

Guía

entrevista motivacional en contextos de chemsex

www.felgtbi.org



FELGTBI+

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

Financiado por:



MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Guía de entrevista motivacional en contextos de chemsex

Editada por:

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

Madrid, Abril 2026

Elaborada por:

Javier Curto Ramos

Financiado por:



“Las opiniones vertidas en este documento no son necesariamente las de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ni las del Ministerio de Sanidad”.

Descargo de responsabilidad

Esta guía se elabora con el objetivo de proporcionar a profesionales de los ámbitos sanitario, psicosocial y comunitario herramientas de intervención basadas en el enfoque de reducción de riesgos y daños. Su propósito es exclusivamente técnico: dotar a los equipos profesionales de herramientas que permitan minimizar los riesgos asociados y fomentar la autonomía de las personas que practican chemsex en la gestión de su propia salud. En ningún caso constituye una recomendación, promoción o incentivo para el consumo de sustancias psicoactivas ni para la participación en prácticas de chemsex.

La información contenida en esta guía tiene carácter informativo y está dirigida a profesionales que trabajan con personas que realizan prácticas de chemsex. No sustituye la valoración clínica ni las recomendaciones de profesionales sanitarios. Las decisiones sobre tratamientos o intervenciones deben tomarse siempre tras consultar con un profesional sanitario.

Esta guía ha sido elaborada gracias a la financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas 2025.

Introducción

Esta guía está pensada como una herramienta breve, práctica y de fácil acceso para profesionales que acompañan a personas que practican chemsex desde un enfoque de derechos y comunitario. Su objetivo es ofrecer orientaciones que faciliten la creación de espacios de diálogo y escucha activa, apoyando a los equipos profesionales en la realización de entrevistas y procesos de acompañamiento en los que la persona y su experiencia se sitúen en el centro.

El documento ofrece orientaciones para abordar, de manera integrada, distintos aspectos que suelen estar interrelacionados en la práctica del chemsex como: la sexualidad, la salud mental y el uso de sustancias, reconociendo que estas dimensiones suelen estar interrelacionados en la trayectoria vital de muchas personas. No busca establecer prescripciones ni objetivos cerrados, sino acompañar conversaciones que ayuden a explorar necesidades, prioridades y posibles cambios desde la propia voz de quien consulta.

La guía se basa en los principios de la entrevista motivacional y en una perspectiva comunitaria que reconoce los saberes, las fortalezas y las dificultades de las personas y de sus redes. Está pensada para su uso en recursos públicos y entidades comunitarias, y puede adaptarse a distintos momentos y contextos, siempre en el marco de una relación basada en el respeto, la confianza y el cuidado propio y comunitario.

Aquí encontrarás información sobre:

- La **valoración de la salud sexual**, abordando aspectos como las prácticas sexuales, el placer, los límites personales, los cuidados y los posibles riesgos, siempre desde una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos y de respeto a la diversidad de experiencias.
- Claves para la **valoración del uso de sustancias y la salud mental**, explorando las funciones que pueden cumplir las sustancias, los patrones de consumo, las posibles situaciones de malestar emocional y su relación con la sexualidad desde un enfoque de reducción de riesgos y daños, centrado en comprender las experiencias de las personas y acompañar procesos de cuidado.
- Elementos clave de la **entrevista motivacional**, adaptados a contextos comunitarios, para facilitar conversaciones colaborativas, trabajar la ambivalencia y acompañar procesos de cambio definidos por la propia persona.
- Referencias prácticas en **reducción de riesgos y daños** aplicables al chemsex, orientadas a reducir problemas asociados y favorecer decisiones informadas, respetando el momento vital de cada persona.



1. Evaluación de la salud sexual

A la hora de abordar una entrevista con una persona que practica chemsex es imprescindible incorporar una valoración integral de aspectos relacionados con la salud sexual. Se sugiere emplear un enfoque sex-positive, donde la sexualidad se concibe como una dimensión integral de la salud, influida por factores biológicos, psicológicos, relacionales y socioculturales, y no limitada únicamente a la prevención de riesgos.

Desde esta perspectiva, la entrevista pretende **ofrecer un espacio seguro, confidencial y libre de juicios** que facilite una exploración compartida del deseo, el placer, los vínculos, las prácticas sexuales y el papel que puede tener el consumo de sustancias en ellas, así como su impacto en el bienestar global de la persona.

Partes de la entrevista de evaluación de la salud sexual

- › Encuadre y alianza terapéutica.
- › Identidad, orientación, estigma y recursos.
- › Erótica, placer, satisfacción y prácticas sexuales.
- › Respuesta sexual.
- › VIH, ITS y hepatitis víricas.
- › Consentimiento sexual.
- › Cierre de la entrevista.

¿Cómo comenzar la valoración de la salud sexual?

Para iniciar la entrevista, es útil ofrecer un encuadre breve que amplíe la mirada más allá de conductas o riesgos y que ayude a generar un clima de confianza:

“En esta parte me interesa conocer tu salud sexual de forma amplia: lo que te gusta, lo que buscas, lo que te preocupa y lo que te ayuda a cuidarte. La sexualidad incluye deseos, límites, emociones e identidad, y a veces hablar de ello puede generar pudor. La idea es acompañarte sin juicio y que tú marques el ritmo; si algo resulta incómodo, podemos dejarlo para más adelante.”

Identidad, orientación, resiliencia y estigma

La exploración de la identidad de género, la orientación afectivo-sexual y el posible estigma interiorizado permite comprender cómo cada persona se relaciona consigo misma, con su deseo y con los contextos en los que vive su sexualidad. Esta valoración ayuda a identificar tanto factores de vulnerabilidad como de protección que pueden influir en las prácticas sexuales, el autocuidado y la toma de decisiones.

Área a explorar	Aspectos clave	Ejemplos de preguntas en la entrevista
> Identidad de género.	Vivencia actual, posibles cambios a lo largo del tiempo.	¿Te identificas como hombre, mujer, persona no binaria u otra identidad? o más simple ¿Cómo te identificas? ¿Cómo te sientes con esa identidad en tu día a día? ¿Qué aspectos de tu identidad valoras más hoy?
> Expresión y seguridad.	Libertad para expresarse según el contexto social o relacional.	¿En qué espacios te resulta más fácil expresarte como hombre, mujer o persona no binaria? ¿En cuáles te sientes más limitado/a/e?
> Orientación afectivo-sexual.	Atracción, fluidez, grado de aceptación personal.	¿Cómo describirías tu orientación sexual actualmente? ¿Ha cambiado con el tiempo o según los contextos? ¿Qué te ha ayudado a aceptarla o vivirla con más tranquilidad?

Área a explorar	Aspectos clave	Ejemplos de preguntas en la entrevista
> Historia de validación o rechazo.	Experiencias de apoyo, discriminación o invisibilización. Experiencias de apoyo, reconocimiento y pertenencia.	<i>¿Has vivido situaciones de rechazo o falta de reconocimiento por tu género u orientación? ¿Cómo crees que te han influido? ¿Recuerdas personas o momentos en los que te sentiste validado/a/e por quién eres o a quién deseas?</i>
> Estigma interiorizado.	Creencias negativas aprendidas, culpa o vergüenza.	<i>Cuando aparecen pensamientos críticos o de incomodidad hacia tu sexualidad, ¿Qué estrategias utilizas para manejarlos?</i>
> Impacto emocional.	Autoestima, autoconcepto, malestar asociado.	<i>¿De qué manera estas experiencias influyen en cómo te sientes contigo mismo/a/e?</i>
> Afrontamiento y resiliencia.	Capacidades desarrolladas frente al rechazo o la dificultad.	<i>Mirando tu historia, ¿qué dirías que has aprendido o fortalecido a partir de experiencias difíciles?</i>

**Elaboración propia basada en González Baeza et al. (2020) y en la experiencia profesional del autor.*

Erótica, placer y satisfacción sexual

Esta exploración busca comprender cómo la persona vive su erótica, el placer y la satisfacción sexual, así como el sentido que tienen sus prácticas en distintos contextos. El objetivo es abrir un espacio de conversación sin juicios que permita identificar qué aspectos de la experiencia sexual generan bienestar, cuáles pueden producir malestar y qué lugar ocupa el consumo de sustancias en estas vivencias, facilitando así la reflexión sobre el autocuidado y la toma de decisiones más alineadas con los valores y necesidades de la persona.

