



**Universidad
Europea** MADRID

**Tratamiento cognitivo conductual en un caso de
adicción a Chemsex. Estudio de caso.**

Máster de Psicología General Sanitaria

Eduardo Romero Albañir

Paula Pérez Ramos

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid

universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid

A mi madre



Resumen

En el presente trabajo, se describe el caso clínico de un varón de 42 años de edad que acude a terapia con la demanda de tratar su adicción al chemsex (práctica de consumo de sustancias psicoactivas, cuya finalidad es mantener un estado de excitación y prácticas sexuales durante largo periodos de tiempo). Un informe del Ministerio de Sanidad indica un aumento en el número de sustancias consumidas en la última década y una prevalencia del 14,1% en relación al consumo de sustancias conectadas con relaciones sexuales. Siguiendo como marco teórico la teoría sindémica y el modelo de estrés de las minorías, se evaluó la salud mental, la salud sexual y la red social del paciente. Técnicas como la reestructuración cognitiva, control estimular, psicoeducación y entrenamiento en resolución de problemas fueron algunas de las utilizadas en el tratamiento. Además, para mejorar la gestión emocional se siguió el modelo de Worden para el tratamiento de un duelo por ruptura. Se observa que el paciente abandona (con dos recaídas) la práctica del chemsex y, además, aumenta correlativamente su estado de ánimo y estrategias de autoeficacia. Con este trabajo se pretende acercar a los terapeutas a un problema actual del que no existe mucha investigación y una posible aplicación de la TCC para su tratamiento.

Palabras clave

Chemsex, adicción a sustancias, Terapia Cognitiva Conductual, Estudio de Caso, ansiedad, depresión.

Abstract

This paper describes the clinical case of a 42-year-old man who comes to therapy with the demand to treat his addiction to chemsex (practice of consumption of psychoactive substances, whose purpose is to maintain a state of excitement and sexual practices during long periods of time). A report from the Ministry of Health indicates an increase in the number of substances consumed in the last decade and a prevalence of 14.1% in relation to the consumption of substances connected with sexual relations. Following the syndemic theory and the minority stress model as a theoretical framework, the patient's mental health, sexual health and social network were evaluated. Techniques such as cognitive restructuring, stimulus control, psychoeducation and problem-solving training were some of those used in the treatment. In addition, to improve emotional management, Worden's model was followed for the treatment of grief due to rupture. It is observed that the patient abandons (with two relapses) the practice of chemsex and, in addition, his mood and self-efficacy strategies increase correlatively. The aim of this work is to bring therapists closer to a current problem about which there is not much research and a possible application of CBT for its treatment.

Keywords

Chemsex, addiction, Cognitive Behavioral Therapy, Case Study, anxiety, depression.



Índice

- 1. Introducción**
- 2. Identificación del paciente y motivo de consulta**
 - 2.1. Demanda
- 3. Estrategia de evaluación**
 - 3.1. Resultados iniciales
- 4. Formulación clínica del caso**
 - 4.1. Historia del problema
 - 4.2. Variables distales y proximales
 - 4.2.1. Variables distales
 - 4.2.2. Variables proximales
 - 4.2.3. Factores de protección
 - 4.3. Hipótesis de origen
 - 4.4. Hipótesis de mantenimiento
- 5. Tratamiento**
 - 5.1. Objetivos
 - 5.2. Estructura del tratamiento
- 6. Valoración del tratamiento**
- 7. Resultados y discusión**
- 8. Referencias**
- 9. Anexo 1**

1. Introducción

El chemsex ha sido definido de múltiples maneras. En algunos estudios (Gonzalez-Baeza et al., 2018) se enfatiza su carácter recreativo, explicado como un tipo particular de consumo de drogas en contextos sexuales vinculados a la cultura LGTBIQ+ (y en particular, a la cultura sexual gay). En este mismo estudio también se muestra una deficiencia en base al aspecto temporal, como el “uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo (que puede durar desde varias horas hasta varios días)”. En otros estudios, sin embargo, se pone el foco en las sustancias consumidas: “forma específica de uso recreativo de drogas en un contexto sexual y que se caracteriza, fundamentalmente, por el consumo de metanfetamina, ácido gamma-hidroxibutírico (GHB), mefedrona, cocaína, speed (anfetamina), ketamina, poppers o MDMA/éxtasis” (Coll & Fumaz, 2016). Por lo tanto, a partir de estas definiciones se podría extraer que el chemsex se trata de una práctica de consumo recreativo, mayoritariamente dentro de la cultura sexual gay, cuya finalidad es mantener un estado de excitación y prácticas sexuales durante largo periodos de tiempo (desde varias horas a varios días) y que se caracteriza normalmente por usar una serie de sustancias concretas que facilitan ese estado.

El uso de drogas en contextos sexuales no es algo reciente ya que hace más de 15 años ya existían estudios científicos que tratan esta temática (González Marquetti et al., 2005). No obstante, en una publicación realizada en 2016 constan varios cambios relevantes en relación a estas prácticas: el tipo de sustancias consumidas, la mayor facilidad en el acceso a las fiestas de chemsex y el significado menos peyorativo que se le da dentro de la cultura gay ha hecho que cambie el uso que se hace de esta práctica (Coll & Fumaz, 2016). Un estudio realizado en 2010 en varios países de Europa en el que participaron más de 180.000 GBHSH (gays, bisexuales u hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres), indicó que las sustancias más usadas fueron el cannabis (30.10%), popper (28.4%), cocaína (18.7%) y el éxtasis (10.1%) y, en menor medida, GHB (5.7%) o mefedrona (1.4%) (Ministerio de Sanidad, 2013). El mismo estudio replicado en el año 2017 indica que en estos siete años ha aumentado el consumo de varias sustancias, como el GHB (8,7%), mefedrona (5,7%), popper (34.9%), metanfetamina (5,4%),

ketamina (5,6%), éxtasis/MDMA (12%), donde se produce mucho policonsumo y mezcla con alcohol (91,9%). Además, se encontró un descenso en el consumo de cocaína (15.5%) (Ministerio de Sanidad, 2017).

En este tipo de prácticas es importante observar tanto los efectos deseados como los efectos adversos de las distintas sustancias. Los primeros ofrecen información sobre las sensaciones buscadas que pueden aumentar la conducta de consumo sirviendo como refuerzo de la misma. Aun así, se hace necesario no dar este tipo de efectos por sentado y evaluar junto con el paciente cuál de ellos es más reforzante. Por ejemplo, unos de los efectos deseados de la Ketamina son los efectos disociativos (Dolengevich-Segal et al., 2017). Dicho efecto buscado por el consumidor servirá para generar hipótesis sobre la posible necesidad de este de evadirse durante la práctica del chemsex. Los efectos adversos son útiles también para el análisis funcional como efectos nocivos a largo plazo e incluso para el tratamiento.

Las sustancias principalmente nombradas vinculadas con la práctica de chemsex son las siguientes: mefedrona, metanfetamina y GHB.

Metanfetamina: esta droga puede ser administrada por varias vías: fumada en pipa, oralmente, en papel de liar, esnifada o intravenosa. Tiene una gran acción estimulante derivada de la anfetamina, muy similar a la cocaína. Normalmente tiene forma de cristales transparentes, polvo o comprimidos (Curto et al., 2020). En este caso los usuarios de chemsex buscan sensación de bienestar y una excitación prolongada (llegando a durar hasta 24 horas después de la toma). Además de un aumento de la autoconfianza se consigue una pérdida de la inhibición, un gran deseo sexual y un retraso de la eyaculación. Todos estos efectos van encaminados a largas sesiones de sexo con un alto grado de excitación constante; sin embargo, al consumir pueden padecer también disfunción eréctil. Uno de los riesgos más importantes asociado a la metanfetamina es su potencial adictivo además de generar un síndrome de abstinencia, presentando síntomas como: depresión, ansiedad, agotamiento y un fuerte deseo de consumo

(Volkow, 2009). Se pueden derivar de su uso síntomas psicológicos como ansiedad, disforia o inquietud y, cuando se administra vía intravenosa es especialmente peligroso pues se ha relacionado con insomnio, alucinaciones o delirios paranoides. Su uso crónico provoca síntomas ansiosos, psicosis y conductas agresivas (Curto et al., 2020)

Ketamina: según el trabajo publicado por Soriano (2020) la ketamina es un potente anestésico e hipnótico que se popularizó a mediados de los años 90's en ambientes de fiesta, denominados *raves*. Su forma de presentación es en polvo o en pequeños cristales y su vía de administración es la nasal. El punto máximo de sus efectos llegará a las 2-3 horas desde el consumo. Estos efectos variarán dependiendo de las dosis. En pequeñas cantidades la Ketamina estimula y desinhibe, aumentando el deseo sexual y provocando euforia y sensación de embriaguez. Aun así, en altas cantidades provoca psicodelia y distorsión en la percepción temporal y espacial; además de efectos disociativos. Asimismo, debido a sus efectos anestésicos pueden llevar a prácticas extremas como el *fisting*. Algunas de sus complicaciones pueden ser náuseas, taquicardia, hipertensión y midriasis. Con el uso crónico su uso se ha asociado con daño hepático.

