factores que intervienen en su toma de decisiones a través del relato de sus propias experiencias.

Si bien en todos los casos se justificó la incursión en escenarios de riesgo como una acción deliberada asociada a una expectativa de adrenalina y de placer; las condiciones en que suelen llevar a cabo prácticas como el “Chemsex” permiten suponer que estas corresponden más bien al alivio inmediato de emociones o situaciones desagradables relacionadas con su autoestima, su sexualidad y el contexto en que se desenvuelven. Sin embargo, no es posible aseverar que esta sea la principal motivación debido a las limitaciones del estudio, por lo que resulta vital aumentar el número de casos con diversidad en la edad, estrato económico y nivel académico hasta saturar la muestra para dimensionar adecuadamente la magnitud del fenómeno, los posibles precipitadores y sus consecuencias a largo plazo.

En relación con la muestra es necesario contemplar otras limitaciones como la dificultad de acceso a la población por la clandestinidad y anonimato de ciertas prácticas e incluso la desconfianza de la población para abordar estos temas por miedo al rechazo, al juicio de terceros o la incapacidad del investigador para comprender ciertos escenarios. Además que resulta vital la medición a década de indicadores de riesgo en salud mental para ansiedad, depresión y dependencia a las drogas para establecer o determinar un perfil más adecuado.

Tal como se aprecia en los resultados expuestos, durante las entrevistas surgieron otras problemáticas crecientes entre la población HSH mexicana que requieren mayor atención dadas sus implicaciones sociales como la pérdida de interés por el autocuidado y una actitud más apática respecto a la prevención de infecciones de transmisión sexual, lo que implica una exhaustiva revisión de las estrategias de intervención psicológica diseñadas para este grupo de la población en temas como la reducción de daños y la prevención de ITS.

Durante la construcción de este proyecto surgieron múltiples dudas respecto a la supuesta “intencionalidad” de ciertas prácticas dado que la severidad de las consecuencias no empata con la recompensa o gratificación obtenidas de tales encuentros en ninguno de los relatos, lo que hace suponer que la población HSH puede estar experimentando otros conflictos de fondo que incitan o agravan mecanismos de enfrentamiento disfuncionales o autolesivos y que no están siendo atendidos o considerados en adecuadas proporciones.

Considerando lo anterior surgieron nuevas interrogantes que pueden ser consideradas para futuras investigaciones como: ¿en qué medida difiere el consumo de drogas en población HSH de

otros sectores de la población?; ¿existen variables o condiciones particulares que agraven el consumo en este grupo?; en los casos donde la exposición al riesgo es recurrente ¿qué los lleva continuar en este tipo de prácticas a pesar de las consecuencias?; ¿Qué impacto tiene la adopción de un estilo de vida de riesgo en hombres más jóvenes?; ¿habrá necesidad de monitorear y regular los espacios de encuentro sexual para hombres? Y sobre todo ¿la presencia de prácticas como el ChemSex están siendo consideradas por los programas de reducción de daños dirigidos a población HSH?, ¿existen indicadores o mediciones de este fenómeno? Y por lo tanto ¿quiénes nos dedicamos a la atención y prevención de adicciones estamos preparados para abordar casos donde la sexualidad está directamente implicada en el consumo?

Lo más valioso de todas estas interrogantes es que evidencian la necesidad de continuar la investigación sobre el tema dado que el consumo con fines de recreo sexual entre hombres es un tema mucho más complejo y que difiere de otras prácticas por una intrincada serie de expresiones y códigos particulares; y que además varía en cuanto al nivel de exposición y la severidad de las consecuencias entre sus participantes.

Aun cuando el estudio haya dado cuenta de casos donde la exposición es intencionada esto no implica necesariamente la omisión de estrategias de intervención médica y psicológica para la población puesto que, aún con las imitaciones del estudio fue posible apreciar un marcado distanciamiento entre la población y las instancias de salud puesto que en ocasiones la misma persona se restringe el acceso a los servicios de salud por miedo o vergüenza por sus acciones; no obstante la falta de información fiable y la presencia de estigmas por parte del personal médico también pueden reducir las posibilidades de intervención en los casos que lo ameritan.