Área a explorar	Aspectos clave	Ejemplos de preguntas en la entrevista
> Fantasías, deseos, imaginarios sexuales.	Diferencias entre lo deseado, lo practicado y lo permitido.	<i>¿Qué cosas te resultan eróticamente más estimulantes, aunque no siempre las practiques? ¿Hay deseos que solo te permites en determinados contextos o con sustancias?</i>
> Placer sexual.	Tipo de placer (físico, emocional, relacional), intensidad, presencia corporal.	<i>¿Qué hace que una experiencia sexual sea realmente placentera para ti? ¿Qué diferencias notas en el tipo de placer con y sin consumo?</i>
> Satisfacción sexual global.	Valoración subjetiva de la experiencia, antes, durante y después.	<i>Cuando piensas en tu vida sexual en conjunto, ¿Qué grado de satisfacción dirías que tienes ahora? ¿Qué te gustaría que fuera diferente?</i>
> Prácticas sexuales habituales.	Variedad de prácticas, frecuencia, contexto.	<i>¿Qué prácticas sexuales forman parte de tu sexualidad habitual? ¿Hay prácticas que solo aparecen en sesiones de chemsex?</i>
> Prácticas deseadas vs. no deseadas.	Discrepancias entre deseo, consentimiento y práctica real.	<i>¿Hay prácticas que realizas aunque no te apeteciera del todo en ese momento?</i>
> Normatividad.	Vergüenza, culpa, creencias internalizadas sobre prácticas “aceptables” o “inaceptables”.	<i>¿Hay prácticas que disfrutas pero luego te generan culpa o incomodidad? ¿De dónde crees que vienen esas ideas?</i>

Área a explorar	Aspectos clave	Ejemplos de preguntas en la entrevista
> Conexión relacional y emocional.	Intimidad, vínculo, conexión con otras personas durante las relaciones sexuales.	<i>Durante el sexo, ¿Qué peso tiene para ti la conexión emocional o el vínculo? ¿Cambia esto en contextos de chemsex?</i>
> Vivencia posterior al encuentro.	Bienestar, vacío, vergüenza, satisfacción duradera o malestar.	<i>Después de los encuentros, ¿cómo sueles sentirte contigo mismo y con lo ocurrido?</i>
> Coherencia con valores personales.	Ajuste entre prácticas, placer y valores propios.	<i>¿Dirías que tu vida sexual actual está alineada con lo que te gustaría para ti a medio o largo plazo?</i>

**Elaboración propia basada en González Baeza et al. (2020), Kleinplatz & Ménard (2020) y en la experiencia profesional del autor.*

Respuesta sexual

La evaluación de la respuesta sexual permite explorar cómo se experimentan el deseo, la excitación, el placer y la vivencia corporal en distintos contextos, con y sin consumo de sustancias. Desde una perspectiva de reducción de riesgos y daños, este abordaje busca identificar dificultades, cambios o dependencias del consumo para sostener la respuesta sexual, así como comprender su impacto en el bienestar, la satisfacción y el autocuidado.

Área a explorar	Aspectos clave	Ejemplos de preguntas en la entrevista
> Deseo sexual.	Inicio, intensidad y variabilidad del deseo. Diferencias con y sin consumo.	<i>¿Cómo aparece el deseo sexual en ti cuando no consumes y cómo aparece cuando hay sustancias? ¿Qué cosas lo facilitan o lo bloquean en cada caso?</i>
> Excitación y activación.	Rapidez, intensidad, capacidad de sostener la excitación. Dependencia del contexto o del estímulo.	<i>¿Notas diferencias en la rapidez o intensidad de la excitación con y sin consumo? ¿Te resulta más automática, más dependiente del entorno o más difícil de mantener?</i>

Área a explorar	Aspectos clave	Ejemplos de preguntas en la entrevista
> Respuesta genital y control.	Erección, lubricación, eyaculación, control del ritmo, cambios asociados al consumo o a la ansiedad.	<i>En relación con la erección, lubricación... o la eyaculación o llegada al orgasmo, ¿qué cambios has observado en distintos contextos sexuales? ¿Cómo vives esos cambios: como un problema, algo neutro o incluso algo buscado?</i>
> Placer y conexión corporal.	Calidad del placer, sensaciones corporales, presencia/ausencia de conexión con el cuerpo.	<i>¿Cómo describirías el tipo de placer y la conexión con tu cuerpo durante el sexo con sustancias frente al sexo sin ellas?</i>
> Duración, estimulación y agotamiento.	Sesiones prolongadas, necesidad de estímulos constantes, cansancio físico o mental.	<i>¿Sueles notar que las relaciones se alargan más de lo que te gustaría? ¿Necesitas estimulación continua para mantenerte conectado?</i>
> Vivencia posterior al encuentro.	Satisfacción, bienestar, culpa, vacío, agotamiento emocional o físico.	<i>Después del sexo, ¿Qué sueles sentir a nivel físico y emocional? ¿Cambia esa vivencia según haya habido consumo?</i>

**Elaboración propia basada en Meller & Kitrey (2025), Nimbi et al. (2021) y en la experiencia profesional del autor.*



VIH, ITS Y Hepatitis Víricas

La valoración de VIH, ITS y hepatitis víricas en contextos de chemsex no se limita a identificar diagnósticos o prácticas de riesgo, sino que requiere comprender cómo, cuándo y en qué condiciones se implementan las estrategias de prevención. Esta exploración permite identificar necesidades clínicas, así como detectar barreras y facilitadores —individuales, relacionales y contextuales— que influyen en el acceso a la prevención, el cuidado y el seguimiento de la salud.

Área a explorar	Aspectos clave a valorar	Ejemplos de preguntas en la entrevista
> VIH – estado serológico.	Conocimiento del estado, última prueba, cambios recientes.	<i>¿Conoces tu estado serológico frente al VIH? ¿Cuándo fue la última prueba que te realizaste?</i>
> VIH – tratamiento y adherencia.	TAR, olvidos en sesiones, barreras prácticas.	<i>En contextos de sesiones prolongadas o consumo, ¿qué factores facilitan / dificultan que puedas mantener la toma del tratamiento?</i>
> PrEP.	Uso actual o previo, adherencia, seguimiento clínico.	<i>¿Qué sabes de la PrEP? Cuando has utilizado PrEP, ¿qué ha facilitado que sigas la pauta de forma regular?</i>
> ITS bacterianas.	Antecedentes, recurrencias, relación con contextos concretos.	<i>Cuando has tenido alguna ITS, ¿Qué circunstancias crees que influyeron para que apareciera en ese momento?</i>
> Cribado de ITS.	Frecuencia, acceso, continuidad en ausencia de síntomas.	<i>¿Qué factores hacen que te resulte más viable realizar cribados periódicos?</i>
> Hepatitis C (VHC).	Antecedentes de VHC, reinfecciones, relación con sesiones o slam.	<i>¿Alguna vez te han diagnosticado hepatitis C? ¿En qué momento? ¿Recibiste tratamiento? ¿Te confirmaron que se eliminó el virus?</i>
> Vacunación (VHA, VHB, VPH).	Estado vacunal, accesibilidad, información recibida.	<i>¿Sabes si estás vacunado frente a hepatitis A y B, VPH? ¿Cómo fue el proceso de acceso a la vacunación? ¿Qué lo hizo más sencillo o más complejo?</i>

Área a explorar	Aspectos clave a valorar	Ejemplos de preguntas en la entrevista
> VPH – lesiones.	Verrugas, lesiones anales, genitales u orales; sangrado, dolor.	<i>¿Has presentado verrugas, lesiones o molestias anales, genitales u orales en algún momento?</i>
> VPH – lesiones - aborda-je clínico.	Consulta, tratamiento, impacto emocional.	<i>Ante la aparición de lesiones, ¿Qué factores influyeron en que consultaras antes o después?</i>
> Otras infecciones.	Viruela M (Mpox).	<i>¿Te has vacunado frente a la MPOX o has tenido contacto con algún caso?</i>
> Prácticas con mayor riesgo.	No uso de preservativo, múltiples parejas, slam, sesiones prolongadas.	<i>En las sesiones, ¿Qué prácticas crees que aumentan más tu riesgo de infecciones? ¿En qué contextos te resulta más fácil implementar medidas de prevención y en cuáles resulta más complicado?</i>
> Estrategias de prevención utilizadas.	Preservativos, guantes, PrEP, cribados, acuerdos previos.	<i>¿Qué medidas de prevención sueles realizar con mayor regularidad?</i>
> Facilitadores individuales.	Motivación, experiencias previas, percepción de autoeficacia.	<i>¿Qué aspectos personales han facilitado que mantengas estrategias preventivas?</i>
> Facilitadores relacionales.	Apoyo de parejas, amistades, redes comunitarias.	<i>¿La presencia de determinadas personas influye en que puedas mantener medidas preventivas?</i>
> Facilitadores contextuales.	Acceso a recursos, material preventivo, horarios, anonimato.	<i>¿Qué condiciones del entorno hacen más viable la prevención?</i>
> Barreras percibidas.	Estigma, vergüenza, efectos del consumo, cansancio.	<i>¿Qué factores suelen interferir con la aplicación de las medidas preventivas que te planteas? ¿Qué te resulta más difícil de mantener en términos de prevención cuando consumes?</i>

*Elaboración propia basada en Curto Ramos & Martín Carbonero (2024) y en la experiencia profesional del autor.

Consentimiento sexual

La valoración del consentimiento en contextos de chemsex constituye un elemento central de la evaluación en salud sexual, no con el objetivo de juzgar prácticas o decisiones, sino de comprender en qué condiciones se producen los encuentros sexuales y cómo pueden verse afectadas la capacidad de decidir, comunicar límites y cuidar de uno mismo. El consumo de sustancias, las dinámicas grupales, las normas implícitas y las relaciones de poder pueden dificultar que el consentimiento sea plenamente libre, informado y reversible, generando situaciones de ambigüedad, malestar o daño que no siempre son fácilmente identificables por la propia persona.