GHB: son las siglas de al ácido γ -hidroxibutírico o γ -hidroxibutirato y muy similar a este es el GBL, siglas para γ -butirolactona. Ambos son potentes depresores del sistema nervioso central. Durante años su uso se asoció con las agresiones sexuales (Marinetti y Montgomery, 2010), no obstante en internet se vende como limpiador, lo que hace muy difícil controlar su distribución. Su forma es líquida y la vía de consumo es oral. Es un depresor complicado, puesto que su dosis es difícil de controlar y consumir en dosis bajas no significa que reduzca sus consecuencias. Unos 100 mg/l de la sustancia en sangre provoca los efectos deseados, en cambio, 400 mg más pueden provocar muerte por depresión cardiorrespiratoria. Entre sus efectos deseados se encuentran la euforia, desinhibición, aumento del deseo sexual, aumento de la somnolencia y disminución del control motor. La mayor complicación de esta droga es el riesgo que se encuentra en la variabilidad de los miligramos, dando posibilidad a una sobredosis. Además la

sobredosis en este tipo de entornos ha llegado a verse de una forma habitual y normalizada (Hockenhuil et. al, 2017). La diferencia entre las dos sustancias es que el GBL hace que aparezcan los efectos antes e incluso que tarden más en desaparecer de la sangre.

Mefedrona: Sustancia de la familia de las catinonas y es la más utilizada de la familia en el chemsex. Se ilegalizó en Reino Unido desde el año 2010 y su efecto en el organismo es un aumento de la dopamina, la noradrenalina y la serotonina (Karila et al, 2015). Se presenta en forma de polvo y tiene multitud de vías de administración (nasal, oral, intramuscular, intravenoso e intradérmico). La aparición de los efectos variarán dependiendo de la vía. Normalmente se manifestarán a los 30-45 minutos y se remitirán a las 2-5 horas. Aun así, las consecuencias al esnifar surgen a los 10-20 minutos y acaban a las 2 horas como máximo. Estos efectos son la euforia, excitabilidad, aumento del nivel de alerta y aumento del deseo sexual (Soriano, 2020). La mefedrona puede conllevar complicaciones adrenérgicas y también se puede relacionar con fallo hepático o renal.

Analizando las sustancias más consumidas durante la práctica de chemsex se hipotetiza que las cuatro comparten la búsqueda de la desinhibición y el aumento del deseo sexual durante amplios periodos de tiempo. Para el tratamiento de la adicción será importante conocer los efectos deseados y las posibles complicaciones.

El chemsex ha atraído la atención de muchas asociaciones vinculadas a esta práctica, como por ejemplo las relativas al colectivo LGTBIQ+, recursos basados en la diversidad o las que luchan contra el estigma derivado del sida (como por ejemplo Apoyo Positivo o CESIDA). Además en los últimos años ha habido un auge de estudios y publicaciones relativos a este tema. Todo esto puede tener relación con la cantidad de consecuencias que puede llegar a tener el chemsex sobre la vida del usuario. Algunas de las áreas que se ven afectadas son las siguientes:

Salud sexual: según Coll y Fumaz (2016) existe relación entre chemsex y prácticas sexuales de riesgo, tanto por infecciones de transmisión sexual como por alteraciones físicas derivadas de la práctica sexual. Los autores afirman que la capacidad de desinhibición a la que exponen determinadas sustancias, la hipersexualidad y la práctica simultánea con múltiples parejas sexuales inciden directamente con el riesgo por infección de VIH u otras ITS (infecciones de transmisión sexual). Este mismo estudio hace hincapié en el hecho de que la salud sexual no solo se restringe a lo relativo a las ITS o el VIH, sino que también al practicar sexo durante largos periodos de tiempo comienzan a aparecer erosiones o traumatismos en el pene o, debido a las propiedades analgésicas de algunas sustancias, prácticas como el *fisting* pueden llegar a realizar heridas en la zona anal sin que el usuario sea plenamente consciente.

Salud mental: para entender el impacto que pueda llegar a tener el chemsex sobre la salud mental de los usuarios, se ha recurrido a la explicación del fenómeno a través de la teoría del estrés de las minorías y la teoría sindémica que se describe al final de este apartado. De esta forma, la práctica del chemsex podría ser explicada como el mecanismo de afrontamiento que ponen en práctica varones que han sufrido o sufren estresores como la discriminación, prejuicios o el estigma. Se utilizaría como estrategia de afrontamiento ante el estrés percibido (Bourne y Weatherburn, 2017). Al tratar las consecuencias psicológicas del consumo, los usuarios indicaron síntomas como irritabilidad, ansiedad, agresividad, algunos de los cuales precisaron de intervención médica por crisis de ansiedad y síntomas psicóticos. A largo plazo, hubo usuarios que desarrollaron alteraciones de memoria, cambios en la personalidad, dependencia a sustancias y necesidad de tratamiento por servicios de salud mental (Bourne et al., 2014). Los resultados del estudio publicado por Zaro et al. (2016) muestran que un buen porcentaje de usuarios se había sentido deprimido de forma esporádica y un pequeño porcentaje se sentía deprimido siempre (6.8%). Un dato de interés que también arroja este estudio es que el 11.3% de la población refirió síntomas psicóticos esporádicamente.

Consecuencias del *slamming*: se define como la administración de drogas por vía intravenosa (Dolengevich-Segal et al., 2017), y tiene unas consecuencias particulares, definidas como el riesgo de infección en relación a los virus transmitidos por sangre (VIH, Hepatitis B y C) es especialmente alto, a causa del uso compartido del material de inyección. Asimismo, las consecuencias se agravan (dando lugar a posibles septicemias, endocarditis, trombosis y/o abscesos) cuando, además de las sustancias comentadas anteriormente, se consumen opiáceos inyectados (Coll & Fumaz, 2016)

Apoyo social: el establecimiento de una red social de apoyo es un factor que otorga a los seres humanos salud mental y equilibrio emocional (Almagia, 2004), sin embargo hay estudios que muestran (Soriano, 2020) que una de las posibles consecuencias de la adicción al chemsex es el deterioro de la red social. Esto puede estar influenciado por múltiples factores como la inversión de tiempo del usuario en este tipo de prácticas, el estigma asociado a su uso o el hecho de pertenecer a una minoría (orientación, género, inmigración). La confluencia de alguno de estos factores con un déficit en las habilidades sociales podría influir en el vínculo con el entorno del usuario de chemsex.

Al intentar atender la pregunta sobre por qué las personas GBHSH son los usuarios que practican mayoritariamente chemsex no existen demasiados estudios que investiguen de forma sistemática los motivos (Curto et al., 2020). No obstante, se han propuesto varios modelos que ofrecen un marco de referencia ante posibles motivaciones que llevan a estos usuarios a destacar en cuanto a trastorno por consumo de sustancias y de infección de VIH y otras ITS (Jaspal, 2018). El tratamiento de la adicción al chemsex y los programas de prevención pueden usar estos modelos como guía para que sean lo más eficaces posibles.

Uno de los modelos explicativos ha sido definido como el “Modelo del estrés de las minorías”. Esta teoría describe con más riesgo a las personas de la comunidad LGTBIQ+ a sufrir mayor cantidad de factores estresantes. Dependiendo del caso, el autor Ilian H Meyer (2003) diferencia

los estresores entre distales y proximales. Los factores distales serían aquellos estructurales y que tienen mucha influencia en la salud mental de las personas que lo sufren. Como, por ejemplo, situaciones donde sufren violencia, discriminación o abuso sexual. En la mayoría de estas, la homofobia, que se ha definido como la hostilidad general, psicológica y social respecto a aquellos y aquellas de quienes se supone que desean a individuos de su propio sexo o tienen prácticas sexuales con ellos (Borrillo, 2001), suele ser la principal motivación. El autor de la teoría, además, afirma que las estrategias de afrontamiento, ya sean individuales o grupales, ejercerán un papel regulador en el posterior efecto de estas situaciones sobre la salud mental de los integrantes de la comunidad. Lo importante a tener en cuenta de estos factores es que se pueden cronificar en el tiempo (desde la escuela hasta la residencia de tercera edad) dando lugar a una fuente de estrés crónico. Además de poder llevar implícito otro tipo de discriminación, como por ejemplo la serofobia o transfobia.

En cuanto a los factores proximales, se trata de factores subjetivos influenciados por la visión personal o social que se les da a las personas del colectivo. Dentro de estos factores, se podrían encontrar la homofobia interiorizada o el miedo al rechazo. La primera fue definida por Wen & Zheng (2019) como los sentimientos negativos en relación con la propia orientación sexual resultado de la interiorización de los prejuicios y el estigma. Esta se la ha relacionado con baja autoestima o una mayor dificultad para conseguir un autoconcepto positivo.