Por lo tanto, una última consideración del estudio es continuar la descripción y análisis de la población HSH en su propio entorno para comprender más a fondo como se originan y porque se mantienen conductas de riesgo o autolesivas a fin de diseñar intervenciones mejor focalizadas basadas en las características y las necesidades de la población actual.

*Por último, quiero expresar mi profundo agradecimiento a los cuatro hombres que valientemente accedieron a contar sus experiencias con total disposición y apertura al diálogo ya que sin ellos nada de esto hubiera sido posible...*

## Referencias

- Ávila, R; Casero, P; Cetó, J; P, Fernández-Dávila; Roca-Balagué, S; Mora, R; y Villegas, L. (2017). ChemSex Support. Una respuesta desde y para la comunidad LGTB+. STOP SIDA. Recuperado de: <https://chemsex.info/wp-content/uploads/2018/02/chemsex-dossier.pdf>
- Baruch, R; Barra, A y González, B. (2015). Reporte de Resultados de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Población LGBTI en México 2015. *Espolea A. C.* Recuperado de: [http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/resultados\\_encuesta\\_lgbt\\_2015.pdf](http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/resultados_encuesta_lgbt_2015.pdf)
- Baruch, R. (2014). La epidemia del VIH entre hombres que tienen sexo con hombres en México: el caso del bareback. *Espolea A. C.* México. 36 p. Recuperado de: <http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/vj-baruch-bareback.pdf>
- Bauermeister J; Carballo-Diéguez A; Ventuneac, A; & Dolezal, C. (2009). Assessing motivations to engage in intentional condomless anal intercourse in HIV risks contexts among men who have sex with men. *AIDS education and prevention.* 21:156-168. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19397437>
- Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres Rueda, S. y Weatherburn, P. (2014). The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham. *London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine.* Recuperado de <http://www.sigmaresearch.org.uk/chemsex>.
- Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres Rueda, S. y Weatherburn, P. (2017). Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behavior among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sex Transm Infect.* 91:564–568. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26163510>
- Cáceres, C. (2004). Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y Caribe: una revisión de la experiencia regional. *Saúde Pública* 20(6):1468-1485. Recuperado de: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd0170.pdf>
- Coll, J; y Fumaz, C. (2016). Drogas recreativas y sexo en hombres que tienen sexo con hombres: Chemsex, riesgos, problemas de salud asociados a su consumo, factores emocionales y estrategias de intervención. *Enfermedades Emergentes.* 15(2): 77-74. Recuperado de: [www.enfermedadesemergentes.com](http://www.enfermedadesemergentes.com)

- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2015). Informe del Uso de Drogas en las Américas. Recuperado de:  
<http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3209>
- Consejo Nacional contra las Adicciones (2008) Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables. Guía para el promotor de "Nueva Vida". Recuperado de:  
[http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva\\_vida/prevad\\_cap1.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap1.pdf)
- Estrada-Monyoya, J. (2014). Hombres que tienen sexo con hombres (hsh): reflexiones para la prevención y promoción de la salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá, 13 (26): 44-57
- Fernández-Dávila (2016). “Sesión de sexo, morbo y vicio”: una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España. *Revista Multidisciplinar del Sida*. 4(7):41-65. Recuperado de:  
[http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth\\_ESP.pdf](http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf)
- Fernández-Dávila, P; Folch, C; Galán, V; Ibar, M; Roca i Tutusaus, X; Teira, N; Villegas, L; Majó, I; Roca, X; y Charabona, J. (2017). ChemSex: motivos para consumir drogas y tener sexo en hombres gays y bisexuales de la ciudad de Barcelona. Recuperado de:  
[https://www.researchgate.net/publication/317871008\\_ChemSex\\_Motivos\\_para\\_consumir\\_drogas\\_y\\_tener sexo\\_en\\_hombres\\_gays\\_y\\_bisexuales\\_de\\_la\\_ciudad\\_de\\_Barcelona](https://www.researchgate.net/publication/317871008_ChemSex_Motivos_para_consumir_drogas_y_tener sexo_en_hombres_gays_y_bisexuales_de_la_ciudad_de_Barcelona)
- Glaser, B; & Strauss, A. (1967). The discovery of Grounded theory: Strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing.
- Hernández, J. (2017). ChemSex y hepatitis C. Una guía para profesionales sanitarios. *Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH)*. Barcelona. 84 p. Recuperado de:  
[http://gtt-vih.org/files/active/0/Chemsex\\_guia\\_junio\\_2017\\_web.pdf](http://gtt-vih.org/files/active/0/Chemsex_guia_junio_2017_web.pdf)
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco ENCODAT, Recuperado de:  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO\\_DE\\_DROGAS.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf)
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. NIDA. (2008). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Recuperado de:  
[https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa\\_spanish.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf)