Libre:

el consentimiento debe darse sin presión, coerción, manipulación ni amenazas. La persona debe poder decidir de manera autónoma, sin sentirse obligada por otras personas o por las circunstancias.

Informado:

el consentimiento requiere que la persona disponga de información clara, suficiente y comprensible sobre la situación, las opciones disponibles y sus posibles consecuencias, para poder tomar una decisión consciente.

Reversible:

el consentimiento puede retirarse en cualquier momento. Aceptar algo en un momento determinado no implica que la persona deba mantener esa decisión en el tiempo.

Área a explorar	Aspectos clave a valorar	Ejemplos de preguntas en la entrevista
> Marco del consentimiento.	Ideas propias sobre consentimiento, acuerdos implícitos, supuestos culturales.	¿Qué significa para ti que una relación sexual sea consentida? ¿Qué cosas das por hechas en un contexto de chemsex?
> Consentimiento como proceso.	Capacidad de revisar decisiones, cambios de deseo, continuidad del consentimiento.	¿Te ha pasado que algo te apetecía al inicio pero no más adelante durante la sesión?
> Efecto del consumo en la decisión.	Impacto percibido de las sustancias en juicio, comunicación y autocuidado.	¿Notas diferencias en tu capacidad para decidir o poner límites según lo que consumes?

Área a explorar	Aspectos clave a valorar	Ejemplos de preguntas en la entrevista
> Presencia vs. consentimiento.	Creencias sobre “estar ahí” como forma de consentimiento.	<i>¿Alguna vez has sentido que, por estar en la sesión, se esperaba que aceptaras ciertas prácticas?</i>
> Capacidad para expresar límites.	Dificultad para decir no, parar o negociar prácticas.	<i>En plena sesión, ¿Te resulta fácil expresar que algo no te apetece o quieres parar?</i>
> Lagunas de memoria.	Blackouts, fragmentación del recuerdo, malestar posterior.	<i>¿Te has despertado alguna vez sin recordar partes de la sesión? ¿Cómo te has sentido cuando eso ocurre?</i>
> Consentimiento anticipado.	Diferencia entre acuerdos previos y lo que finalmente ocurre.	<i>Antes de una sesión, ¿Hablas de límites? ¿Sientes que luego se respetan?</i>
> Presión interpersonal.	Influencia del grupo, miedo a quedar fuera, expectativas ajenas.	<i>¿Has hecho alguna vez algo solo por no romper el ambiente o no quedarte fuera del plan?</i>
> Dinámicas de poder.	Edad, experiencia, control de sustancias, estatus dentro del grupo.	<i>¿Sientes que todas las personas en la sesión tienen la misma capacidad para decidir lo que pasa?</i>
> Normalización de prácticas.	Conductas que se asumen como “parte del chemsex”.	<i>¿Hay cosas que no te gustan del todo pero que sientes que “van con el contexto”?</i>
> Vivencias de incomodidad o daño.	Malestar emocional, confusión, culpa, disociación.	<i>Tras algunas sesiones, ¿te has quedado con sensaciones raras o incómodas difíciles de explicar?</i>
> Factores de vulnerabilidad.	Sustancias concretas, inexperiencia, soledad, búsqueda de validación.	<i>¿En qué momentos o con qué personas te sientes más vulnerable en las sesiones?</i>
> Estrategias de autocuidado.	Acuerdos, límites previos, apoyos, señales de seguridad.	<i>¿Haces algo antes o durante las sesiones para sentirte más seguro?</i>

Área a explorar	Aspectos clave a valorar	Ejemplos de preguntas en la entrevista
> Consentimiento hacia otras personas.	Respeto de límites ajenos, responsabilidad compartida.	<i>¿Cómo te das cuenta de que otra persona está cómoda o no? ¿Qué haces si notas que alguien no está del todo presente?</i>
> Influencia del grupo y del contexto.	Normas implícitas, presión grupal, jerarquías.	<i>En contextos grupales, ¿qué hace más difícil frenar o cuestionar una práctica? ¿Qué ayudaría a que el consentimiento se cuidara más?</i>
> Recursos y búsqueda de apoyo.	Capacidad de pedir ayuda, hablar de lo ocurrido.	<i>Si alguna vez algo no ha ido bien, ¿con quién te has sentido capaz de hablarlo? ¿Qué facilitaría pedir apoyo antes o después?</i>

**Elaboración propia basada en Bernal et al. (2026) Negro (2024) y en la experiencia profesional del autor.*

¿Cómo acabar la entrevista?

Para finalizar la entrevista, es recomendable cerrar con una devolución compartida que recoja los aspectos más relevantes de la conversación y, si procede, proponer posibles pasos o estrategias realistas desde un enfoque de reducción de riesgos y daños.

“Si te parece, recogemos lo que ha ido apareciendo hoy: qué cosas de tu sexualidad te sostienen o te dan placer, qué situaciones te generan más dificultad y qué apoyos o estrategias ya estás utilizando. La idea no es cambiarlo todo, sino identificar pequeños ajustes que sean realistas para ti y ver qué recursos o acompañamientos pueden ayudarte. Antes de terminar, ¿hay algo importante para ti que no hayamos nombrado o algo que te gustaría que sigamos revisando en próximas consultas?”

2. Valoración de uso de sustancias y salud mental

La valoración del uso de sustancias y de la salud mental en personas que realizan prácticas de chemsex no puede reducirse a un inventario de consumos ni a la detección de diagnósticos. Debe entenderse como un proceso continuo y flexible. Desde esta perspectiva, no se trata únicamente de identificar sustancias o conductas, sino de explorar valores, significados, consecuencias y recursos, siempre teniendo en cuenta el momento vital y las circunstancias de la persona.

Áreas a explorar

La información recogida debe identificar áreas de impacto en la salud física, mental, sexual y psicosocial, así como posibles factores de protección. A continuación, puedes revisar algunos ejemplos de preguntas para abordar diferentes temas relacionados con prácticas en el contexto del chemsex durante una entrevista.

Área a explorar	Aspectos clave	Ejemplos de preguntas
> Inicio del consumo.	Edad de inicio, contexto vital, relación con sexualidad.	<i>“¿Recuerdas cuándo empezaste a consumir y qué estaba pasando en tu vida en ese momento?”</i>
> Patrones actuales y pasados.	Sustancias, vías, frecuencia, cambios en el tiempo.	<i>“¿Cómo sueles consumir ahora y en qué se diferencia de cómo lo hacías antes?”</i>
> Vías de administración.	Oral, esnifada, fumada, rectal, inyectada.	<i>“¿Qué vías utilizas habitualmente para consumir y qué diferencias sientes con cada una de ellas?” “¿Qué dificultades o riesgos crees que presenta cada una de ellas?”</i>
> Policonsumo.	Uso simultáneo o secuencial de varias sustancias.	<i>“¿Sueles mezclar sustancias en una misma sesión o ir cambiando a lo largo del tiempo?”</i>
> Duración y frecuencia de sesiones.	Horas/días, recuperación posterior.	<i>“¿Cuánto suelen durar las sesiones y cómo te encuentras después?”</i>

Área a explorar	Aspectos clave	Ejemplos de preguntas
> Períodos de abstinencia o reducción.	Máximo tiempo sin consumo, factores facilitadores.	<i>“¿Ha habido épocas en las que consumías menos o nada? ¿Qué te ayudó entonces?”</i>
> Motivaciones para el consumo.	Placer, deseo, vínculo, evitación del malestar.	<i>“¿Qué te aporta el consumo cuando tienes sexo?” “¿Qué cambios notas en ti cuando consumes, tanto a nivel corporal como emocional?”</i>
> Ambivalencia.	Pros y contras, dudas, conflictos internos.	<i>“¿Qué es lo mejor y lo más difícil del consumo para ti ahora mismo?”</i>
> Tratamientos previos.	Psicológicos, psiquiátricos, comunitarios.	<i>“¿Has probado algún tipo de ayuda antes? ¿Qué te sirvió y qué no?”</i>
> Síntomas tras el cese.	Abstinencia, bajón.	<i>“Cuando paras o reduces, ¿qué notas a nivel físico y emocional?”</i>
> Salud sexual.	Deseo, placer, alteraciones respuesta sexual, ITS.	<i>“¿Cómo influye el consumo en tu forma de vivir el sexo y el placer?”</i>
> Repercusión relacional.	Pareja, amistades, familia.	<i>“¿El consumo ha cambiado algo en tu relación con otras personas?”</i>
> Repercusión laboral/académica.	Rendimiento, ausencias, conflictos.	<i>“¿De qué manera el consumo está afectando a tu trabajo, estudios o rutina diaria?”</i>
> Ocio y red de apoyo.	Espacios de disfrute sin consumo, aislamiento, apoyos disponibles.	<i>“¿Qué espacios de ocio o disfrute tienes fuera del chemsex?” “¿Con quién sueles contar cuando te encuentras mal o necesitas apoyo?” “¿Sientes que el consumo ha ido ocupando el lugar de otras actividades o relaciones?”</i>
> Percepción de riesgo.	Conciencia, límites, señales de alarma.	<i>“¿Hay algo que te haga pensar que necesitas cambiar tu patrón de consumo o pedir ayuda?”</i>

**Elaboración propia basada en Curto et al. (2020), Curto & Carbonero (2024) y en la experiencia profesional del autor.*

CHEMSEX

Sintomatología abstinencial

Los síndromes de abstinencia aparecen cuando el organismo responde a la reducción o interrupción de una sustancia tras un uso mantenido, reflejando un proceso de adaptación fisiológica. La intensidad y el tipo de síntomas varían según la sustancia, el tiempo de uso, la dosis, la vía de administración y el contexto, incluyendo factores como el descanso, la salud mental y el policonsumo (Regina et al., 2025). En personas que practican chemsex, evaluar estos síntomas es especialmente relevante para diferenciar el malestar asociado al cese o reducción del consumo de otros problemas de salud mental preexistentes o concurrentes, así como para identificar situaciones de riesgo y prevenir recaídas motivadas por la necesidad de aliviar dicho malestar.