Tanto factores distales como proximales tendrán una serie de consecuencias para los GBHSH. La homofobia de la sociedad (factor distal) se ha relacionado entre otros en la anticipación del rechazo que sufren las personas homosexuales. La homofobia interiorizada por su parte se ha relacionado en estudios (Ross et al., 2013; Xu et al., 2017) con conductas sexuales compulsivas y de riesgo, además de con una mayor predisposición a niveles altos de ansiedad o depresión.

La otra teoría que ha relacionado las personas GBHSH y el chemsex es la Teoría de la sindemia. La palabra “sindemia” se define como la suma de dos condiciones de salud en una población

concreta de forma que la coexistencia de las mismas genera un mayor impacto que las suma ambas por separado. De esta afirmación se deduce que la intervención ha de ser multidisciplinar, atendiendo las diferentes áreas afectadas (sexual, mental, adicciones, funcional...). Según Halkitis y Singer (2018), problemáticas como el uso de sustancias, la alta prevalencia de VIH y/o ITS y la mayor carga de malestar emocional deben ser tratadas conjuntamente ya que afirma que estas problemáticas podrían deberse al estigma asociado al VIH o a la homofobia. Un ejemplo de esto sería que una persona GBHSH como consecuencia de la homofobia y la nosofobia (miedo irracional a infectarse o contagiarse de una enfermedad) necesite consumir droga para mantener relaciones sexuales satisfactorias.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

En el momento de acudir a consulta R. es un varón cisgénero, homosexual, de 43 años de edad. Actualmente trabaja en un local de restauración muy cerca de la zona LGTBIQ+ de la ciudad. Está divorciado desde hace un año, sin hijos y a día de hoy convive con su exmarido. En cuanto a su red social, mantiene contacto estrecho con su familia a la que visita cada semana y con un grupo de amigos que conserva desde la juventud. Aparte de ellos, el paciente indica que una gran parte de su red social es con la que comparte la práctica del chemsex. Durante su infancia su estatus socioeconómico fue bajo pero en la actualidad posee un nivel medio/alto. El título académico superior que el paciente posee es el de ciclo formativo medio de gestión administrativa. Es la primera vez que acude a una clínica privada de psicología, sin embargo, desde hace 5 años tiene problemas para conciliar el sueño y consume media pastilla de Diazepam cada noche recetado por el psiquiatra de la seguridad social.

R. Nació con una alteración en los pies llamada perthe de cadera que lo tuvo durante sus primeros años sin poder moverse libremente, con férulas en ambas piernas. El paciente no podía correr o jugar como el resto de los niños. Debido a esta situación, en su familia siempre ha sido sobreprotegido con afirmaciones como *“yo siempre estaba pegado a mi madre, ella siempre me*

defendía y buscaba solucionar cualquier problema". Es el menor de cinco hermanos, siendo él el tercer varón.

Su historial de relaciones emocionales lo describe como frustrante, pues la mayoría de sus relaciones afectivas se han basado en ser la víctima de manipulaciones y mentiras. La situación actual en el domicilio es complicada, ya que su exmarido mantiene una relación y R. en ocasiones comparte momentos en casa con esta persona.

2.1 Demanda

El paciente acude a sesión al conocer que se buscaban sujetos para un estudio relacionado con chemsex (a los que él se refiere como "guarrichills"). Asiste a su primera sesión dos días después de haber consumido y practicado chemsex, lo cual comenta abiertamente. Durante la sesión muestra altos niveles de sintomatología depresiva y ansiosa (hiperventilaciones y/o habla confusa), el paciente lo identifica más como una sintomatología médica (síntomas asmáticos) más que psicológica. En cambio no parece tener problema en hablar sobre su adicción o en considerar que tiene una relación problemática con el consumo de sustancias asociadas al sexo. Los motivos que le han empujado a pedir asistencia en este momento fueron varios acontecimientos sucedidos en la última mitad del 2021. En primer lugar, en julio, el que era su marido le comunicó la intención de romper su enlace. Además de esto, en agosto, R no tuvo éxito en uno de sus proyectos laborales en el que había invertido mucho tiempo y dinero. Estos dos acontecimientos influyeron tanto que tomó la decisión de marcharse a vivir a otra ciudad. Durante los 10 días que duró la estancia R afirma que realizó chemsex durante 9 de los mismos; por lo tanto, decidió volver a su ciudad de origen y pedir ayuda psicológica para dejar el consumo.

La demanda que indica el paciente es dejar de practicar chemsex, es decir, dejar de consumir determinadas sustancias (únicamente consume drogas en esta situación) con el objetivo de tener relaciones sexuales durante largos periodos de tiempo.

3. Estrategia de evaluación

Se diferenciará entre la evaluación inicial y la evaluación que se realizó transversalmente durante el tratamiento. En la inicial se usó un estilo menos directivo con el objetivo de trabajar la relación terapéutica y toda la información se recabó a través de entrevistas, observación en sesión, y cuestionarios. Las variables descritas en el apartado de introducción como áreas afectadas fueron los objetivos principales (salud sexual, salud mental, slamming y red social).

- **Entrevistas:** una vez expuesta la demanda se realizó un *screening* completo sobre los datos biográficos (familia, antecedentes, ...). A través de este procedimiento, se tiene una idea global de hasta qué punto el chemsex ha afectado a diferentes dominios de la vida del paciente. En este momento, se evaluaron variables como formas de ocio, impacto del duelo en el paciente, funcionamiento actual y estrategias de afrontamiento.
- Durante la entrevista inicial, el paciente desveló su estado serológico. Teniendo en cuenta lo unido que está esta temática a la demanda que realiza, es necesario evaluar las posibles **consecuencias derivadas del estigma del VIH**. El método utilizado en el estudio consistió en una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas adaptadas del estudio de Fuster et al. (2013). La entrevista evalúa variables como el estigma declarado (rechazo percibido por la persona seropositiva, tanto por tener VIH como hacia las personas VIH+) y el interiorizado (asunción del paciente de las creencias, sentimientos y actitudes discriminatorias que la sociedad estigmatiza) (Soro et al, 2021).
- Al igual que el instrumento anterior, se creó un cuestionario *ad hoc* para medir el nivel de **homofobia interiorizada**. Se trata de la adaptación del estudio de Bonilla-Teoyotl et al (2021) con preguntas relativas a la “moralidad” de la homosexualidad o la necesidad de igualdad entre heterosexuales y homosexuales eran algunas variables a medir. Así mismo, se valoró como imprescindible la evaluación de la homofobia interiorizada en el

momento actual y en el momento que comenzó la problemática del chemsex, ya que es posible que fuese uno de los elementos que interviniesen en la hipótesis de origen, desarrollada en el siguiente apartado.

- **16PF-5 (cuestionario factorial de la personalidad)**, creado por R. B. Cattell, A. K. S Cattell y H. E. P. Cattell. La edad de aplicación es para mayores de 16 años y consta de 185 ítems que se dividen en 16 escalas primarias. La duración de la aplicación es aproximadamente de 45 minutos y proporciona un informe completo de las 16 escalas junto con 5 dimensiones globales: Extraversión (Ext), Ansiedad (Ans), Dureza (Dur), Independencia (Ind) y Auto-control (AuC). Este tipo de variables dan mucha información sobre la salud psicológica del paciente en el momento actual y como se ha indicado en la introducción es una área que suele verse afectada.

Para la evaluación transversal se evaluaron mensualmente las variables de estado de ánimo y ansiedad con un total de 6 administraciones. La primera en la fase pretratamiento y, luego, una recogida de datos por cada fase del tratamiento. La historia de consumo fue evaluada durante cada sesión.

- **BDI-II (Inventario de Depresión de Beck-II)**. Creado por Beck, Steer y Brown (1996). Es un autoinforme constituido por 21 ítems de tipo Likert, para la detección y evaluación de la gravedad de la depresión. Un estudio realizado por Sanz, Navarro y Vazquez en 2003 informa que la adaptación al español muestra una buena consistencia interna ($\alpha=0,89$).
- **STAI (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo)**. Cuestionario que consta de 40 ítems con una escala tipo Likerts de 4 puntos. Su finalidad es evaluar la ansiedad como estado y como rasgo. Se ha empleado la adaptación española de Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos Cubero (2011); la cual presenta una consistencia interna α de entre 0,89-0,95

en ansiedad estado (A/E), y entre 0,82-0,91 en ansiedad rasgo (A/R).

- En cuanto a la **historia de consumo** se evaluaba en todas las sesiones mediante entrevistas y preguntas abiertas. Aparte se usó un autoinforme *ad hoc* adaptado en el que se recogían datos como el deseo por consumir o si hubo consumo entre sesiones. Ver anexo 1.