- McCall, H., Adams, N., Mason, D. y Willis, J. (2015). What is chemsex and why does it matter? *British Medical Journal*, 351, h5790. doi:10.1136/bmj.h5790.
- Moncrieff, M (2014). London Friend, Antidote. Out of your mind. 2014. Recuperado de: <http://londonfriend.org.uk/wp-content/uploads/2014/06/Out-of-your-mind.pdf>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2016). Informe Mundial sobre las Drogas. Recuperado de: [https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR\\_2016\\_ExSum\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf)
- Organización de los Estados Americanos OEA. (2013). El problema de las drogas en las Américas: Drogas y Salud Pública. Recuperado de: [http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth\\_ESP.pdf](http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Datos y cifras sobre VIH/SIDA. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). “La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria”. Recuperado de: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_screening\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública. Recuperado de: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia\\_drogas\\_web.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia_drogas_web.pdf)
- Pufall E; Kall M; Shahmanesh M; Nardone A; Gilson R; Delpech V; Hard, H. (2018) Sexualized drug use (Chemsex) and high-risk sexual behaviours in HIV positive men who have sex with men. *HIV Medicine*19, 261--270 Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hiv.12574>
- Quecedo, R; y Castaño, C. 2002. Introducción a la metodología de investigación cualitativa *Revista de Psicodidáctica*, 14: 5-39. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/175/17501402.pdf>
- Restrepo-Ochoa, A (2013). La Teoría Fundamentada como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las Representaciones Sociales. *CES Psicología*. 6:1, 122-133. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539419008.pdf>
- Rodríguez, G; Gil, J; & García, E. (1996). Metodología de la investigación cualitativa, Ediciones Aljibe, 363 p.

- Shernoff, M. (2006). Condom less Sex: Gay Men, Barebacking, and Harm Reduction. En:  
Luna, D. (2010). Evaluación actitudinal y conceptos asociados al Bareback en hombres que tienen sexo con otros hombres en la Ciudad de México. *Revista Salud & Sociedad*. 1:1, 41-50. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4016428.pdf>
- Strauss, A, & Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada (1. ed.). Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- SS/CENSIDA. (2014). Dirección de Investigación Operativa, con base en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH y SIDA (SS/DGE/SUIVE). Recuperado de: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L\\_E\\_V\\_S.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf)
- Tavera, S; Martínez, M. (CONADIC). Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. Guía para el promotor de "Nueva Vida de: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva\\_vida/nv1e\\_preencion.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_preencion.pdf)
- Valverde, O.; Solano, C.; Alfaro, J.; Rigioni, M.; Vega, M. (2001). Adolescencia, protección y riesgo en Costa Rica: Múltiples aristas, una tarea de todos y todas. Encuesta Nacional sobre Conductas de Riesgo en los y las Adolescentes de Costa Rica. Recuperado de: [https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/derechos%20humanos/jovenes/en\\_cnalriesgoadol.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/jovenes/en_cnalriesgoadol.pdf)

## **Anexo 1. Consentimiento informado**

TÍTULO DEL PROYECTO:

### **USO INTENCIONAL DE DROGAS DURANTE ENCUENTROS SEXUALES DE RIESGO ENTRE HOMBRES. ESTUDIO EXPLORATORIO**

RESPONSABLE: Lic. Miguel Angel Jurado Ferrer

TUTOR: Mtra. Guillermina Natera Rey

#### **1. OBJETIVO DEL ESTUDIO**

Indagar sobre el consumo de drogas, así como la percepción de riesgo entre el consumo y la conducta sexual de riesgo en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH).