En algunas sustancias, los síntomas pueden ir desde malestar leve hasta cuadros potencialmente graves o mortales. De forma particular, la retirada de alcohol, benzodiazepinas y GHB/GBL puede asociarse a

complicaciones severas —como delirium, convulsiones y otras alteraciones—, por lo que requiere una valoración médica cuidadosa y, en muchos casos, derivación a recursos especializados (Phan et al., 2020; Taylor et al., 2025). El abordaje se centra en aliviar síntomas, prevenir complicaciones y, cuando procede, realizar reducciones graduales o utilizar estrategias farmacológicas equivalentes bajo supervisión clínica (Regina et al., 2025).

En el caso de las sustancias estimulantes, tras el cese del consumo se puede observar disforia, fatiga y alteraciones del sueño (Grigg et al., 2018), pudiendo aparecer también ideas de muerte.

A continuación, se se presentan los principales síntomas de abstinencia de cada sustancia que conviene evaluar:

Sustancia	Inicio habitual tras cese	Síntomas psicológicos frecuentes
> GHB / GBL.	6–24 h (a veces antes).	Ansiedad intensa, inquietud, confusión, paranoia, síntomas psicóticos.
> Metanfetamina / anfetaminas.	12–48 h.	Bajo estado de ánimo, anhedonia, ansiedad, irritabilidad, enlentecimiento.
> Mefedrona / catinonas.	24–72 h.	Disforia, ansiedad, irritabilidad, bajo estado de ánimo, craving.
> Cocaína.	Horas–1 día (a veces 24–72 h).	Disforia, ansiedad, apatía, irritabilidad, craving.
> MDMA.	1–4 días.	Bajo estado de ánimo, labilidad emocional, ansiedad leve.
> Ketamina.	1–3 días (variable).	Ansiedad, irritabilidad, bajo estado de ánimo, craving.
> Benzodiacepinas.	1–7 días (según vida media).	Ansiedad intensa, insomnio, irritabilidad, desrealización.
> Alcohol.	6–48 h.	Ansiedad, irritabilidad, confusión.

Síntomas físicos frecuentes	Claves clínicas relevantes	Qué preguntar
Temblor, sudoración, taquicardia, hipertensión, náuseas.	Abstinencia especialmente grave y potencialmente mortal. Mayor riesgo con consumo frecuente, nocturno o mezclas con alcohol/benzodiacepinas.	<i>“Cuando paras, ¿Notas que el malestar aparece muy rápido o empeora en pocas horas?”</i>
Fatiga extrema, hipersomnia o insomnio, aumento del apetito.	Suele presentarse como disforia, malestar con alto impacto emocional; vigilar riesgo suicida en días posteriores.	<i>“¿Cómo te sueles encontrar (ánimo, energía, sueño) en los días posteriores?”</i>
Fatiga, alteraciones del sueño, malestar somático inespecífico.	Malestar subagudo que puede mantenerse varios días tras sesiones intensas o repetidas.	<i>“¿Durante cuántos días notas que no terminas de recuperarte?”</i>
Fatiga, hipersomnia, aumento del apetito.	Frecuente “bajón” de inicio rápido que puede impulsar redosificación para aliviar el malestar.	<i>“Cuando aparece el bajón, ¿sueles volver a consumir para encontrarte mejor?”</i>
Cansancio, cefaleas, alteraciones del sueño.	Cambios emocionales subagudos que pueden confundirse con estrés.	<i>“En los días posteriores, ¿qué cambios notas en tu ánimo o en tus relaciones?”</i>
Alteraciones del sueño, malestar general.	Algunas personas refieren sensación de irrealidad, desconexión o embotamiento emocional tras el cese.	<i>“Cuando paras, ¿notas sensación de irrealidad, de estar como separado de lo que pasa?”</i>
Temblor, sudoración, palpitaciones, convulsiones (casos graves).	Abstinencia potencialmente grave con uso regular; diferenciar ansiedad basal de retirada.	<i>“¿Estos síntomas aparecen sobre todo al reducir o saltarte tomas?”</i>
Temblor, sudoración, náuseas, convulsiones.	Riesgo médico si consumo elevado o diario; precisa valoración específica.	<i>“¿Qué notas física o emocionalmente cuando pasas un día sin beber?”</i>

**Elaboración propia basada en Grigg et al. (2018), Harding et al. (2025), Homman et al. (2018), Phan et al. (2020), Regina et al. (2025), Taylor et al. (2025) y en la experiencia profesional del autor.*

Evaluación de la salud mental

La evaluación de la salud mental en personas que practican chemsex constituye un componente esencial de la valoración integral, ya que el consumo sexualizado de sustancias puede exacerbar, enmascarar o confundir síntomas psicológicos preexistentes o emergentes. Esta valoración permite identificar señales de malestar y/o de alarma, analizar su relación con el consumo y orientar el acompañamiento, así como la derivación a recursos especializados cuando sea necesario.

Área a explorar	Qué se intenta valorar	Ejemplos de preguntas
> Estado emocional general.	Tono emocional predominante, fluctuaciones y malestar subjetivo.	<i>“¿Cómo dirías que te has encontrado de ánimo en las últimas semanas?” “¿Hay momentos del día o de la semana en los que te notas claramente peor o mejor?”</i>
> Ansiedad.	Ansiedad persistente, crisis de ansiedad, relación con consumo y sexo.	<i>“¿Ha habido periodos en los que te hayas sentido muy nervioso, inquieto o con sensación de no poder parar la cabeza?” “¿Has tenido crisis de ansiedad o ataques de pánico? ¿En qué contextos suelen aparecer?”</i>
> Estado de ánimo / depresión.	Tristeza mantenida, anhedonia, impacto funcional.	<i>“¿Ha habido etapas en las que te hayas sentido bajo de ánimo o sin energía la mayor parte del día?” “¿Has notado pérdida de interés o disfrute por cosas que antes te gustaban?”</i>
> Ideación suicida.	Pensamientos de muerte, desesperanza, riesgo actual o pasado.	<i>“Cuando te encuentras muy mal, ¿has pensado alguna vez que no merece la pena seguir o que estarías mejor muerto?” “¿Has tenido pensamientos de hacerte daño o de suicidarte, ahora o en el pasado?”</i>
> Síntomas psicóticos.	Ideas delirantes, alucinaciones, relación con sustancias o abstinencia.	<i>“¿Alguna vez has tenido la sensación de que alguien te vigilaba, te perseguía o quería hacerte daño?” “¿Has escuchado voces, ruidos o visto cosas que otras personas no percibían?”</i>

Área a explorar	Qué se intenta valorar	Ejemplos de preguntas
> Manía / activación.	Episodios de activación anómala, impulsividad, menor necesidad de sueño.	<i>“¿Has tenido periodos en los que te sentías con muchísima energía, dormías poco y aun así no estabas cansado?” “¿En esos momentos hacías cosas que luego te trajeron problemas?”</i>
> Sueño.	Insomnio, hipersomnia, desajustes asociados a consumo o abstinencia.	<i>“¿Cómo estás durmiendo últimamente?” “¿Notas diferencias claras en tu sueño cuando consumes, cuando paras o cuando reduces?”</i>
> Relación entre consumo y salud mental.	Uso de sustancias como regulación emocional.	<i>“¿Qué papel dirías que tienen las sustancias cuando te encuentras mal a nivel emocional?” “¿Sientes que el consumo te ayuda, te complica o ambas cosas?”</i>
> Funcionamiento diario.	Impacto en trabajo, estudios, autocuidado.	<i>“¿Cómo está influyendo todo esto en tu día a día?” “¿Ha habido cambios en tu rendimiento laboral, académico o en el cuidado de ti mismo?”</i>
> Relaciones y apoyo social.	Aislamiento, conflictos, red de apoyo.	<i>“¿Con quién sueles hablar cuando te encuentras mal?” “¿Ha cambiado tu relación con amigos, pareja o familia en este tiempo?”</i>
> Ocio y actividades no vinculadas al consumo.	Empobrecimiento del ocio, alternativas disponibles.	<i>“¿Qué haces para desconectar o disfrutar cuando no hay consumo de por medio?” “¿Ha habido actividades de ocio que hayas dejado de hacer o que ahora te cueste retomar?” “¿Te gustaría recuperar o probar espacios de ocio que no giren en torno al chemsex?”</i>

**Elaboración propia basada en Ferrando et al. (1998), Curto & Carbonero (2024) y en la experiencia profesional del autor.*

3. ¿Que es la entrevista motivacional?