3.1 Resultados iniciales

Los resultados que mostró el test 16PF-5 fueron importantes para conocer variables disposicionales que están influyendo dentro del análisis funcional y también para tener en cuenta variables a tratar. Las puntuaciones más importantes encontradas al evaluar el perfil de R son las siguientes:

- **Estabilidad emocional** (C=2): el perfil resultante indica un posible intento de R de transmitir una necesidad de ayuda como comunicación con el terapeuta. El test muestra que puntuaciones bajas en esta escala indican una disposición para aceptar el proceso terapéutico. Los sujetos que puntúan bajo en esta escala suelen ser descritos como reactivos o inestables emocionalmente.
- La puntuación en escala **vigilancia** (L=8) indican que R podría ser una persona vigilante, suspicaz, escéptico y cauteloso. Si se analiza cautelosamente la evaluación de la entrevista inicial parece que estos resultados se basan más en la desesperanza o suspicacia que tiene el paciente después de que varias parejas sentimentales intentarán aprovecharse de él y se encuentre actualmente superando un proceso de duelo por ruptura.
- Tanto la escala de **manipulación de la imagen** (MI = 5), **infrecuencia** (IN = 5) y **aquiescencia** (AQ = 6), que son las escalas de validez, muestran que el paciente no está intentando falsear la imagen emitida, que no se ha contestado al azar y que el paciente tenía en cuenta el contenido del enunciado

- Escala **perfeccionismo** (Q30 = 2): El paciente obtuvo puntuaciones bajas en esta escala por consiguiente es descrito como posiblemente tolerante con el desorden, condescendiente y flexible. La investigación indica que esta escala es un buen indicador sobre la habilidad para reprimir la ansiedad o para controlar las emociones, particularmente la ira y la ansiedad. Por lo tanto, una persona con bajas puntuaciones podría ser incapaz de organizar sus impulsos vitales de modo que le permitan no malgastar sino hacer uso constructivo de la energía (Karson et al, 2013).
- **Autocontrol** (AuC=2): La puntuación obtenida en esta escala denota que el paciente podría ser una persona incontrolada y que obedece a sus impulsos. Es una escala importante como indicadora de lo que una persona se expone a perder si actúa impulsivamente.

Los resultados que arrojaron las escalas de homofobia interiorizada y estigma derivado del VIH mostraron que el paciente contaba con un grado relevante de homofobia interiorizada cuando comenzó a practicar chemsex *“no quería que me vieran con nadie que pareciera gay en mi barrio”*. Sin embargo, en la actualidad su homofobia interiorizada no parece influir al paciente en ningún aspecto *“en la actualidad vivo mi homosexualidad de forma plena con la gente que quiero”*.

4. Formulación clínica del caso.

4.1. Historia del problema

El consumo comenzó en el año 2009 y la sustancia que R consumía preferentemente era cocaína (una cantidad promedio de 0.3 gramos por noche). En un primer momento la sustancia no fue asociada con el sexo y el paciente consumía para mantener el estado de activación e incluso contrarrestar algunos efectos depresivos del alcohol. El paciente, en los momentos de consumir, señala pensamientos como *“de esta forma estaré de fiesta toda la noche”*. No fue hasta tres años después (2011) cuando le invitaron a la primera reunión sexual donde se usaban sustancias psicoactivas para mantener la excitación. En estos momentos la cantidad consumida



había aumentado a medio gramo por noche, seguía consumiendo únicamente cocaína. En este periodo trabajaba en un local de *cruising* (local destinado a encuentros sexuales entre GBHSH) como camarero y una de las normas del local era la prohibición de interactuar sexualmente con clientes. El paciente rechaza interactuar con GBHSH fuera de la zona LGTBIQ+ de la ciudad, por lo que para R la única forma de tener sexo con hombres era esperar a que acabe su turno de trabajo, ir a pisos privados donde se daban estos encuentros y consumir sustancias para igualar el estado subjetivo en el que se encontraban los otros usuarios. Este comportamiento agravaba pensamientos como *“es la única forma que tengo de llegar a encuentros sexuales de manera rápida”* lo que aumentaba su predisposición a practicar chemsex.

Unos dos años más tarde (2013) llegó a su punto de consumo álgido. En esta etapa consumía cocaína (medio gramo, en ocasiones uno entero) o mefedrona (1 gramo); comenzó con esta última porque la persona que le proveía las sustancias le comentó que no acarrea algunos efectos no deseados de la cocaína (disfunción eréctil). En este punto, el paciente mantenía ya una relación formal con su actual exmarido y ambos comenzaron a practicar chemsex todos los fines de semana. Para los dos se hizo costumbre que tras finalizar el turno de trabajo de R (a las 07.00 de la mañana aproximadamente) fueran juntos a las reuniones de chemsex que se realizan en domicilios privados de amigos. El paciente comenta que en algunas ocasiones llegó a perder el control de la toma y siempre tenía sustancias a su disposición a través de su círculo social. Deja constancia con frases como *“si yo quería una raya, solo tenía que pedirla”*. Además describe como pensamientos recurrentes durante el consumo que le generaban un gran malestar: *“qué mala imagen estoy dando”, “me van a ver de esta forma”, “tengo una reputación que mantener”*. Estos pensamientos continuaban varios días después de la sesión de chemsex y ocasionaban malestar emocional en el paciente. El consumo llegó a un punto en el que una de las veces pidió a sus conocidos que le ayudaran a salir de la vivienda, dado que él no se sentía capaz de hacerlo por sí mismo.

La pauta de consumo a raíz de la pandemia sanitaria de la COVID-19 se ha modificado; su exmarido ha dejado de practicar chemsex y ha comenzado a castigar este tipo de conductas. A partir de ese momento, en su vida privada tuvo que ocultarse más en cuanto al uso de sustancias para evitar las reprimendas de este. Actualmente está intentando controlarse para no consumir y ha llegado a estar un periodo de 4 meses sin consumir durante el año pasado. Afirma que uno de los factores que más le influyen es estar imbuido en un contexto que él tiene totalmente asociado al consumo (su vecindario y su trabajo) *“yo vivo y trabajo ahí cerca y estoy inmerso todo el día”*.

Frases que comenta el paciente como *“en mi familia nadie sabe lo del VIH porque creo que me darían de lado”* o *“cuando estoy con un chico me da miedo que al contarlo salga corriendo”* indican que el estigma derivado del VIH es un factor generador de estrés para el paciente como explica la teoría sindémica anteriormente explicada. Al evaluar sus relaciones sexuales actuales se advierte que el estigma está influyendo en un nivel de ansiedad durante el encuentro sexual que en ocasiones incapacita la penetración.

4.2 Variables distales y proximales

4.2.1 Antecedentes distales

- Sobreprotección materna. Junto con otros factores parece que ha influido en que el paciente sea una persona que tenga un estilo dependiente y poco habilidoso en el afrontamiento *“yo estaba acostumbrado a que me solucionaran los problemas y cuidaran de mí”*.
- Baja tolerancia a la frustración. La baja tolerancia a la frustración y la ausencia de repertorio para gestionarla hace que se usen estrategias de evasión. Frases como *“lo estoy pasando un poco mal, por una copa y una raya no pasa nada”*. Esta necesidad de obedecer a sus impulsos para acabar con la frustración se podría relacionar con la puntuación obtenida en la escala Autocontrol (AuC = 2) del 16PF-5.

- Déficit de repertorio conductual dirigidas a ocio alternativo. El paciente está acostumbrado a tener como opciones de ocio salir a discotecas y no tiene en mente otro tipo de planes alternativos.
- Esquema cognitivo sobre la homosexualidad. Ideas relativas a la vivencia del sexo dentro del mundo gay pueden afectar sobre la salud sexual. *“Yo era el camarero del bar de cruising y tenía que ser el que más relaciones sexuales mantenía ahí”, “dentro del mundo gay los guarrichills son lo más normal del mundo y están de moda”.*
- Estigma derivado del VIH. Las consecuencias del estigma (aumento del nivel de ansiedad) se relacionan con más conductas sexuales de riesgo.

4.2.2 Antecedentes proximales

- Trabajar dentro de la zona de bares LGTBIQ+ de la ciudad. Esto aumenta la probabilidad de acudir a estos bares ya que el coste conductual es menor.
- Déficit en estrategias de afrontamiento del estrés. Las puntuaciones obtenidas en la escala perfeccionismo (Q30 = 2) del test 16PF-5 indican la poca habilidad de gestionar correctamente la ansiedad y/o emociones como la ira o la rabia.
- Pensamientos depresivos sobre él o su futuro.
- Red social con la que comparte la práctica de chemsex. El grupo de amigos facilita un contexto en el que se está permitido llegar a este tipo de consumo sin percibir castigos positivos como el rechazo social.
- Emociones derivadas del duelo por su ruptura y el proyecto laboral
- Frustración derivada de la privación de la conducta de consumir. *“No voy a ser capaz de dejar esto nunca”, “yo no soy una persona fuerte como para enfrentarme a esto”*

4.2.3 Factores de protección

- Miedo a las agujas. Este miedo hace que nunca se haya interesado por el slamming.
- Alergia al ibuprofeno. Tener alergia al ibuprofeno hacía que el paciente no se fiase de las sustancias que le suministraba cualquier persona.