#### **2. INFORMACIÓN ACERCA DE LA ENTREVISTA**

La entrevista a la que fue invitado a participar tiene como finalidad conocer su opinión sobre el consumo de drogas, así como la percepción de riesgo entre el consumo y la conducta sexual de riesgo bajo el efecto de las drogas; durante la sesión se le preguntará sobre determinadas situaciones relacionadas con el uso de sustancias, la percepción de riesgos y la función de las sustancias en sus encuentros sexuales. Esta sesión será audio-grabada para el análisis correspondiente, la información recabada será utilizada únicamente con fines de investigación con la intención de explorar algunas conductas de riesgo y poder diseñar estrategias de intervención efectivas en población HSH

#### **3. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS**

Los datos que se obtengan de su participación serán analizados según los objetivos del estudio, siempre garantizando la plena confidencialidad de su identidad y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos. Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la entrevista usted decide ya no participar puede informarlo al entrevistador y se dará por terminada la sesión, sin ningún tipo de inconveniente.

#### **4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Habiendo leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, y después de explicarme la finalidad del estudio, yo \_\_\_\_\_ CONSIENTO participar en la grabación de esta entrevista y que la información que se derive de mi participación sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el documento; siempre y cuando mis datos personales sean protegidos en todo momento.

Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

---

Firma del participante

## Anexo 2. Estructura de la entrevista

### 1 era. Parte: Información sobre las sustancias (historia de consumo)

- Generalidades sobre las drogas:

#### Opinión general

- Sobre el consumo de drogas
- Sobre los riesgos asociados al consumo de drogas
- Sobre su propio consumo
- Sobre el riesgo percibido entre su consumo y las posibles consecuencias

- Progresión del consumo (EPISODIOS):

#### Primer contacto con las drogas en función de:

- Contexto: Sustancia, edad, grupo
- Razones para experimentar
- Consecuencias percibidas (\*/-)

#### Interacción con otras sustancias

- Razones para probar nuevas sustancias
- Sensaciones percibidas
- Grupo y contexto de consumo

#### Percepción de su consumo

- Función de la droga (s)
- Expectativas asociadas

- Relación (percibida) entre su consumo actual y los riesgos asociados

#### Escenarios para el consumo (variaciones, grupos, contexto)

#### Prácticas y rituales para consumir/mezclar sustancias

#### Percepción de riesgo-gravedad (**EJEMPLOS/ANÉCDOTAS**)

- Consecuencias físicas
- Consecuencias sociales
- Conducta sexual de riesgo

## 2da. Parte. Interacción entre el consumo y la conducta sexual

### Prácticas de riesgo

- Interacción entre el consumo y la conducta sexual (EPISODIO/ANÉCDOTA)
  - Descripción del escenario de consumo
    - Características del lugar de encuentro (privacidad, legalidad, clandestinidad, características de los usuarios,)
    - Emoción percibida o esperada (EXPECTATIVAS)
      - Razones para la práctica de riesgo
      - Sensaciones/reacciones esperadas
      - Redes de contacto para consumo-sexo
  - Consecuencias potenciales como:
    - Opinión sobre ITS
    - Presencia de una o más (Apartado “B”) \*
    - Sobreexposición y violencia
- Impacto percibido a la salud
  - Justificación para la práctica intencional sexo-drogas
    - Elementos para la toma de decisiones
    - Áreas de la vida que se ven comprometidas
    - Estado de ánimo (**descripción-transición**)
  - Experiencias adversas vs satisfacciones percibidas
    - ¿Qué pesa más?
    - Estrategias de reducción de riesgos
  - Opinión final respecto al tema
    - Riesgo asumido
    - La implicación para terceros

### \* Apartado B (detección de ITS)

- Eventos determinantes para hacerse la prueba de detección de ITS
  - Contexto
  - Impacto anímico y emocional del diagnóstico
  - Relación entre conductas: consumo-sexo
    - Argumentos para abstinencia o continuar la práctica
    - Si decide seguir consumiendo una o más
    - Criterios para la toma de decisiones