La entrevista motivacional es un enfoque de intervención que se basa en una forma específica de conversación orientada al cambio. Parte de la idea de que la motivación no es una cualidad fija ni un rasgo individual, sino un proceso dinámico que se construye a partir de factores internos, externos y relacionales. En este marco, el profesional adopta un rol de acompañamiento que facilita la reflexión y el diálogo, mientras que la persona usuaria mantiene el control sobre las decisiones que desea tomar.

Este enfoque pone el énfasis en **identificar y fortalecer las propias razones de la persona para el cambio**, especialmente en situaciones de ambivalencia, mediante conversaciones estructuradas, respetuosas y orientadas a clarificar opciones y prioridades. Las recomendaciones incluidas en esta guía están basadas en el trabajo de Miller y Rollnick (2023), adaptado a la realidad del trabajo comunitario y a los contextos de chemsex.

¿Por qué es útil la entrevista motivacional con usuarios de chemsex?

- Permite abordar el chemsex sin partir de la patologización, reconociendo las funciones que puede cumplir para la persona.
- Facilita el trabajo con la ambivalencia, ayudando a explorar motivos a favor y en contra del cambio sin confrontación.
- Favorece la alianza terapéutica en contextos de estigma, disminuyendo las respuestas de evitación y facilitando la continuidad en la atención.
- Es coherente con la reducción de riesgos y daños, al permitir establecer objetivos realistas y graduales definidos por la propia persona.

Principios de la entrevista motivacional

- **Colaboración:**
La relación es horizontal: el profesional acompaña y la persona es experta en su propia experiencia.
- **Aceptación:**
Se trabaja desde el respeto y la ausencia de juicio, reconociendo la autonomía y el valor propio.
- **Compasión:**
La intervención prioriza el bienestar de la persona, evitando presiones.
- **Empoderamiento:**
Se refuerzan las capacidades y recursos propios, facilitando decisiones autónomas y realistas.

Áreas a explorar

Las tareas fundamentales que organizan el proceso de la entrevista motivacional y orientan la intervención son vincular, focalizar, evocar y planificar.

Tarea	Objetivo	Descripción
> Vincular.	Construir la relación.	Establecer una relación de confianza, colaboración y respeto que permita a la persona sentirse escuchada y segura.
> Focalizar.	Clarificar el rumbo.	Definir de forma compartida qué temas u objetivos serán el foco de la intervención.
> Evocar.	Fortalecer la motivación.	Facilitar que la persona explore y exprese sus propias razones para el cambio, trabajando la ambivalencia.
> Planificar.	Concretar el cambio.	Acompañar la elaboración de un plan realista y aceptado por la persona para llevar a cabo los cambios deseados.

¿Cómo comenzar la entrevista motivacional?

El inicio de la entrevista busca crear un espacio seguro, colaborativo y libre de juicios, donde la persona pueda hablar del chemsex con libertad, abordando tanto el placer como las dificultades. Es fundamental que la persona describa su experiencia en sus propios términos. En algunos casos se hará referencia al consumo sexualizado de sustancias sin utilizar la palabra “chemsex”, o empleando sinónimos coloquiales como “chill”, “sesión”, “guarreo”, etc. Por ello, resulta clave ofrecer un espacio donde la persona pueda expresar sus prácticas y experiencias con sus propias palabras.

En ese sentido, la persona especialista se posiciona como acompañante, no como experta que decide, invitando a explorar qué le ha traído a consulta y qué aspectos le gustaría revisar en este momento. Dejar claro desde el principio que no hay objetivos impuestos facilita la construcción de la alianza y favorece la apertura al diálogo, especialmente en contextos marcados por el estigma.

¿Cómo realizar las diferentes tareas de la entrevista motivacional con personas que practican chemsex?

Vincular

Vincular es la primera tarea de la entrevista motivacional y se centra en establecer una relación de confianza, respeto y colaboración. La actitud de quien acompaña, la forma en que escucha y cómo está presente son claves para que la persona se sienta segura, pueda hablar de su experiencia y considere posibles cambios.

Determinadas habilidades comunicativas permiten crear y sostener una relación de confianza, favoreciendo la exploración de la experiencia de la persona. En este sentido, el uso de preguntas abiertas, afirmaciones, reflejos y resúmenes ayuda a que la persona se exprese con mayor libertad, se sienta comprendida y pueda organizar sus propios pensamientos y emociones.

A continuación, encontrarás las definiciones de cada una de estas habilidades.

	Descripción	Ejemplo
> Preguntas abiertas.	Facilitan que la persona se exprese con libertad y orientan el contenido de la conversación según lo que considere relevante.	<i>“¿Qué te ha hecho venir hoy hasta aquí?” “¿Qué te preocupa?”</i>
> Afirmaciones.	Señalan y reconocen esfuerzos, valores o recursos personales presentes en el relato de la persona.	<i>“Que hayas decidido venir hoy muestra que hay aspectos de ti y de las sesiones que quieres mirar con más calma”.</i>
> Reflejos.	Devuelven lo expresado por la persona para comprobar la comprensión y profundizar en su experiencia.	<i>“Disfrutas las sesiones, pero al mismo tiempo te preocupa cómo te encuentras después”.</i>
> Resúmenes.	Recogen e integran distintos elementos del discurso para ordenar la información y facilitar el avance de la conversación.	<i>“Por lo que cuentas, el chemsex te aporta conexión y alivio, pero últimamente también te deja más cansado y con dudas sobre si seguir como hasta ahora”.</i>

Focalizar

Focalizar es la tarea que permite acordar, de manera compartida, qué aspecto del chemsex se va a trabajar en ese momento. Dado que muchas personas llegan con preocupaciones múltiples o poco definidas, esta tarea ayuda a priorizar un foco que resulte relevante para la persona, sin imponer objetivos externos y manteniendo la flexibilidad necesaria para ajustarlo si cambian las necesidades o el momento vital.

	Descripción	Ejemplo
> Definir el tema.	Acordar qué aspecto del chemsex se va a abordar en ese momento.	<i>“¿Te gustaría que hoy habláramos del consumo, de tu salud sexual o de cómo te encuentras después de las sesiones?”</i>
> Acordar objetivos.	Identificar metas realistas y compartidas, formuladas por la propia persona.	<i>“Entonces, ahora mismo lo más importante para ti es reducir los días de sesión, ¿Lo he entendido bien?”</i>
> Elegir prioridades.	Ayudar a concretar un foco entre distintas preocupaciones posibles.	<i>“De todo lo que has mencionado: problemas con tu pareja, dormir, cansancio, ¿por dónde te gustaría empezar?” “¿Tiene sentido para ti lo que hemos hablado o quieres retomar con otro tema?”</i>
> Revisar y ajustar el foco	Modificar los objetivos si cambian las necesidades o el momento vital.	<i>“Antes pensabas en parar del todo y ahora en reducir riesgos; podemos trabajar desde ahí.” “¿Cómo crees que puedes reducir el riesgo en tus sesiones?”</i>

Evocar

Evocar es la tarea orientada a facilitar que la persona ponga en palabras sus propias motivaciones para el cambio, especialmente cuando coexisten deseos contrapuestos. En el contexto del chemsex, la persona profesional acompaña la conversación hacia aquello que da sentido al posible cambio como valores, prioridades, límites o preocupaciones sin confrontar ni dirigir. El trabajo se centra en reconocer y reforzar las expresiones que apuntan al cambio, siempre desde el respeto a la autonomía y al ritmo de la persona, mediante preguntas abiertas y devoluciones que ayuden a clarificar lo que ya está presente.

En el siguiente cuadro comparativo, podrás encontrar algunos ejemplos de posibles intervenciones para evocar aplicadas en el contexto del chemsex.