4.3 Hipótesis de origen

Durante el inicio del paciente con el chemsex la confluencia de varias situaciones marcaron cómo sería la relación de este con la práctica: estar trabajando en un bar donde no podía establecer contacto con sus clientes durante el turno, no sentirse cómodo quedando con personas GBHSH fuera de la zona gay, no disponer de las actuales *apps* para quedar y no conocer zonas para encuentros con otros GBHSH (cruising). Todos estos acontecimientos hacían que R no tuviera tanta facilidad para tener encuentros sexuales con otros GBHSH, por lo tanto, a través de un conocido encontró en el chemsex una práctica con la que poder tener encuentros sexuales muy reforzantes y de fácil acceso con personas de su mismo sexo. Además el consumo de sustancias le permite evitar sentimientos y pensamientos negativos relativos a su homofobia interiorizada, como son *“yo no quería que me viesen con tíos por la calle por si pensaban que era gay”*.

4.4 Hipótesis de mantenimiento

La problemática de R se habría visto mantenida por múltiples factores. En concreto se detectan varias situaciones que se convirtieron en contingencias funcionales. Factores ambientales como estar en los bares de ambiente o salir con determinados amigos con los que suele compartir la práctica del chems sirvieron como estímulo neutro (EN). Estos estímulos se asociaron junto con la práctica del chemsex (EI) a un bienestar (RI), así pues, debido a las repetidas veces que se dieron juntos en el tiempo cuando se presentaba el estímulo neutro (ahora estímulo condicionado) su cuerpo respondía buscando esa RI de bienestar y por lo tanto aumentando las ganas de consumir (RC). Esta situación (EC + RC) serviría como ED de la práctica de chemsex (respuesta operante) llegando a un bienestar (R+) y disminuyendo la ansiedad (R-). De esta forma, el paciente ha estado manteniendo su adicción la mayoría de su historia de consumo.

Llegando a un punto álgido (para consultar explicación, revisar punto 4.1 Historia del problema) de su etapa de consumo, R. sufría síntomas depresivos durante las etapas de no consumo,



generalmente, (lunes, martes, miércoles y en ocasiones, jueves). En estos días experimentaba síntomas como ansiedad, inquietud, insomnio y desesperanza. Pensamientos como *“estás muy enganchado”, “qué imagen di el otro día” o “no hagas esto que tienes una edad”* junto con los síntomas anteriormente mencionados actuaron como estímulo discriminativo (ED). El paciente aprendió mediante condicionamiento operante que a través de la práctica de chemsex (RO), disminuían los síntomas depresivos (R-) y aumentaba su bienestar (R+).

En el momento en que su exmarido dejó de consumir y comenzó a castigar esta práctica mediante recriminaciones y discusiones, R comenzó a exigirse privarse de la práctica (EI) lo que dio lugar a pensamientos como *“en ese momento veía que el que era mi marido podía quedar limpio mientras yo seguía enganchado a las guarrichils” o “yo sabía que en el fondo no iba a poder conseguirlo, pero tenía que ser capaz”* (RI). Este tipo de pensamientos, a su vez, actuaban como EC de sensaciones de malestar (RC). Toda esta cadena actuaban como estímulo precipitante (ED) cuando R aprendió que si volvía a consumir sustancias y tener largas sesiones de sexo su ansiedad y malestar se reducía (R-). Sin embargo, a largo plazo aumentaba la sensación de ineficacia del paciente y sus sentimientos de culpa.

El paciente comenzó a aprender que podía evadirse de ciertas emociones desagradables a través de la práctica de chemsex. Por ello, algunas situaciones difíciles como rupturas de pareja y fracaso en proyecto laboral (EC) eran asociados múltiples veces a pensamientos negativos sobre sí mismo y sobre el futuro (RI/EC), pensamientos desagradables que conllevarían unos síntomas depresivos como la inactividad (RC). Toda esta cadena fue un estímulo discriminativo de practicar chemsex ya que R aprendió que podría mejorar únicamente cuando volvía a consumir reduciendo sus pensamientos intrusivos (R-) y mejorando el bienestar momentáneo (R+). Aunque, a largo plazo aumentaba la sensación de ineficacia del paciente y sus sentimientos de culpa.

Durante periodos de privación el paciente experimentó varias veces sentimientos de euforia debido a buenas noticias o situaciones agradables (EC). Estas desembocaban en ocasiones en sensaciones de euforia que se condicionaron con pensamientos de grandiosidad como *“bueno, yo puedo con esto”*, *“total, esta vez sí voy a poder controlar”* o *“por una raya no pasa nada”* (RC). Esta cadena fue un estímulo discriminativo de practicar chemsex mejorando el bienestar momentáneo (R+). Sin embargo, a largo plazo aumentaba la sensación de ineficacia del paciente y sus sentimientos de culpa.

5. Tratamiento

5.1 Objetivos

Los objetivos generales que se plantearon al analizar el caso fueron los siguientes: abandonar definitivamente el consumo de sustancias con prácticas sexuales, adquirir estrategias de afrontamiento que permitan al paciente reorganizar su vida y mejorar su estado de ánimo.

El primero de ellos además de ser la demanda es la estrategia que R está usando hasta el momento para manejar de forma desadaptativa sus emociones. La adquisición de estrategias es necesaria para el paciente ya que no dispone de herramientas útiles para manejar sus emociones lo que le tiene sumido en una situación de indefensión aprendida. Por último, la mejora del estado de ánimo de R es un objetivo con el que también se le pretende sacar de la dinámica que lleva sosteniendo pretratamiento y además dotarlo de la motivación necesaria para adherirse al tratamiento. En la tabla 1 se especifican las propuestas de tratamiento iniciales que se plantearon para cada objetivo específico.

Objetivos	Propuesta de tratamiento
1.- Abandonar la práctica de chemsex	
- Disminuir la dependencia emocional al chemsex	a) Modificar funciones de los estímulos antecedentes por estímulos

	<p>discriminativos de estrategias de afrontamiento.</p> <p>b) Exposiciones graduales a los estímulos desencadenantes emitiendo una conducta incompatible</p>
<p>- Disminuir la dependencia física al chemsex</p>	<p>a) Psicoeducación</p> <p>b) Programa salud sexual</p> <p>c) Programa de actividades incompatibles</p> <p>d) Control estimular</p> <p>e) Entrenamiento en relajación</p> <p>f) Reestructuración cognitiva</p>
<p>2.- Adquirir estrategias de afrontamiento</p>	
<p>- Aumentar las estrategias de afrontamiento al estrés</p>	<p>a) Psicoeducación</p> <p>b) Entrenamiento en estrategias centradas en el problema</p> <p>c) Entrenamiento en estrategias centradas en la emoción</p> <p>d) Desarrollo de su autoconcepto</p>
<p>- Aumentar las opciones de ocio alternativo</p>	<p>a) Activación conductual</p> <p>b) Entrenamiento en autoinstrucciones</p>
<p>3.- Mejorar el estado de ánimo</p>	
<p>- Aumento de los estímulos condicionados a emociones positivas</p>	<p>a) Activación conductual</p> <p>b) Planificación de actividades</p> <p>c) Entrenamiento en autoinstrucciones</p> <p>d) Desarrollo de su autoconcepto</p>
<p>- Disminución de los estímulos condicionados a emociones negativas</p>	<p>a) Reestructuración cognitiva</p>

Tabla 1. Objetivos del tratamiento

5.2 Estructura del tratamiento

El tratamiento tuvo una duración de 19 sesiones (hora y media) que fueron repartidas en 3 sesiones al mes durante 6 meses. Se estructuró en una primera fase de evaluación, 5 fases de tratamiento y una última sesión de cierre. Para la evaluación se invirtieron un total de 5 sesiones, para el tratamiento 13 sesiones y una última de cierre. Antes de comenzar el tratamiento se trabajó la relación terapéutica de forma menos directiva durante las sesiones y con las pruebas de evaluación descritas en el apartado anterior.