Qué expresa	Indicadores en la persona	Pregunta para evocarlo por parte de la persona que acompaña
> Deseo. Lo que la persona quiere o le gustaría que fuera diferente.	<i>"Me gustaría poder tener sexo sin consumir." "Quiero reducir las sesiones."</i>	<i>"¿Cómo te gustaría que fueran tus sesiones dentro de unos meses?"</i>
> Capacidad. Percepción de qué cambios están a su alcance.	<i>"Podría poner un límite de horas." "Podría avisar a alguien antes."</i>	<i>"Si decidieras reducir riesgos, ¿qué cambio te verías capaz de hacer primero?"</i>
> Razones. Beneficios del cambio o costes de seguir igual.	<i>"Si descanso, el bajón es menor." "Si consumo menos, rindo mejor en el trabajo."</i>	<i>"¿Qué notarías en tu día a día si descansaras más o pararas antes?"</i>
> Necesidad. Sensación de límite, urgencia o preocupación.	<i>"No puedo seguir con estas resacas emocionales." "Necesito hacer un parón."</i>	<i>"¿Qué es lo que más te inquieta si todo sigue como ahora?"</i>
> Activación. Disposición cercana a probar algo distinto.	<i>"Estoy dispuesto a hablar de un plan para bajar el consumo."</i>	<i>"¿Qué estarías dispuesto a intentar cambiar ahora mismo?"</i>
> Compromiso. Decisión más clara o tomada.	<i>"Voy a evitar mezclar sustancias." "Voy a dejar de pincharme."</i>	<i>"¿Qué decisiones has tomado para encontrarte mejor antes, durante o después de las sesiones?"</i>
> Pasos dados. Acciones de autocuidado ya realizadas.	<i>"He pedido cita en el CAD." "He contactado con una ONG." "Le he contado a un amigo lo que me viene pasando" "Ya no estoy quedando con el mismo tío" "He comprado una agenda para empezar a planificarme."</i>	<i>"¿Qué cosas has hecho ya para mejorar tu autocuidado?"</i>

Posibles intervenciones

Reflejar y ampliar: *"Hay una parte de ti que echa de menos el sexo sin consumo."*

Escala de importancia: *"Del 0 al 10, ¿Cómo de importante es esto para ti ahora?" "¿Qué hace que no sea un número más bajo?"*

Reforzar autoeficacia: *"Estás identificando cosas concretas que sí dependen de ti."*

Escala de confianza: *"Del 0 al 10, ¿Cómo de capaz te ves para poder hacerlo?" "¿Qué te ayudaría a subir un punto?"*

Conectar con valores: *"Parece que volver a reconectar con tus amistades y tu estabilidad pesan bastante para tí."*

Escala selectiva: *"Ahora mismo, ¿cuánto peso tiene esto para ti (0-10)?" "¿Qué hace que no sea menos?"*

Validar sin alarmar: *"Suena a que algo ya no te está encajando en seguir tomando esas cantidades de mefedrona como hasta ahora"*

Priorizar con escala: *"En una escala de 0 a 10, ¿Cómo de urgente es reducir la cantidad de mefedrona para ti?" "¿Qué tendría que pasar para que subiera un punto?"*

Concretar sin presión: *"¿Qué probarías primero y cuándo?"*

Confianza breve: *"¿Cómo de confiado te ves para este primer paso (0-10)?" "¿Qué apoyos te ayudarían a subir un punto?"*

Confirmar y sostener: *"Suena a una decisión clara e importante para ti"*

Acompañar: *"¿Qué te ayudaría a mantenerlo esta semana?"*

Reconocer esfuerzo: *"Eso muestra que estás siendo capaz de pedir ayuda"*

Escala de confianza: *"Si decidieras dar este paso, ¿cuánta confianza tienes en poder hacerlo? (0-10)" "¿Cuál podría ser el siguiente paso pequeño?"*

Planificar

Planificar es la tarea en la que se acompaña a la persona a traducir sus intenciones en acciones concretas. En este momento, la conversación pasa de explorar motivos a pensar en pasos posibles, manteniendo una relación colaborativa y respetuosa con la autonomía de la persona.

En el contexto del chemsex, planificar no significa necesariamente abandonar el consumo o las prácticas sexuales, sino acordar cambios viables que se ajuste a la realidad de cada persona: reducir riesgos, ganar control, reforzar el autocuidado o preparar decisiones futuras. La planificación sólo tiene sentido si el plan es reconocido como propio y asumible; por ello, es importante saber cuándo avanzar y cuándo seguir explorando, evitando imponer soluciones o apresurar procesos.

A continuación, se recogen orientaciones prácticas para identificar ese momento y acompañar la concreción de los cambios.

	Indicadores en la persona	¿Qué hacer como profesional?	Ejemplos
> Cuando pasar del “por qué” al “cómo”.	Aumentan los argumentos a favor del cambio, disminuyen las razones para seguir igual, aparece más claridad o calma; preguntas sobre “cómo” o pequeños pasos ya dados.	Escuchar y, si hay disposición, empezar a concretar; si no, seguir explorando sin forzar.	<i>“¿Te gustaría que hoy habláramos del consumo, de tu salud sexual o de cómo te encuentras después de las sesiones?”</i>
> Probar si es momento de avanzar.	Ambivalencia con motivos a favor del cambio ya expresados.	Devolver un resumen breve de lo dicho y abrir la pregunta de “qué hacer ahora”.	<i>“Has contado que te aporta conexión, pero también que el bajón te está pasando factura. Con todo esto, ¿Qué te gustaría intentar ahora?”</i>
> El plan debe salir de la persona.	Acepta y desarrolla ideas propias; rechaza soluciones impuestas.	Facilitar el “cómo”, negociar opciones y evitar dirigir.	<i>“Conociéndote, ¿Qué tendría que pasar para que te resulte fácil llevar este cambio a cabo?”</i>

	Indicadores en la persona	¿Qué hacer como profesional?	Ejemplos
> De lo general a un primer paso concreto.	Objetivos amplios o poco definidos ("cuidarme", "estar mejor", "tener más control").	Ayudar a concretar qué va a hacer y cuándo, empezando por algo pequeño.	<i>"En la próxima sesión, ¿qué harías distinto y en qué momento?"</i>
> Evitar ponerse en modo experto.	Cuando el profesional se vuelve directo, la persona se frena o se distancia.	Aportar experiencia solo con permiso y priorizar su punto de vista.	<i>"Tengo algunas ideas, pero antes me gustaría saber qué se te ocurre a ti."</i>
> Abrir opciones y elegir.	Dudas entre varias alternativas.	Hacer una lista breve de opciones sin juzgarlas y elegir por encaje realista.	<i>"Podemos pensar varias opciones: límite de horas, no mezclar, no quedar con este grupo de personas, hora de salida y vuelta a casa... ¿por cuál empezarías tú?"</i>
> Plan breve cuando hay poco tiempo.	Poco margen o necesidad de actuar pronto.	Acordar un objetivo cercano, concreto y revisable, y comprobar confianza.	<i>"De aquí a dos semanas, ¿qué cambio pequeño te ayudaría más?" → "¿Cómo de capaz te ves?" → "¿Qué apoyos necesitarías?"</i>
> Trabajar confianza y esperanza.	"Quiero, pero luego me cuesta".	Ajustar el paso hasta que resulte posible y asumible.	<i>"¿Qué haría que este paso fuera un poco más fácil de sostener o de realizar?"</i>
> Reconocer recursos y aprendizajes previos.	Autocrítica por intentos anteriores o sensación de "fallar siempre".	Identificar fortalezas, rescatar logros y ressignificar intentos.	<i>"¿Qué cosas sí te han ayudado otras veces?" / "Más que un fracaso, yo veo que no salieron las cosas como esperabas: ¿Qué aprendiste de ahí?"</i>

¿Cómo termina la entrevista motivacional?

El cierre consiste en recoger brevemente lo que la persona ha expresado: sus dudas, motivaciones o posibles pasos, y devolverlo de forma ordenada, reforzando que las decisiones siguen estando en sus manos. Más que cerrar con un compromiso, se trata de consolidar lo hablado y abrir continuidad, transmitiendo que el cambio es un proceso y que incluso aclarar posiciones o no hacer cambios inmediatos ya es un avance. Esto ayuda a mantener la motivación y deja la puerta abierta a futuros encuentros sin presión.

4. Reducción de riesgos y daños

La reducción de riesgos y daños es una forma de acompañar desde un enfoque comunitario y sanitario que pone el acento en reducir las consecuencias negativas y reforzar la capacidad de decisión y el autocuidado. No se basa en exigir la abstinencia a priori, sino en construir una relación de confianza, ofrecer información útil y codiseñar, junto con la persona usuaria, estrategias realistas y adaptadas a su vida (Brocato & Wagner, 2003; RIOD, 2018).

En el contexto internacional anglosajón existe un amplio consenso en el uso del término "harm reduction" para referirse a este enfoque. En el ámbito hispanohablante, en cambio, la terminología no es homogénea y conviven expresiones como reducción de daños y reducción de riesgos (Dolengevich Segal, Rodríguez Salgado y Curto Ramos, 2024). La reducción de riesgos se sitúa principalmente en el ámbito de la prevención y en la anticipación de posibles consecuencias. Por su parte, la reducción de daños se vincula más con la intervención asistencial y con la atención a efectos ya presentes (Ministerio de Sanidad, 2023).

No existe una única forma de incorporar este enfoque, pero es importante tener en cuenta algunas recomendaciones clave para acompañar la conversación y generar un espacio que favorezca la reflexión y la toma de decisiones, respetando siempre la autonomía de la persona.

¿Cómo iniciar la entrevista?