Durante la primera fase (sesión 6 - sesión 8) se comenzó con estrategias de psicoeducación. Se instruyó sobre los métodos de aprendizaje (condicionamiento clásico y operante) para explicar la hipótesis funcional de origen y mantenimiento al paciente. También se proporcionó amplia información sobre las sustancias consumidas, el efecto que se busca al consumirlas y el efecto secundario que pueden conllevar. Se profundizó sobre sexualidad, el estigma que se deriva del VIH, lo que implica tener una carga vírica “indetectable” y sobre la obligación o no de compartirlo con sus parejas sexuales. Se habló sobre la relación entre sexualidad y el estado de ánimo, por ejemplo que en ocasiones hay personas que pueden llegar a usar su sexualidad para disminuir la ansiedad. Para el tratamiento de la homofobia interiorizada se habló sobre lo que implica y no implica ser homosexual, de la necesidad o no del uso de etiquetas y sobre los referentes que el paciente asumió cuando este era pequeño en contraposición con lo que pueda llegar a tener ahora. Se trabajó la inteligencia emocional con sesiones de psicoeducación sobre emociones: desde cuáles son las emociones principales hasta qué consecuencias pueden conllevar las emociones y qué hacemos para evitar esas consecuencias negativas. Por último se habló sobre cómo nos afecta al estado de ánimo usar siempre las mismas alternativas como ocio y más concretamente, ocio nocturno.

Se enfocó la terapia en estrategias para el control de la activación como el entrenamiento en respiración y la relajación. Cuando el paciente acudió a la primera sesión, acudía con claros síntomas de ansiedad que fueron confirmados con las posteriores evaluaciones. Todo esto, unido a la falta de estrategias de afrontamiento del paciente, hicieron necesario un

entrenamiento en habilidades para reducir el impacto fisiológico en caso de sentir un nivel elevado de ansiedad.

En la segunda fase (sesión 9 - sesión 11) del tratamiento se puso el foco de atención sobre las respuestas conductuales del paciente. Se aplicó un control estimular, que provocaba que el paciente bloqueara todo contacto con antiguos conocidos con los que únicamente compartía este tipo de prácticas. Se acordó que durante un periodo de tiempo dejara de frecuentar la zona gay de la ciudad. Luego esta “restricción” se cercará a ciertos locales y finalmente desaparecería cuando R dispusiera de nuevas habilidades para la gestión emocional y del autocontrol. Además de esto se acordó la prohibición de volver a consumir sustancias relacionadas con prácticas sexuales a partir de este momento.

También se trabajó con la activación conductual del paciente, se comenzó proponiendo actividades que fueran reforzantes y a su vez incompatibles con la práctica del chemsex; por ejemplo, ir al gimnasio, reunirse en una asociación de vecinos que solía frecuentar, acudir a quedadas relacionadas con actividades físicas, volver a jugar al ajedrez, ir al cine, practicar yoga, etc. Estas actividades en un principio se planificaron semanalmente en sesión y poco a poco fue el paciente quien tuvo que organizar el tiempo que decidía dedicar a cada una. Así se aumentaba la cantidad de reforzadores que el paciente obtenía para que, de esta forma, mejorase su estado de ánimo. Además, durante toda esta fase se trató mucho la motivación del paciente para reforzar sus avances y poner el foco en las recompensas que obtenía (una lista que aportaba él) y las consecuencias negativas que ahora mismo comenzaba a abandonar. También se usó la reestructuración cognitiva de ciertos pensamientos que estaban frenando y generaban sensación de ineficacia en R como: *“yo estaba acostumbrado a que me solucionaran los problemas y cuidaran de mí”, “estás muy enganchado”, “no voy a ser capaz de dejar esto nunca”, “si me pasa algo malo la forma más fácil de sentirme mejor es esta”* o *“yo no soy una persona fuerte como para enfrentarme a esto”*.



Para la fase tres (sesión 12 - sesión 14) se hizo hincapié en todo el mundo afectivo y cognitivo del paciente a través del trabajo del duelo por la ruptura y su proyecto laboral. Para el tratamiento del duelo nos basamos en el modelo de Worden (Romero, 2013), así que se trabajó la identificación y expresión de los estados emocionales que se vivían entre sesiones y en sesión, la construcción y aceptación de una realidad en la que estas pérdidas ya no eran parte de su día a día y la recolocación de estos episodios dentro de su narrativa. Se usaron técnicas como la silla vacía, hablar sobre las razones y motivos del divorcio, la irrevocabilidad de este y la posibilidad de ir dando pasos a conocer a nuevas posibles parejas sentimentales, resolución de problemas y expresión asertiva con su expareja para evitar nuevos conflictos.

Adicional a ello, durante esta fase se usó la técnica de reestructuración cognitiva para reducir el impacto que algunos pensamientos tenían sobre el paciente. Se reestructuraron pensamientos relativos a la desesperanza (*“yo no voy a poder con esto”, “me siento culpable porque no soy capaz de controlarlo”*), a la ruptura (*“no voy a recuperarme de esta situación”, “yo noto que el me controla y no soy capaz de decirle que no”*) y a la propia práctica del chemsex (*“por una raya no pasa nada”, “cuando estoy bien y contento controlo más”, “pienso que debería hacerlo para sentirme mejor”*). Otros de los temas que se trataron para flexibilizar los pensamientos fueron lo relativo a su esfera social (*“yo creo que si dejo de hacer esto voy a perder a mucha gente”, “si a mi un novio me pide que haga algo prefiero hacerlo porque si no me va a abandonar” “si llega el sabado tengo la obligación de salir de fiesta”*).

En este momento (fase 4, sesión 15 - sesión 17), se enfocó el tratamiento a dotar a R con nuevas habilidades que le permitieran enfrentar sus circunstancias vitales de una forma más adaptativa. Para ello, se le entrenó para aumentar sus estrategias de afrontamiento a través de estrategias de autocontrol (parada de pensamiento y el tiempo fuera) y estrategias de solución de problemas. Junto a este entrenamiento se programaron con el paciente pequeñas exposiciones graduales a estímulos antecedentes como la zona de ambiente de la ciudad y

antiguas amistades con las que quería seguir manteniendo contacto para que pudiera poner en práctica las técnicas aprendidas.

Fase 5 (sesión 18): durante la última sesiones, se programaron actividades enfocadas a la prevención de recaídas que identificaban las situaciones de alto riesgo y planificaban respuestas alternativas (llamar a un amigo que no consume o abandonar el lugar), reestructuración cognitiva de pensamientos acerca de las recaídas como, por ejemplo, *“esta vez se que voy a controlar”* o *“puedo controlar solo con un poco de mefedrona”*. Además de esto se programaron sesiones de seguimiento con una frecuencia de inicialmente una vez al mes con la intención de que se fueran dilatando en el tiempo.

6. Valoración del tratamiento

Durante el comienzo del tratamiento al paciente, se le informó de que llegaría un punto de la terapia en el que se pactaría dejar el consumo de forma radical. Este momento fue al comienzo de la segunda fase y el paciente estuvo de acuerdo en dejar de consumir drásticamente. El paciente, aun sufriendo dos recaídas, mantuvo la privación durante todo el tratamiento. Las recaídas coincidieron con momentos puntuales de bajo estado de ánimo por motivos externos (uno relativo a su expareja y otro una discusión con un amigo). Así pues, se acrecentaba la necesidad de dotar al paciente de herramientas de manejo de control emocional para estos casos.

La adherencia del paciente al tratamiento fue relativamente alta durante todo el proceso, puesto que el paciente procedía de un episodio que él relata como muy trascendental dentro de su biografía: *“muy pocas veces he tocado tanto fondo”*. El paciente acudía a sesión con una actitud trabajadora y no decaía la actitud durante los noventa minutos de sesión. Esto se podría relacionar con las puntuaciones obtenidas en la escala *Estabilidad emocional* (C = 2) en el test 16PF-5.

Volviendo a los objetivos previamente marcados antes del tratamiento (abandonar la práctica del chemsex, adquirir estrategias de afrontamiento eficaces y mejorar el estado de ánimo del paciente), se puede valorar el tratamiento de la siguiente manera:

Para el primero, a raíz de dejar el consumo en la fase 2, fue de sumo peso el autoinforme que el paciente rellenaba sobre historia de consumo relacionado con chemsex. El paciente comunicó ambas recaídas desde el primer momento e informó de ello incluso antes de venir a sesión. El paciente, conforme avanza el tratamiento es capaz de detectar un mayor número de pensamientos en preguntas como: “¿Has tenido pensamientos relacionados con el chemsex? ¿Cuáles?”. Analizando el informe, se puede extraer que el paciente es más consciente de cuándo ha tenido deseo de consumir y eso no lo lleva irremediabilmente al consumo; ha sido capaz de poner en marcha estrategias de afrontamiento en relación al deseo de consumir.

En la tabla 1 se detallan las puntuaciones obtenidas en la prueba STAI, dado que el interés de la medición a través de las fases es el poder realizar un estudio transversal únicamente se le administró al paciente la parte del test relativa a la “ansiedad-estado”, examinado según el baremos de adultos y mayores de 20. Como se puede observar, comenzó con un nivel de ansiedad bastante alto, puede que debido al episodio que se explica al inicio del apartado “demanda” y en el que cuenta que, justo antes de pedir ayuda psicológica, R había vivido un episodio bastante angustiados. Después, las recogidas de muestras en las siguientes fases parecen bastante estables en el tiempo. Parece ser que la ansiedad del paciente durante la fase 1 y 2 está por encima del 55% de la muestra. Este nivel de ansiedad aumenta durante la fase 3 y 4, coincidiendo con las recaídas, y vuelve a estabilizarse en la fase 5 (centil 55).