Al inicio de la entrevista es importante dejar claro que el objetivo es comprender su experiencia y acompañarla en el cuidado de su salud y bienestar. Puede ser útil explicitar que el enfoque se basa en la reducción de riesgos y daños, reconociendo que el consumo y las prácticas sexuales forman parte de la realidad de muchas personas, que pueden generar daños para la salud y que el trabajo conjunto se centrará en minimizar consecuencias negativas y fortalecer la capacidad de decisión.

¿Cómo seguir la entrevista?

Una vez establecido el encuadre y el clima de confianza, la entrevista puede avanzar de forma flexible y no lineal, adaptándose al momento vital de la persona y a sus prioridades actuales. Desde la perspectiva de reducción de riesgos y daños, no es necesario abordar todos los aspectos en una sola sesión. Una posibilidad es organizar la entrevista en torno a estrategias que se pueden implementar antes, durante o después de la sesión, según las necesidades y posibilidades de la persona.

Antes de la sesión

Objetivo	Focos de riesgo	Estrategias de reducción de riesgos y daños
> Facilitar decisiones informadas.	Desinformación, mitos, uso de fuentes no contrastadas.	• Facilitar información clara y actualizada sobre efectos, riesgos e interacciones de sustancias. • Orientar hacia recursos comunitarios y sanitarios fiables de reducción de daños. • Explorar qué información maneja la persona y cómo la utiliza en la práctica.
> Anticipar riesgos evitables.	Policonsumo no planificado, interacciones medicamentosas.	• Revisar medicación habitual y posibles interacciones con sustancias. • Promover el análisis de sustancias cuando sea posible. • Regular el consumo, comenzando con dosis bajas, especialmente en consumos nuevos o poco conocidos.
> Favorecer autocontrol y límites.	Pérdida de control, sesiones prolongadas.	• Trabajar planificación previa: tiempo previsto, sustancias, dosis y descansos. • Explorar límites sexuales y de consumo. • Sugerir estrategias prácticas de apoyo al autocontrol (alarmas, acuerdos previos, señales de parada).
> Reducir riesgos en salud sexual.	ITS, VIH, hepatitis virales olvidos de medicación.	• Promover cribado periódico de ITS y detección precoz. • Valorar vacunación (hepatitis A y B, VPH). • Facilitar estrategias para mejorar la adherencia a tratamientos (TAR) y profilaxis PrEP (pastilleros, recordatorios).

Objetivo	Focos de riesgo	Estrategias de reducción de riesgos y daños
> Preparar el entorno.	Entornos inseguros, aislamiento, falta de apoyo.	• Planificar condiciones de seguridad del lugar donde se realizará la sesión. • Valorar informar previamente a alguien externo del lugar o duración de la sesión. • Asegurar disponibilidad de agua y bebidas sin alcohol. • Planificar alimentos fáciles de consumir (fruta, frutos secos). • Disponer de espacios para descanso (sofá, cama, mantas) que faciliten pausas • Organizar el espacio para reducir riesgos de accidentes (retirar objetos cortantes, evitar suelos resbaladizos). • Preparar con antelación materiales de reducción de daños (lubricantes, preservativos, guantes, material de consumo individual, material para la venopunción desechable, suero fisiológico, toallitas de limpieza). • Garantizar privacidad y control de accesos. • Identificar recursos de ayuda cercanos (urgencias, transporte, contacto de confianza) y tenerlos visibles o accesibles. • Valorar la presencia de personas con experiencia o referentes de confianza.

**Elaboración propia basada en Brocato & Wagner (2003), Curto et al. (2020), Dolengevich Segal, Rodríguez Salgado & Curto Ramos (2024), Energy Control (2023), Harm Reduction International (2021) Herrijgers et al. (2020), Ministerio de Sanidad (2020a, 2020b), Poullos (2022), RIOD (2018), Strong et al. (2022) y UNAD (2023).*

Durante de la sesión

Objetivo	Focos de riesgo	Estrategias de reducción de riesgos y daños
> Mantener control del consumo.	Redosificación impulsiva, policonsumo no planificado.	• Favorecer el registro del consumo (tiempos, dosis, sustancias). • Sugerir pausas entre consumos y evitar redosificaciones rápidas. • Recomendar no disponer de más cantidad de sustancia de la prevista para la sesión.
> Reducir riesgos físicos agudos.	Deshidratación, hipertermia, agotamiento.	• Recordar la importancia de una hidratación regular, sin exceso. • Favorecer pausas de descanso y momentos sin estimulación intensa. • Observar signos de alarma física (confusión, mareo, sedación, aceleración, respiración irregular).
> Disminuir riesgos asociados a vías de consumo.	Lesiones, infecciones, transmisión de ITS.	• Promover el uso individual de material de consumo (pipas, boquillas, jeringuillas, turulos). • Recomendar limpieza de juguetes sexuales y parafernalia tras cada uso. • Evitar compartir material incluso dentro de la misma sesión.

Objetivo	Focos de riesgo	Estrategias de reducción de riesgos y daños
> Identificar y manejar síntomas psicóticos.	Psicosis inducida por sustancias, desorganización, conductas de riesgo.	• Interrumpir o pausar el consumo de sustancias. • Reducir estimulación ambiental (ruido, luz, pantallas, interacción excesiva). • Favorecer un entorno tranquilo y seguro. • Ofrecer contención verbal, tono calmado y mensajes simples. • Validar el malestar emocional sin confrontar ni confirmar las creencias. • Favorecer descanso y sueño cuando sea posible. • Evitar automedicación (especialmente benzodiacepinas, alcohol o GHB).
> Proteger la salud sexual.	ITS, VIH, hepatitis virales, lesiones traumáticas.	• Favorecer el uso adecuado de lubricantes para reducir lesiones. • Facilitar el acceso a preservativos y guantes. • Recordar la toma de PrEP o TAR cuando corresponda.
> Favorecer consentimiento y cuidado relacional.	Dificultades para consentir, violencia sexual.	• Reforzar la idea de consentimiento libre, informado, reversible y entusiasta. • Promover acuerdos previos y palabras de seguridad. • Proteger a personas con disminución de conciencia o capacidad de decisión.
> Prevenir y manejar emergencias.	Sobredosis, psicosis, reacciones graves.	• Identificar signos de urgencia médica (pérdida de conciencia, síntomas psicóticos, dificultad respiratoria). • Evitar automedicación, evitar “contrarrestar” sustancias con otras. • Activar servicios de emergencia cuando exista riesgo vital.
> Favorecer la recuperación física.	Fatiga extrema, deshidratación, malestar somático.	• Priorizar descanso, hidratación y alimentación progresiva. • Evitar nuevos consumos para aliviar el malestar post-sesión. • Facilitar información sobre síntomas esperables y su evolución temporal.
> Abordar el malestar emocional.	Bajón emocional, ansiedad, ideación suicida.	• Normalizar el “bajón” sin minimizar el sufrimiento. • Fomentar contacto con personas de apoyo. • Recomendar atención en salud mental ante ideación suicida, síntomas psicóticos.
> Reducir riesgos infecciosos.	VIH, ITS, hepatitis virales.	• Valorar indicación de profilaxis postexposición (PPE) para el VIH dentro de las primeras 72 horas, cuanto antes mejor. • Facilitar cribado precoz de ITS y seguimiento posterior. • Informar sobre periodos ventana en pruebas diagnósticas.

*Elaboración propia basada en Curto et al. (2020), Dolengevich Segal, Rodríguez Salgado y Curto Ramos, (2024), Energy Control (2023), Herrijgers et al. (2020), Ministerio de Sanidad (2020a, 2020b), Poullos (2022), Strong et al. (2022) y Stuart (2017).

Después de la sesión

Objetivo	Focos de riesgo	Estrategias de reducción de riesgos y daños
> Prevenir complicaciones por abstinencia.	Síndrome de abstinencia a GHB/GBL.	• Informar de que la abstinencia puede aparecer rápidamente (primeras 24 h tras reducir o suspender el consumo). • Identificar síntomas iniciales: insomnio intenso, ansiedad, temblor, sudoración, taquicardia, náuseas. • Alertar sobre síntomas graves: agitación intensa, confusión, delirios, alucinaciones, convulsiones. • Señalar riesgo de delirium y compromiso vital en consumos frecuentes o de alta dosis. • Desaconsejar interrupción brusca y promover valoración profesional para reducción segura. • Evitar automedicación (alcohol, benzodiacepinas, otros depresores). • Derivar a atención urgente si aparecen síntomas de abstinencia.
> Detectar y abordar complicaciones médicas.	Infecciones, lesiones, priapismo, síntomas cardíacos o respiratorios.	• Recomendar atención sanitaria ante síntomas persistentes o graves. • Identificar situaciones de urgencia médica (dolor torácico, disnea, hemorragias, priapismo). • Facilitar acceso a recursos sanitarios
> Reforzar autocuidado y continuidad.	Aislamiento, repetición de patrones de riesgo.	• Facilitar espacios de reflexión sobre la sesión, si la persona lo desea. • Reforzar pequeños cuidados realizados. • Mantener el vínculo profesional como elemento de reducción de daños.