Medición	Ansiedad estado
Pretratamiento	Puntuación directa 36 Centil 89
Fase 1	Puntuación directa 20 Centil 55

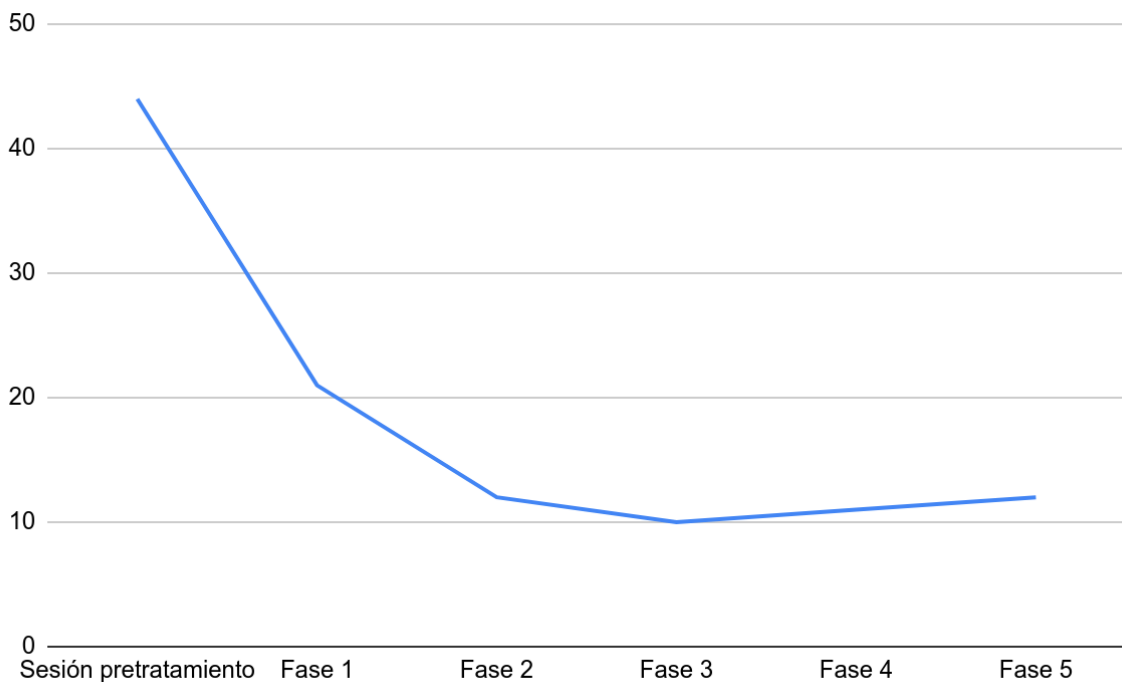
Fase 2	Puntuación directa 20 Centil 55
Fase 3	Puntuación directa 25 Centil 70
Fase 4	Puntuación directa 25 Centil 70
Fase 5	Puntuación directa 20 Centil 55

Tabla 2. Resultados de la variable Ansiedad estado

En lo relativo a la mejoría del estado de ánimo del paciente se puede analizar tanto los resultados obtenidos de los test BDI y STAI que se registraron a lo largo de todo el tratamiento. Durante los seis meses que duró el tratamiento el estado de ánimo generó una mejoría relevante y la ansiedad disminuyó de una forma algo menos significativa. Podríamos hipotetizar que estrategias de afrontamiento activo (relativos a nuevas habilidades para resolución de conflictos o problemas) y pasivo (regulación emocional) hizo que el paciente mejorara su estado de ánimo, durante las últimas sesiones se recogieron pensamientos como “me estoy dando cuenta que estoy haciendo algo por mi y para mi y me siento bien” o *“veo que de esta forma puedo manejar mucho mejor los conflictos del día a día”*.

Los datos que se obtuvieron al evaluar el test BDI-II fueron los siguientes: Durante la fase pretratamiento obtuvo una puntuación directa de 44 (depresión severa) y al finalizar el tratamiento la puntuación del test fue un total de 12 (depresión mínima). Es importante dejar constancia que aunque durante la fase pretratamiento obtuviera unas puntuaciones tan altas, es crucial subrayar que mientras duró la intervención, puntuó los siguientes ítems: “no tengo ningún pensamiento de matarme”, “no he experimentado ningún cambio en mi apetito” o “no siento que esté siendo castigado”. Al analizar los test se mostraba que su estado de ánimo depresivo tenía que ver más con la inactividad, la pérdida del placer y los sentimientos de baja eficacia. Al examinar la progresión parece como si el nivel de síntomas depresivos volviese a aumentar. Por lo tanto se estuvo remarcando en la sesión de cierre todo lo que se entrenó en sesiones

anteriores que pudiese afectar al estado de ánimo y se pondrá especial hincapié en esto de cara a la sesión de seguimiento.



Gráfica 1. Puntuaciones relativas al BDI-II

Los datos obtenidos parecen indicar que tanto las intervenciones de la fase 1 y 2, psicoeducación y control conductual respectivamente, ayudaron mucho a mejorar el ánimo del paciente y con las siguientes intervenciones se promovió este cambio. Es relevante que las dos recaídas no tuvieran repercusiones significativas en esta variable.

Parece que los dos apartados anteriores fueron muy influenciados por las nuevas estrategias de afrontamiento aprendidas por R y también parece que estas fueron muy influenciadas por el

estado de ánimo y por la inaccesibilidad a la práctica de chemsex. No obstante, es claro que en el caso estos tres aspectos se correlacionaron entre sí.

Uno de los puntos que fue más difícil de trabajar con el paciente fue el estado emocional en el que se encontraba debido a dos duelos superpuestos. Hasta ese momento el paciente no era consciente de la necesidad que tenía de expresar ciertos sentimientos de rabia, frustración y tristeza que estaba albergando. En el momento en que se intentó avanzar a un plano más cognitivo en el duelo de pareja, el paciente mostró resistencias emocionales aún, así que se decidió seguir trabajando en esta línea de tratamiento. En ese momento el paciente se encontraba en una faceta muy emocional, con una alta necesidad de ventilación emocional y se tuvo que añadir una sesión más al plan establecido (haciendo un total de 18 sesiones).

7. Discusión y conclusiones

Los resultados conseguidos al aplicar el tratamiento anteriormente explicado, confirman una transformación relevante en la forma en que R maneja sus emociones y su frustración. Este cambio estuvo mediado, en parte, por la adquisición de habilidades de afrontamiento con las que el paciente se sentía cómodo: el aumento de su autoestima y el cambio en ciertos esquemas cognitivos.

Si se atiende a limitaciones del tratamiento se puede observar que la ansiedad no disminuyó por completo. Sin embargo, los niveles de ansiedad no llevaron al paciente al consumo. En el caso de que el tratamiento continuase sería interesante seguir tratando esta variable. Además el estigma derivado del VIH parece no haberse modificado ya que R seguía teniendo pensamientos negativos y ansiógenos derivados de su estado serológico *“yo sigo poniéndome muy nervioso cuando quedo con un chico por primera vez, no puedo estar agusto hasta que no le cuento mi diagnóstico”*.



En los últimos años, se ha producido un avance en la investigación relativa a la cultura gay y una de las áreas que suscita interés es la relativa a la salud sexual dentro del colectivo. Aun así, los estudios que hoy existen, aun cuando son muy acertados y completos, parecen resultar insuficientes para aunar unas reglas de actuación para problemáticas como la que aquí se exponen. Por lo consecuente, se hace latente la necesidad de más estudios que investiguen los resultados de diferentes tratamientos para la adicción al chemsex. Además parece que los dos campos científicos sobre los que se ha hablado son la enfermería y la psicología pero, se hace evidente un tratamiento multidisciplinar.

En el tratamiento de las adicciones es muy importante tener en cuenta las posibles recaídas y los posibles abandonos. Así pues resulta esencial que durante la planificación del tratamiento se investigue sobre las variables que influyen en las posibles recaídas o abandonos de las adicciones y, más importante aún, las relativas a cada caso en concreto. En el estudio de Sirvent (2009) se enumeran variables como la inestabilidad emocional, el craving (deseos de consumo), un insight insuficiente, que la principal motivación para su tratamiento sea la presión externa y la euforia terapéutica. En el presente estudio se hace necesario destacar la alta motivación del paciente, siendo un factor decisivo para los resultados obtenidos. Se refleja en la puntualidad a las sesiones, el trabajo entre sesiones y las dudas o cuestiones que el paciente plantea durante las sesiones.

Otro de los factores relevantes ha sido el papel activo que el paciente ha tenido en su tratamiento. En todo momento fue consciente de los objetivos que se estaban buscando y de los métodos que se proponían para conseguirlo. No se detallaron todas las herramientas del tratamiento para evitar que las sesiones se prolongarían mucho en el tiempo pero cuando se proponía un movimiento (por ejemplo cuando se pactó que se aplicará el control estimular se habló con el paciente lo que se quería conseguir sin dilatar excesivamente la explicación).

Cuando se consulta con el paciente en la última sesión sobre qué fue lo que le ha mantenido más motivado o asido al tratamiento, señalaba la relación terapéutica. Además, informa sobre la influencia que sobre él tuvo que el terapeuta conozca ciertos aspectos de la cultura gay. Por lo tanto, sin presuponer que una persona fuera de la cultura gay no pueda tratar temáticas como esta, sí que se debe subrayar la necesidad de que el terapeuta conozca o se interese sobre ciertos aspectos sobre la cultura LGTBIQ+. Por tales motivos, una vez más trabajos como este son fundamentales para realizar el tratamiento a adicciones como la que aquí se comenta.

Comunidades como la de Madrid se están haciendo eco poco a poco de la necesidad de un plan de actuación en temática como este y recientemente, el 27 de Mayo de 2022 aprobó su plan de adicciones en el que se tratan nuevos desafíos como la adicción al chemsex o la adicción a las pantallas. El documento auna las necesidades y realidades de usuarios de estas llamadas “nuevas” adicciones. Este tipo de documentos ayudan mucho a crear un procedimiento unificado en el tratamiento de las adicciones más desconocidas.

Por todo lo expuesto en el tratamiento de las adicciones, y más concretamente del chemsex, es imprescindible programar herramientas que evalúen y mejoren la motivación del paciente, favorecer un papel activo del paciente en su propio tratamiento y facilitar una relación terapéutica en la que exista información e interés por los temas anteriormente mencionados.

8. Referencias bibliográficas

Almagiá, E. B. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 14(2), 237-243.
<https://doi.org/10.25009/pys.v14i2.848>

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory (BDI-II)* (Vol. 10, p. s15327752jpa6703_13). London, UK: Pearson.

Bonilla Teoyotl, C. I., Rivera-Aragón, S., Díaz-Loving, R., Cruz-Sierra, S., Barrientos-Delgado, J., & Robles-Mendoza, A. L. (2021). Desarrollo y análisis psicométrico de una nueva escala de homofobia interiorizada. *Revista Digital Internacional De Psicología Y Ciencia Social*, 7(2), 306-329. <https://doi.org/10.22402/j.rdiptycs.unam.7.2.2021.356.306-329>

Borrillo D. Homofobia. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2001.
<https://doi.org/10.3917/puf.borri.2019.01>

Bourne A, Weatherburn P. Substance use among men who have sex with men: patterns, motivations, impacts and intervention development need. *Sex Transm Infect*. 2017; 93(5), 342-6.
<http://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2016-052674>

Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres Rueda, S., & Weatherburn, P. (2014). The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark and Lewisham.

Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., & Seisdedos Cubero, N. (2011). Cuestionario de ansiedad estado-rasgo: Adaptación española. *Madrid: TEA ediciones*.

Coll, J., & Fumaz, C. R. (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. *Rev Enf Emerg*, 15(2), 77-84.

Curto J, Dolengevich H, Soriano R & Belza M.J. Documento técnico: abordaje de la salud mental del usuario con prácticas de chemsex. Madrid: MSD; 2020.

Dolengevich-Segal, H., Rodríguez-salgado, B., Bellesteros-López, J., & Molina-Prado, R. (2017). Chemsex. Un fenómeno emergente. *Adicciones*, 29(3), 207. doi:10.20882/adicciones.894

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

Encuesta online europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (EMIS). Resultados en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2013.

Fuster Ruiz de Apodaca, María José, Molero, Fernando, Holgado Tello, Francisco Pablo, & Sansinenea, Eneko. (2013). Desarrollo de un nuevo cuestionario para medir las estrategias que las personas con VIH usan para afrontar el estigma y la discriminación. *Acción Psicológica*, 10(2), 87-99. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.10.2.11826>

González-Baeza, A., Dolengevich-Segal, H., Pérez-Valero, I., Cabello, A., Téllez, M. J., Sanz, J. (2018). Sexualized drug use (Chemsex) is associated with high-risk sexual behaviors and sexually transmitted infections in HIV-positive men who have sex with men: data from the U-SEX GESIDA 9416 study. *AIDS patient care and STDs*, 32(3), 112-118. <https://doi.org/10.1089/apc.2017.0263>

González Marquetti, T., Gálvez Cabrera, E., Álvarez Valdés, N., Cobas Ferrer, F. S., & Cabrera del Valle, N. (2005). Drogas y sexualidad: grandes enemigos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(5-6), 0-0.

Fuster Ruiz de Apodaca, M. J., Molero, F., Holgado Tello, F. P., & Sansinenea, E. (2013). Desarrollo de un nuevo cuestionario para medir las estrategias que las personas con VIH usan para afrontar el estigma y la discriminación. *Acción psicológica*, 10(2), 87-99. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.10.2.11826>

Halkitis, P. N., & Singer, S. N. (2018). Chemsex and mental health as part of syndemic in gay and bisexual men. *International Journal of Drug Policy*, 55, 180-182. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.04.002>

Hockenhull, J., Murphy, K. G., & Paterson, S. (2017). An observed rise in γ -hydroxybutyrate associated deaths in London: Evidence to suggest a possible link with concomitant rise in chemsex. *Forensic science international*, 270, 93–97. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2016.11.039>

Jaspal, R. (2018). *Enhancing sexual health, self-identity and wellbeing among men who have sex with men: A guide for practitioners*. Jessica Kingsley Publishers.

Karila, L., Megarbane, B., Cottencin, O., & Lejoyeux, M. (2015). Synthetic cathinones: a new public health problem. *Current neuropharmacology*, 13(1), 12–20.
<https://doi.org/10.2174/1570159X13666141210224137>

Karson, M., Cattell, A. K. S., Cattell, H. E., Karson, S., & O'Dell, J. W. (2013). 16 PF-5. TEA.

Marinetti, L., & Montgomery, M. A. (2010). The Use of GHB to Facilitate Sexual Assault. *Forensic science review*, 22(1), 41–59.

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

Ross, M. W., Kajubi, P., Mandel, J. S., McFarland, W., & Raymond, H. F. (2013). Internalized homonegativity/homophobia is associated with HIV-risk behaviours among Ugandan gay and bisexual men. *International journal of STD & AIDS*, 24(5), 409-413.
<https://doi.org/10.1177/0956462412472793>

Romero, V. (2013). Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas. *Psicooncología*, 10(2/3), 377. https://doi.org/10.5209/rev_psic.2013.v10.n2-3.43456

Soriano, R. (2020). Publicación del documento técnico: Abordaje del fenómeno del chemsex; una propuesta desde el Plan Nacional sobre el Sida. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 8(21), 48-58.

Soro, D. B., Isabel, J. A. C., & García, M. A. (2021). Reducción del estigma, la depresión y la ansiedad en personas con VIH mediante un grupo terapéutico cognitivo conductual. *Psicol Conduct Behav Psychol Rev Int Psicol Clínica Salud*, 29(2), 237-257.

Volkow, N. D. (2009). METANFETAMINA. *National Institute on Drug Abuse*.

Wen, G., & Zheng, L. (2019). The influence of internalized homophobia on health-related quality of life and life satisfaction among gay and bisexual men in China. *American journal of men's health*, 13(4), 1557988319864775. <https://doi.org/10.1177/1557988319864775>

Xu, W., Zheng, L., Xu, Y., & Zheng, Y. (2017). Internalized homophobia, mental health, sexual behaviors, and outness of gay/bisexual men from Southwest China. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0530-1>

Zaro, I., Navazo, T., Vázquez, J., García, A., & Ibarra, L. (2016). Aproximación al ChemSex en España.

9. ANEXOS

Fecha:

Nombre:

Durante la última semana:

- ¿Has usado drogas en contexto de chemsex?
- ¿Has tenido deseo de usar drogas en el contexto de chemsex? ¿Qué ha ocurrido después?
- ¿Has perdido el control en situaciones relacionadas con el chemsex?
- ¿Has mantenido relaciones sexuales de riesgo?
- ¿Has sido diagnosticado de alguna ITS?
- ¿Has tenido pensamientos relacionados con el chemsex? ¿Cuáles?
- ¿Has mantenido contacto con personas que te hablan sobre la práctica del chemsex?
- ¿Has consumido drogas fuera del contexto de chemsex?
- ¿Has tenido efectos secundarios nocivos y no deseados por el uso de sustancias?
- Al margen del chemsex ¿has tenido algún pensamiento recurrente durante este periodo?