**Elaboración propia basada en Controlling Chems (2023), Curto et al. (2020), Dolengevich Segal, Rodríguez Salgado, & Curto Ramos (2024), Harm Reduction International (2021), Ministerio de Sanidad (2020a), Phan et al. (2020), Strong et al. (2022) y Stuart (2017).*

¿Cómo termina la entrevista?

Al finalizar la entrevista, es recomendable recoger de forma conjunta los aspectos clave que han surgido, poniendo el foco en los recursos personales y comunitarios que la persona ya utiliza, así como en las estrategias de reducción de riesgos y daños que resultan más realistas para ella en este momento.

El cierre puede orientarse a acordar pequeños objetivos concretos, relacionados con lo que puede ocurrir antes, durante o después de las sesiones, evitando planteamientos rígidos o prescriptivos.

Referencias bibliográficas

- Amnistía Internacional. (2021). *Consentimiento entusiasta.2*
<https://www.amnesty.org/es/latest/campaigns/2021/06/itay-tool-kit-blog-how-to-talk-and-think-about-consent/>
- Bernal, M., Riquelme, A. R., Pezzi, M., Musetti, A., Íncera-Fernández, D., & Gámez-Guadix, M. (2026). Sexual victimization in contexts of chemsex: A scoping review with harm reduction implications. *Journal of Sex Research*, 1–13. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2025.2602850>
- Brocato, J., & Wagner, E. F. (2003). Harm reduction: A social work practice model and social justice agenda. *Health & Social Work*, 28(2), 117–125.
<https://doi.org/10.1093/hsw/28.2.117>
- Ciocca, G., Robilotta, A., Fontanesi, L., Sansone, A., D'Antuono, L., Limoncin, E., Nimbi, F., Simonelli, C., Di Lorenzo, G., Siracusano, A., & Jannini, E. A. (2020). Sexological aspects related to Tinder use: A comprehensive review of the literature. *Sexual Medicine Reviews*, 8(3), 367–378.
<https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.12.004q>
- Controlling Chems. (2023). *How to manage comedowns*.
<https://controllingchemsex.com/tips-and-information/-tips/how-to-manage-comedowns>
- Curto, J., Dolengevich, H., Soriano, R., & Belza, M. J. (2020). *Documento técnico: Abordaje de la salud mental del usuario con prácticas de chemsex*. Ministerio de Sanidad.
https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/Abordaje_salud_mental_chemsex.pdf
- Curto Ramos, J., & Martín Carbonero, L. (2024). *Guía rápida de abordaje del chemsex para profesionales sanitarios*.
https://evidenze.events/downloads/guia_chemsex.pdf
- Dolengevich Segal, H., Rodríguez Salgado, B., & Curto Ramos, J. (2024). Reducción de riesgos y minimización de daños en chemsex. En D. Íncera Fernández, S. Moreno Guillén, & M. Gámez Guadix (Coords.), *Chemsex: Consecuencias sobre la infección por VIH y otros aspectos de la salud* (pp. 191–208). Editorial Universidad de Alcalá.
- Energy Control. (2023). *Chem-Safe: Información y asesoramiento sobre drogas y sexo para gestionar los placeres y riesgos asociados*.
<https://www.chem-safe.org/>
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, M., Soto, M., & Soto, O. (1998). *M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview: Versión en español 5.0.0 (DSM-IV)*. Instituto IAP.
- González Baeza, A., Azqueta Chocarro, I., & Ollero, M. J. F. (2020). Salud sexual y sexualidad en chemsex. En *Chemsex: Consecuencias sobre la infección por VIH y otros aspectos de la salud* (pp. 125–154).

- Grigg, J., Manning, V., Arunogiri, S., Volpe, I., Frei, M., Phan, V., Rubenis, A., Dias, S., Petrie, M., Sharkey, M., & Lubman, D. I. (2018). *Methamphetamine treatment guidelines: Practice guidelines for health professionals* (2nd ed.). Turning Point.
- Harding, R. E., Barton, T., Niepceon, M., Harris, E., Bennett, E., Gent, E., Fraser, F., & Morgan, C. J. A. (2025). The landscape of ketamine use disorder: *Patient experiences and perspectives on current treatment options*. *Addiction*, 120(7), 1970–1979.
<https://doi.org/10.1111/add.70073>
- Harm Reduction International. (2021). *Chemsex and harm reduction for gay men and other men who have sex with men* (Briefing note).
https://hri.global/wp-content/uploads/2022/10/HRI-Briefing-Chemsex_July_2021_Final-1.pdf
- Herriegers, C., Poels, K., Vandebosch, H., Platteau, T., Van Lankveld, J., & Florence, E. (2020). Harm reduction practices and needs in a Belgian chemsex context: Findings from a qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 9081.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17239081>
- Homman, L., Seglert, J., & Morgan, M. J. (2018). An observational study on the sub-acute effects of mephedrone on mood, cognition, sleep and physical problems in regular mephedrone users. *Psychopharmacology*, 235(9), 2609–2618.
<https://doi.org/10.1007/s00213-018-4953-1>
- Iantaffi, A., & Barker, M. J. (2017). *How to understand your gender: A practical guide*. Jessica Kingsley Publishers.
- Jaspal, R., Waters, L., & Breakwell, G. M. (2018). *Enhancing sexual health, self-identity and well-being among men who have sex with men: A guide for practitioners*. Jessica Kingsley Publishers.
- Kleinplatz, P. J., & Ménard, A. D. (2020). *Magnificent sex: Lessons from extraordinary lovers*. Routledge.
- Meller, N., & Kitrey, N. (2025). “Chemical seduction”: A narrative review of the complex impact of recreational drugs on sexual function. *IJIR: Your Sexual Medicine Journal*.
<https://doi.org/10.1038/s41443-025-01194-4>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2023). *Motivational interviewing: Helping people change and grow* (4th ed.). Guilford Press.
- Ministerio de Sanidad. (2020a). Anexo: *Reducción de riesgos en chemsex*.
<https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/Anexo.pdf>
- Ministerio de Sanidad. (2020b). *Abordaje del fenómeno del chemsex*.
https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/CHEMSEX_ABORDAJE.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2025). *Disminución del riesgo y reducción del daño*. Plan Nacional sobre Drogas.
<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/disminucionRiesgo/home.htm>

- > Negro, J. (2024). *Zero violence: consentimiento y violencias en contextos de chemsex*. Apoyo Positivo.
- > Nimbi, F. M., Rosati, F., Esposito, R. M., Stuart, D., Simonelli, C., & Tambelli, R. (2021). Sex in chemsex: Sexual response, motivations, and sober sex in a group of Italian men who have sex with men with sexualized drug use. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(11), 1955–1969.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.09.013>
- > Phan, V., Arunogiri, S., & Lubman, D. I. (2020). The assessment and management of gamma hydroxybutyrate use in general practice. *Australian Journal of General Practice*, 49(1–2), 73–78.
<https://doi.org/10.31128/AJGP-05-19-4953>
- > Poullos, A. (2022). *Harm reduction in the context of chemsex: Training manual*. AIDS Action Europe.
https://www.aidsactioneurope.org/sites/default/files/2024-06/-Manual%20work%2008.09%20final%20for%20print_%20final%202024.pdf
- > Psychological Society of Ireland. (2015). *Guidelines for good practice with lesbian, gay and bisexual clients*.
https://www.psychologicalsociety.ie/source/PSI%20Guidelines%20for%20Good%20Practice%20with%20LGB%20Clients_1.pdf
- > Psychological Society of South Africa. (2017). *Practice guidelines for psychology professionals working with sexually and gender-diverse people*.
<https://www.psyssa.com/wp-content/uploads/2018/04/PsySSA-Diversity-Competence-Practice-Guidelines-PRINT-singlesided.pdf>
- > Regina, A. C., Gokarakonda, S. B., & Attia, F. N. (2025). Withdrawal syndromes. En *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459239/>
- > RIOD. (2018). *La reducción de daños en la intervención con drogas: Concepto y buenas prácticas*.
<https://riod.org/guiareducciondedanos/>
- > Rodríguez Vega, B., & Fernández Liria, A. (2008). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Desclee de Brouwer.
- > Strong, C., Huang, P., Li, C.-W., Ku, S.-W., Wu, H.-J., & Bourne, A. (2022). HIV, chemsex, and the need for harm-reduction interventions to support gay, bisexual, and other men who have sex with men. *The Lancet HIV*, 9(10), e717–e725.
[https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(22\)00124-2](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(22)00124-2)
- > Stuart, D. (2017). *Chemsex FIRST AID*.
<https://www.davidstuart.org/chemsex-first-aid>
- > Taylor, D. M., Barnes, T. R. E., & Young, A. H. (2025). *The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry* (15th ed.). Wiley-Blackwell.
- > UNAD. (2023). *Decálogo de chemsex*.
https://www.unad.org/wp-content/uploads/2022/06/Guia_Informativa_Chemsex.pdf

www.felgtbi.org



FELGTBI+

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

Financiado por:



MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS