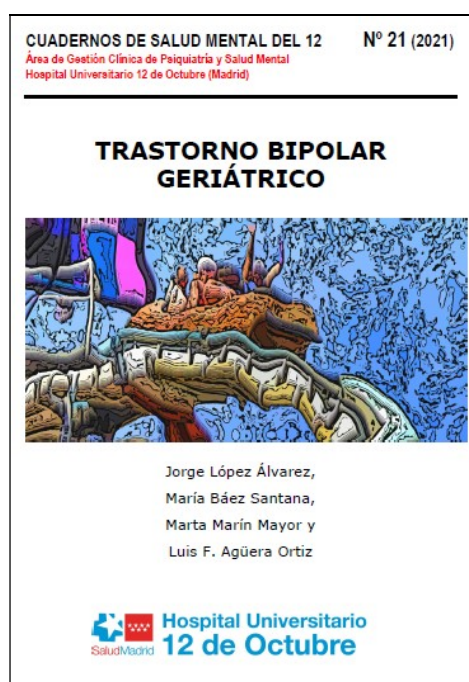
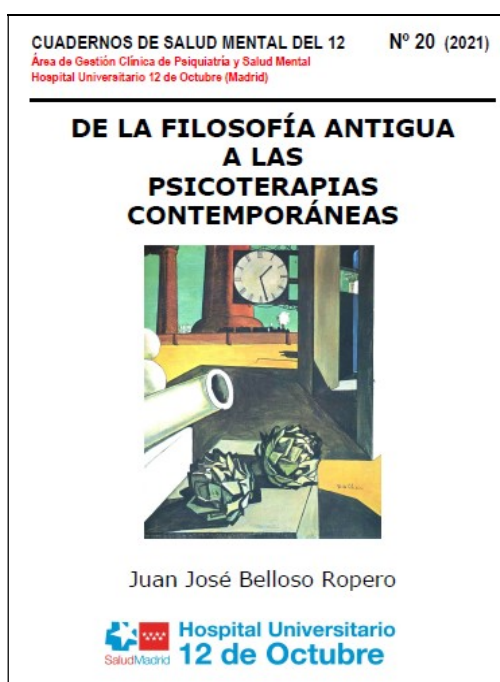


BOLETIN

Área de Gestión Clínica de PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid (España)

Número 71 – Septiembre 2021



NUEVA Web del AGCPSM:

<https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria>

Nuevos Cuadernos de Salud Mental del 12:

Nº 20: **“De la Filosofía Antigua a las Psicoterapias Contemporáneas”**
(Juan José Belloso Ropero)

Nº 21: **“Trastorno Bipolar Geriátrico”**
(Jorge López Álvarez, María Báez Santana, Marta Marín Mayor y Luis F. Agüera Ortiz)

X Jornada de actualización en Psiquiatría de Cabecera:

“Salud mental en el paciente anciano” (14 octubre 2021)

Original:

Correlatos psicopatológicos en individuos con prácticas de ChemSex y sus principales drogas de diseño desde una perspectiva biopsicosocial (Ricardo Paniagua Izquierdo)

Se está modificando la estructura de nuestra web oficial, como las del resto de hospitales y servicios de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. En las próximas semanas continuaremos actualizando la misma. Este es el formato de la actual:

<https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria>



Cualquier propuesta corresponsable de mejora de la web es bienvenida. Periódicamente cada responsable de dispositivo, programa o actividad del AGCPSM se encarga de actualizar los contenidos de su apartado.



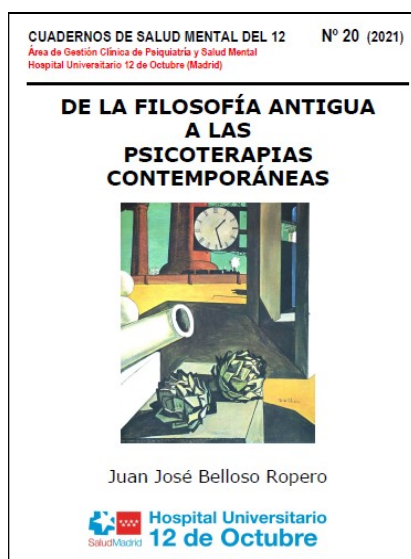
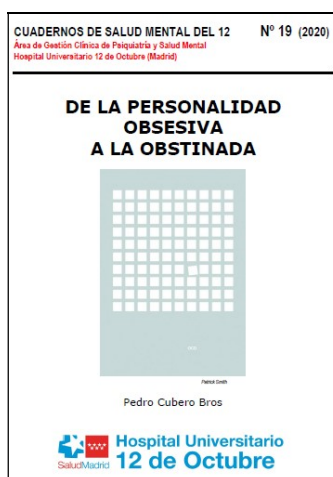
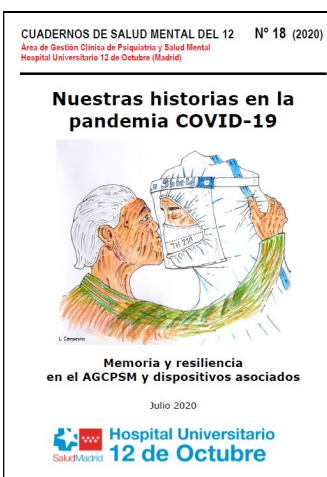
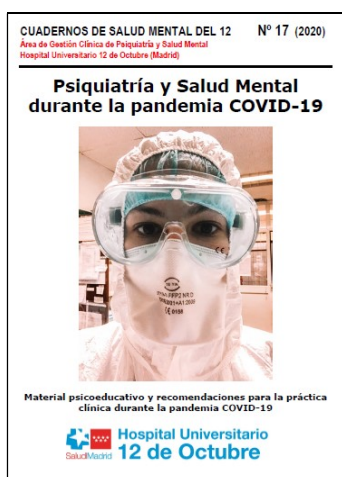
Para cualquier sugerencia sobre la información que se ofrece en este servicio web contactar con psiquiatria.hdoc@salud.madrid.org

Para mantener permanentemente actualizada nuestra web oficial y que sirva como una herramienta efectiva de comunicación para los profesionales del AGCPSM, personal en formación de pre y postgrado en nuestro servicio y resto de personas interesadas, podéis mandar cualquier información relevante y/o propuesta de mejora de la web al correo santiago.vega@salud.madrid.org .

[El Servicio](#) [Pacientes](#) [Asistencia](#) [Docencia](#) [Especialidad](#) [Investigación](#)

En las últimas semanas se han actualizado y cargado los siguientes documentos:

- Boletín AGCPSM hasta el actual (nº 71 – Septiembre 2021)
- Cuadernos de Salud Mental del 12:
 - ***Psiquiatría y Salud Mental durante la pandemia COVID-19. Material psicoeducativo y recomendaciones para la práctica clínica*** (Nº 17)
En: <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/file/4342/download?token=mGtuLYkE>
 - ***Historias en la pandemia COVID-19. Memoria y resiliencia en el AGCPSM y dispositivos asociados*** (Nº 18)
En: https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/file/4454/download?token=O5B58i_J
 - ***De la Personalidad Obsesiva a la Obstinada*** (Nº 19)
En: <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/file/4693/download?token=wXexuB6H>
 - ***De la Filosofía Antigua a las Psicoterapias contemporáneas*** (Nº 20)
 - ***Trastorno Bipolar Geriátrico*** (Nº 21)



<https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria>

OTROS RECURSOS DE SALUD MENTAL

Fundación ASAM Familia (Madrid)



HORARIO DE ACTIVIDADES 2021-2022

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
10:00	BUSQUEDA ACTIVA DE EMPLEO TAICHI	BUSQUEDA ACTIVA DE EMPLEO		Smartphone	REDES SOCIALES
11:00	CAFÉ Y AGENDA	En Femenino Nuevas Masculinidades	TEATRO	Hábitos de Alimentación	Muérete de Risa
12:00	EN MOVIMIENTO	YOGA Mindfulness	LABORES PINTURA	Mira quien Baila Activa tu Mente	Espacio Diverso
16:00	Smartphone	INFORMÁTICA	FUTBOL	Activa tu mente	SALIDAS AUTÓNOMAS
17:00	Vínculos y Relaciones Sanas	Grupos de Autoayuda para Pacientes (16:30-18:00h)	Tertulia y Revista El Arte de Contar Historias	Pasatiempos y Juegos Club de Lectura	
18:00		Grupos de Autoayuda para Familiares (18:00-20:00h)			

Los talleres dispuestos en blanco son gratuitos para socios de ASAM.

Si estas interesado en participar en alguna de nuestras actividades, ponte en contacto con nosotros para consultar disponibilidad.

Documento Aprobado por la COMISIÓN TÉCNICA DE COORDINACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD.
nº Registro CTCL-79

Encuétranos en:
 Calle Los Yébenes, 241. Madrid
www.fundacionasamfamilia.org
fundacionasamfamilia@gmail.com
639881345

@fundacionASAM

[fundacionasamfamilia](http://fundacionasamfamilia.org)

¿Conoces a jóvenes que atraviesan por una situación de dificultad?

Primer Paso se inició en el 2016, su pilar fundamental es el ocio saludable, herramienta imprescindible para un tratamiento completo e integrador. Los tratamientos farmacológicos, la ayuda psicopedagógica, terapéutica, y el apoyo familiar, siendo muy importantes, están incompletos sin el ocio.

El tiempo libre mal gestionado, puede considerarse un tiempo de riesgo si se dedica a actividades no saludables, no estructuradas ni supervisadas.

Un programa de:

Información actividades ASAM Familias: info@asam.org.es

CONVOCATORIAS

Por favor, para cualquier consulta relacionada con los cursos de Formación Continuada de Salud Mental os dirigáis al **coordinador de cada actividad o al Responsable de vuestro Hospital** (ver abajo documento con nombres y correos).

Un saludo

*Juan Carlos Duro Martínez.
Responsable de Formación Continuada.
Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones*

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE	Sara Herrera Rodríguez sara.herrera@salud.madrid.org
Atención a los Trastornos de Personalidad para profesionales sanitarios no facultativos. 1ª ed	Jennifer García González jgarciagonzalez3@salud.madrid.org
Atención a los Trastornos de Personalidad para profesionales sanitarios no facultativos. 2ª ed	Jennifer García González
Terapia Basada en la Mentalización en la práctica clínica en Salud Mental	Javier Ramos García javier.ramos@salud.madrid.org
Supervisión de casos de trastornos de la personalidad	Javier Ramos García
Unidad Infanto-Juvenil	
Sesiones de actualización en salud mental infanto-juvenil	María José Güerre Lobera mariajose.guerre@salud.madrid.org
Diversidad sexual y de género en la infancia y adolescencia	María José Güerre Lobera
Hospital de Día "Pradera de San Isidro"	
Supervisión del trabajo en equipo	Laura Carballeira Carrera laura.carballeira@salud.madrid.org
CSM de Carabanchel	
Supervisión de casos con trastorno de la personalidad	Jorge López Álvarez jorge.lopez@salud.madrid.org
Sesiones de actualización en salud mental	Jorge López Álvarez
CSM de Usera	
Sesiones de actualización en salud mental	Sara Herrera Rodríguez
CSM de Villaverde	
Sesiones de actualización en salud mental	Juan de Dios Molina Martín juande.molina@salud.madrid.org

Diversidad sexual y de género en la infancia y adolescencia

Del 14 septiembre al 14 de diciembre de 2021

Para inscribirse pinchar aquí

INSCRIPCIÓN

Las datos personales recogidos serán incorporados y tratados en un fichero perteneciente a la Dirección General de Investigación y Formación, cuya finalidad es gestionar las solicitudes de participación del alumnado en actividades de formación y facilitar la difusión de la oferta formativa de la Dirección General. Dicho fichero se halla sometido al Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es) y está sometido a las condiciones previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Investigación y Formación. Autorización e identificación de ficheros de datos personales de carácter público. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Dirigido a: Profesionales de Salud Mental de la Consejería de Sanidad

Objetivo general: Mejorar la calidad de la práctica asistencial de salud mental a las personas con diversidad de género.

Objetivos específicos:

Actualizarse en los conocimientos sobre diversidad de género en niños y adolescentes y en las distintas realidades de los colectivos con diversidad de género

Actualizarse sobre las distintas modalidades actuales de intervención en la práctica asistencial de salud mental infanto-juvenil a propósito de pacientes complejos.

Fomentar el conocimiento de programas específicos de trabajo con niños y adolescentes con diversidad de género.

Estimular el debate y puesta en común de casos clínicos complejos..

Metodología: Exposición del caso clínico y debate.

Duración: 18 horas

Número de plazas: 50

Fechas y horario: Del 14 septiembre al 14 de diciembre de 2021, de 13.30-15 h.

Lugar de celebración: Centro de Actividades Ambulatorias Bloque B 3º Planta Sala de grupos (psiquiatría). Hospital 12 de Octubre. Madrid y Vía ZOOM

Coordinación:

Docente: María José Güerre Lobera y Sara Herrera Rodríguez.

Técnica: Sara Herrera Rodríguez. Responsable de Formación Continuada de Salud Mental. H. 12 de Octubre
Juan Carlos Duro Martínez. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones

fecha	Horario	Contenido	Profesorado
14-09-21	13.30-15h	Conceptos y terminología sobre transexualidad-identidad de género-disforia de genero	NURIA ARAQUE ASENJO
28-09-21	13.30-15h	Casos clínicos sobre Diversidad Sexual y de Género en la Infancia.	NURIA ARAQUE ASENJO
26-10-21	13.30-15h	Casos clínicos sobre Diversidad Sexual y de género en la Adolescencia. Caso clínico.	NURIA ARAQUE ASENJO
23-11-21	13.30-15h	Estructura-Organigrama de Abordaje multidisciplinar	MARIA JESUS LUCIO PÉREZ
14-12-21	13.30-15h	Cuestiones legales, éticas y asociaciones.	MARIA JESUS LUCIO PÉREZ

Liderazgo ético en la gestión sanitaria, a propósito del COVID-19 (20 al 28 septiembre 2021)

Solicitada Acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS)

Liderazgo ético en la gestión sanitaria, a propósito del COVID-19

Del 20 al 28 de septiembre de 2021

[Para inscribirse pinchar aquí](#)

INSCRIPCIÓN

-PARA LA OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO ES IMPRESCINDIBLE LA ASISTENCIA AL 100% DE LAS HORAS LECTIVAS

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en un fichero perteneciente a la Dirección General de Investigación, Docencia y Documentación, cuya finalidad es gestionar las actividades de docencia del curso. Los datos de inscripción y facilitar la obtención de la oferta formativa de la Dirección General. El participante se halla inscrito en el Programa de Formación de la Agencia Española de Protección de Datos (en adelante) y podrá ser objeto de las acciones previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es Dirección General de Investigación, Docencia y Documentación. Solicitud de inscripción donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, modificación, cancelación y oposición en el punto de contacto: 20 - 2021 - Madrid, todo lo cual se informa en cumplimiento del art. 5 de la Ley Orgánica 15/1989, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

SaludMadrid Servicio Madrileño de Salud Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental Comunidad de Madrid

Dirección General de Investigación, Docencia y Documentación CONSEJERÍA DE SANIDAD

Liderazgo ético en la gestión sanitaria, a propósito del COVID-19

Dirigido a: Profesionales de Salud Mental la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid interesados en la gestión sanitaria

Objetivo general: Aprender a liderar equipos de acuerdo a las necesidades de la organización sanitaria incorporando la ética a sus reflexiones.

Objetivos específicos:

Adquirir conocimientos generales en el área de la ética de la virtud y su aplicación al ámbito sanitario.

Aumentar la capacidad para detectar conflictos éticos; y adquirir herramientas para solventarlos.

Reflexionar sobre el liderazgo ético en valores, como individuos y como líderes de equipos de trabajo; y su trascendencia en la gestión del COVID.

Metodología: Teórico-práctica. Se utilizará la Plataforma corporativa ZOOM

Duración: 10 horas **Número de plazas:** 30

Fechas y horario: 20, 21, 22, 27 y 28 de septiembre 2021, de 16:30 a 18:30 h.

Coordinación: Patricia Fernández Martín. Psicóloga clínica. Hospital Ramón y Cajal
Juan Carlos Duro Martínez. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones

Día y mes	Ponente	Contenido
20 de septiembre 16:30 a 18:30 h	Rodrigo Tena	Introducción al liderazgo ético y al autoconocimiento en la gestión en valores.
21 de septiembre 16:30 a 18:30 h	Ignacio Gomá	Reflexión en torno a las virtudes de la integridad y de la tolerancia.
22 de septiembre 16:30 a 18:30 h	Patricia Fernández	Virtudes de la resiliencia y de la mentalidad de crecimiento.
27 de septiembre 16:30 a 18:30 h	Gonzalo de los Santos	Retos bioéticos en la práctica clínica, durante la gestión sanitaria del COVID.
28 de septiembre 16:30 a 18:30 h	Mercedes Navío.	Gestión sanitaria desde la ética de la responsabilidad

Docentes:

Rodrigo Tena Arregui. Notario. Autor de varias publicaciones en revistas especializadas sobre la importancia social y política de los arquetipos morales.

Ignacio Gomá Lanzón. Notario. Presidente de la Fundación Hay Derecho.

Patricia Fernández Martín. Psicóloga clínica. Hospital Ramón y Cajal

Gonzalo de los Santos Granados. Jefe de Servicio de Otorrinolaringología. Presidente del Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria del Hospital Ramón y Cajal. Máster en Bioética

Mercedes Navío Acosta. Psiquiatra. Coordinadora de la Oficina Regional de Salud Mental y Adicciones

Actualización sobre los efectos en los menores de la violencia de pareja hacia la mujer (4 al 8 octubre 2021)

Solicitada la acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS)

Actualización sobre los efectos en los menores de la violencia de pareja hacia la mujer

Del 4 al 8 de octubre del 2021

Comisión Técnica de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género



Los datos personales recogidos serán tratados de conformidad con el Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos Personales y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, con la finalidad de gestionar las solicitudes de participación en eventos en las subvenciones, concursos y licitaciones de carácter formativo. Queda reservado durante el tiempo suficiente para cumplir con la normativa vigente aplicable. El responsable del tratamiento es la Dirección General de Investigación, Docencia y Documentación de la Comunidad de Madrid, con domicilio en C/ Arzobispo, 29 28013 Madrid, cuyo Delegado de Protección de Datos (DPO) es el 'Consejo DPO de la Comunidad de Madrid de la Comunidad de Madrid' con dirección en Plaza Carlos Tres Reyes 07 (Staff) Solano, Madrid 28002.

Actualización sobre los efectos en los menores de la violencia de pareja hacia la mujer

Dirigido a: Profesionales de Salud y Salud Mental, con preferencia aquellos que trabajen con población infanto-juvenil y tienen formación previa en el tema: Psicólogos, Psiquiatras, Enfermería Salud Mental, Trabajo Social, Pediatras y Enfermería Pediátrica

Objetivo general:

Mejorar la detección y tratamiento de los casos de menores víctimas de la violencia de género en la red de salud, tanto en salud mental como en atención primaria

Objetivos específicos:

Conocer aspectos novedosos de las actuaciones de detección e intervención frente los efectos en la infancia de la violencia de género.
 Profundizar en problemáticas actuales con las/os profesionales que trabajan con niños y adolescentes para la detección, valoración, intervención, seguridad y derivación de aquellos que sufren los efectos de la violencia de pareja
 Conocer distintos aspectos de la especificidad del trauma de la violencia de género sobre los hijos y formas de intervención.
 Reflexionar sobre la victimización secundaria: en los abordajes terapéuticos, institucional y de los profesionales.

Metodología: Exposición de los diferentes temas mediante presentación en Power Point. Supervisión de material clínico y exposición de casos. Se dará al final de cada tema tiempo para resolución de dudas.

Duración: 10 horas.

Número de plazas: 25

Fechas y horario: Del 4 al 8 de octubre del 2021, de 13:00 a 15:00 h

Lugar de celebración: Se utilizará la Plataforma corporativa ZOOM.

Coordinación:

Docente: María José Ortega Cabrera. Referente V.G. Unidad de Hospitalización Breve Adolescentes. Hospital Universitario 12 de Octubre.
 Cristina Polo Usaola. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Técnica: Dirección General de Planificación,
informacioncursos.fc@salud.madrid.org Teléfonos:914265456 / 915290599

Programa y profesorado:

Día	Contenido	Docentes
4 de Octubre del 2021	Detección y evaluación de los menores que sufren violencia de género. Evaluación de las competencias dañadas	Pablo Nieva Serrano. Psicólogo Coordinador del Programa de Atención a Menores Víctimas de Violencia de Género en Castilla La Mancha
5 de Octubre del 2021	Efectos de la VG sobre las Funciones de la madre como Figura de Apego Primordial y el incremento del daño traumático en ambas figuras (M/N).	Antonio Escudero Nafs. Psiquiatra Programa de Salud Mental Infanto-Juvenil en CSM Majadahonda
6 de Octubre del 2021	Intervención sistémica con el adolescente vulnerable y el núcleo familiar víctima de violencia de género.	María José Ortega Cabrera. Psicóloga clínica Referente v.g.. Unidad de Hospitalización Breve Adolescentes. USMIJ Hospital Universitario 12 de Octubre.
7 de Octubre del 2021	Intervención individual y tratamiento con menores víctimas de violencia de género.	Isabel Vicente Sánchez. Psicóloga Clínica. Programa Atiende-Niños. Centro de Salud Mental de Retiro / Servicio de Psiquiatría del Niños y del Adolescente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
8 de Octubre del 2021	Aportaciones de la neurobiología. Efectos de la violencia de género en la salud de niños, niñas y adolescentes.	Lola Aguilar Redorta. Pediatra de Atención Primaria. Unidad Funcional de Pediatría Social. Consorci Sanitari de Terrassa (Barcelona)

Salud mental en el paciente anciano (14 octubre 2021)

Con la colaboración de:



X Jornada de Actualización en PSIQUIATRÍA DE CABECERA "Salud Mental en el Paciente Anciano"

Coordinadores
Dr. J.D. Molina Martín. CSM Villaverde, Madrid
Dra. C. Andrade Rosa. C.S. Los Castillos, Alcorcón

INSCRIPCIÓN GRATUITA:
A través del correo electrónico:
psiquiatriadecabecera@gmail.com
Datos necesarios para inscripción:
Nombre y apellidos, especialidad y centro de trabajo

FECHA: 14 de Octubre, 9:30 Horas

LUGAR: Hotel Meliá Serrano
Calle de Claudio Coello, 139, Madrid
Parking concertado con el hotel

OBJETIVOS

El objetivo de esta jornada es conseguir una actualización en algunos aspectos prevalentes y de importancia clínica y social del manejo de la salud mental del paciente anciano.

Se comenzará con un taller práctico sobre el diagnóstico y abordaje del insomnio.

Se adquirirán habilidades para detectar el maltrato en el anciano y se abordarán las consecuencias legales del mismo.

Tendremos un encuentro con dos expertos. Se podrá interactuar con un psiquiatra y un geriatra para tratar el manejo de psicofármacos en el anciano: antidepresivos, antipsicóticos, benzodiazepinas.

PONENTES

- o Dra María José Ávila Sánchez. Especialista en psiquiatría. Médico de familia CS Mirasierra de Madrid
- o Dra. Andrade Rosa, Cristina. Médico de Familia. C.S. Los Castillos, Alcorcón.
- o Dr. Ignacio Revuelta Lucas. Médico de Familia. C.S Rafael Alberti de Madrid.
- o Dr. Molina Martín, Juan de Dios. Especialista en psiquiatría Jefe del CSM de Villaverde. Hospital 12 de octubre de Madrid.
- o Dr. Rosa Molina Ruíz. FEA de psiquiatría. Hospital Clínico San Carlos de Madrid.
- o Dr. José Luis Tobaruela. González, médico Geriatra. Director Residencia Municipal de Griñón (Madrid).

PROGRAMA

6,5 horas lectivas

Jueves 14 de Octubre

9.15 - 9:30 h. Presentación

9:30 - 11:45 h. "Que no te quiten el sueño" con la prescripción y la deprescripción. Taller de manejo integral del insomnio en el anciano.
Dra. Mª José Ávila Sánchez y Dra. Cristina Andrade Rosa

11:45 - 12:15 Descanso café

12:15 - 14: 00 h. " Malos tratos a personas mayores. Posibilidades de intervención: De la dimensión clínica a la legal"
Dr. Ignacio Revuelta Lucas y Dr. Juan de Dios Molina Martín

14:00 - 15:30 Comida

15:30 - 17:30 ENCUENTRO CON EL EXPERTO
"Manejo de los psicofármacos en el paciente anciano. ¿Perspectiva Psiquiátrica y Geriátrica?"
Dra. Rosa Molina Ruíz y Dr. José Luis Tobaruela

17:30 - 17:45 Evaluación y Clausura

III Jornada de Actualización en Derechos Humanos en Salud Mental: Atención en crisis. Cuidar en momentos difíciles (29 octubre. 2021)



Solicitada Acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS)

III Jornada de Actualización en Derechos Humanos en salud mental.

Atención en crisis.

Cuidar con respeto en los momentos difíciles

29 de octubre de 2021

[Para inscribirse pinchar aquí](#)

INSCRIPCIÓN



Las datos personales recogidos serán incorporados y tratados en un fichero perteneciente a la Dirección General de Investigación, Docencia y Documentación de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, con el fin de gestionar las actividades de formación del alumnado en las actividades de formación y facilitar la difusión de la oferta formativa de la Dirección General de Investigación, Docencia y Documentación de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Investigación, Docencia y Documentación de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, modificación, cancelación y oposición está en el correo electrónico: GDID@cmadrid.es, todo lo cual se integra en el cumplimiento del art. 15 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.



Servicio Madrileño de Salud
Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Comunidad de Madrid



Dirección General de Investigación, Docencia y Documentación
CONSEJERÍA DE SANIDAD

III Jornada de Actualización en Derechos Humanos en salud mental.

Dirigido a: Profesionales de Salud Mental de la Consejería de Sanidad y de Atención Primaria y del SUMMA112 y Hospitales, Urgencias.

Objetivo general:
Promover la mejora de la atención de calidad a las personas con problemas de salud mental desde el respeto a los Derechos Humanos

Objetivos específicos:
Conocer distintas experiencias y buenas prácticas en torno a la atención y el apoyo a las personas con problemas de salud mental desde el respeto a los Derechos Humanos.

Promover el respeto a los Derechos Humanos desde la experiencia de los usuarios y su participación en los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental.

Metodología: Exposiciones teórico-prácticas y debate

Duración: 5 horas **Número de plazas:** 50

Fechas y horario: 29 de octubre de 2021, de 9:00 a 14:30 h

Coordinación:
Docente: Beatriz Baón Pérez. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones

Técnica: Juan Carlos Duro Martínez. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones Tfno 913643037

•Dirección Médica del SUMMA112

	Contenido	Profesorado
Mesa Redonda: Atención en crisis. Nuevo protocolo de actuación Modera: Mercedes Navio Acosta	Situación actual e Implantación de cambios	Dirección médica SUMMA112
	Crisis, entorno e intervención de los profesionales	Luis Nocete Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Príncipe de Asturias
	Orientación diagnóstica y tratamiento de la agitación	Javier Correas/Silvia García Jorge Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital del Henares
	Experiencia y cambios en la intervención in situ en crisis de salud mental	Susana Peñauela /profesional de Psicología Clínica SUMMA112
	Experiencia en primera persona	Experto en primera persona Federación Salud Mental Madrid
Mesa Redonda: Planificación Anticipada de decisiones Modera: Beatriz Baón Pérez	Instrucciones previas y voluntades anticipadas. Experiencias y futuro.	Joaquín Rubio Ajenjo Área de Bioética y Derecho Sanitario. Consejería de Sanidad
	Experiencia en la implantación de la PAD en un Área de Gestión Clínica	Ana Moreno Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Príncipe de Asturias
	Experiencia en la Clínica. Toma de decisiones compartida	Javier Sanz Montenegro Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital 12 de Octubre.
	Promover la autonomía desde instituciones no sanitarias	Por determinar
	Experiencia en primera persona	Experto en primera persona Federación Salud Mental Madrid

Correlatos psicopatológicos en individuos con prácticas de *ChemSex* y sus principales drogas de diseño desde una perspectiva psicosocial

Ricardo Paniagua Izquierdo

Psicólogo Forense. Investigador. Máster Psicología General Sanitaria UCM.

RESUMEN

El consumo de drogas es un fenómeno dinámico cuyos patrones y sustancias se encuentran en constante cambio acorde a las circunstancias sociales e individuales. En este contexto, se ha observado recientemente un incremento del uso sexualizado de drogas conocido como ChemSex, cuya complejidad requiere un estudio y abordaje desde un modelo biopsicosocial. Este fenómeno acostumbra a darse en hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) y responde a un sustrato cultural inherente al colectivo LGTBI. Dados los múltiples factores de riesgo para desarrollar patologías físicas y psíquicas intrínsecos al ChemSex, el presente artículo procura exponer, mediante una revisión bibliográfica, los aspectos teóricos más relevantes.

El objetivo principal es proporcionar las claves para una correcta identificación de la problemática manifiesta cuando esta guarda relación con el fenómeno ChemSex. Secundariamente, se procura reflejar el alcance de las repercusiones en la salud y adaptar la práctica y el conocimiento del clínico a los requerimientos de la evaluación e intervención. Debido a los estigmas inherentes al colectivo y aquellos asociados a estas prácticas, la evaluación puede resultar compleja si no se parte de determinados preámbulos. Finalmente, se realiza una breve descripción de las principales sustancias de síntesis consumidas en este contexto, a saber: GHB/GBL, mefedrona y catinonas sintéticas y metanfetamina.

Palabras clave: *ChemSex, mefedrona, catinonas, GHB, metanfetamina.*



INTRODUCCIÓN

El *ChemSex* (del inglés *Chemical Sex*) es definido como el uso intencionado de drogas para mantener relaciones sexuales por un periodo prolongado de tiempo (desde horas a varios días), cuyo elemento clave es la duración, ya que incrementa la exposición a múltiples riesgos (Fernández-Dávila, 2016). Este uso sexualizado de estupefacientes va más allá del mero correlato e implica una práctica cuyo enfoque responde a un fenómeno biopsicosocial de gran sustrato cultural. El consumo recreativo de drogas en contextos sexuales de *ChemSex* está vinculado, generalmente, a la cultura sexualizada LGTBI y, en particular, a la cultura gay (Curto *et al.* 2020). Como señalan, no es una práctica patológica *per se*, pero sí comprende diversos aspectos que pueden repercutir negativamente en la salud de las personas a nivel físico, mental y social.

El usuario con prácticas de *ChemSex* no responde a un perfil probabilístico concreto, siendo bastante heterogéneo, no obstante, los análisis sociodemográficos sí muestran valores consistentes en algunos parámetros. A continuación se detallan los principales resultados de tres grandes encuestas: Zaro *et al.*, 2016 (n=486), EMIS-2017 (n=10.634), y HOMOSALUD, 2021 (n=267), siendo la recencia de esta última un elemento que facilita la observación del curso temporal que lleva el fenómeno *ChemSex* en nuestro país.

Sendas encuestas coinciden en que la edad promedio de los usuarios de *ChemSex* es de unos 35 años con un rango comprendido entre 25 y 45 años. Suelen presentar estudios superiores (entre el 63,3% - 81,1%) y estar asentados laboralmente (65% - 83,5%). Son, en su inmensa mayoría (99,2% - 99,7%), hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y solteros (70% aprox.). Residen en una gran urbe, generalmente Madrid y Cataluña y, aproximadamente, el 75% son españoles. La encuesta HOMOSALUD (2021) añade que 18,6% de los encuestados residen en zonas rurales. Por lo que parece que el fenómeno ya no está tan focalizado en las grandes ciudades y comienza a expandirse a áreas menos pobladas y concurridas. Por otra parte, también se observa un perfil más marginal de personas que emigran del Sur de América sin recursos. Es posible que realicen actividades de narcotráfico a pequeña escala como medio de financiación o que ejerzan la prostitución, aspectos que facilitan el consumo de sustancias en contextos sexuales.

Las sesiones de consumo de *ChemSex*, conocidas en el argot como “*Chills*” o “*Colocones*” se promueven mediante aplicaciones móviles de geolocalización donde se buscan potenciales parejas. El mecanismo psicológico que subyace a su uso es un programa de reforzamiento de razón variable, luego se observan personas con un uso patológico de los dispositivos móviles.

Uno de los riesgos del *ChemSex* es su escasa visibilidad, los estigmas inherentes al colectivo LGTBI ocultan el fenómeno ante la sociedad. Atendiendo a la definición clásica de Goffman de 1963, el estigma es considerado como la presencia de un atributo personal negativo y, en extremo, denigrante, que hace a la persona diferente al resto (Pedersen, 2009). La estigmatización es un proceso dinámico que varía en virtud de los acontecimientos socioculturales, en los que se mantiene una base donde prepondera un marcado patrón de distanciamiento y marginación social. El colectivo LGTBI debe enfrentarse a múltiples procesos estigmatizantes, a saber: homofobia estructural e internalizada, el estigma del VIH/ SIDA, determinados rasgos más “afeminados”, desviación de un canon estético estricto, la soledad y la vejez... Esta etiquetación devalúa y hace sentir apartada a la propia persona, e incluso dentro del propio colectivo hay discriminación. Por ello, se genera una pérdida de estatus en la jerarquía social que fomenta la dinámica de exclusión y etiquetación con sus respectivas consecuencias psicológicas negativas. Este rechazo y devaluación llega a configurar parte de la historia psicobiográfica del individuo. Una vez que la persona es denigrada por una cualidad intrínseca e inherente a ella misma, procura buscar la aceptación que, en algunos casos y en presencia de algunos factores de riesgo, puede ser facilitada por el uso de drogas.

METODOLOGÍA

Con el objetivo de proporcionar una visión holística del fenómeno y de sus principales consecuencias, se plantea una revisión bibliográfica subdividida en dos secciones. La primera analiza el impacto sobre la salud sexual y mental que pueden tener las prácticas de *ChemSex*. La segunda refleja los aspectos relacionados con el historial toxicofílico en lo que refiere a los nuevos patrones de consumo y a la tipología de las principales sustancias de abuso.

Este artículo presenta su fundamento, principalmente, en tres informes epidemiológicos de España: Zaro *et al.* (2016), EMIS (2017) y HOMOSALUD (2021). El resto de la literatura científica consultada se ha obtenido mediante búsquedas en PubMed, PsycInfo y Google Scholar, además del análisis del bibliográfico de las referencias obtenidas tanto en lengua castellana como inglesa.

RESULTADOS

1. Repercusiones sanitarias en los usuarios con prácticas de *ChemSex*

1.1. Salud sexual: VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS)

En lo que respecta a la salud sexual, se observa una elevada prevalencia en el diagnóstico de VIH (16,5% - 50,2%), así como de infecciones sifilíticas (5,4% - 45,12%), gonocócicas (6,1% - 34,15%), clamidia (3,7% - 29,8%), hepatitis C (0,4% - 3,2%) y virus del papiloma humano (2,9% - 16,34%) en los últimos 12 meses. Los datos expuestos se muestran en la misma línea que los valores reflejados por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE, 2020), donde la incidencia del diagnóstico de ITS presenta un crecimiento exponencial. El grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH (GTTVIH, 2017) expone que, dadas las prácticas sexuales que se dan en contexto de *ChemSex* existe riesgo de transmisión del virus de la hepatitis C (VHC). Se observa mayor riesgo en: personas con VIH (deficiencias inmunológicas con aumento de la carga viral del VHC), uso de drogas inyectables y no inyectables (presencia de conductas de riesgo y consecuencias fisiológicas de las sustancias) y HSH con múltiples parejas y prácticas sexuales de elevado riesgo (lesiones traumáticas en mucosas). Se han observado brotes de VHC en grandes ciudades como Madrid y Barcelona asociados a estas prácticas.

Por el contrario, según el informe epidemiológico del VIH y SIDA en España de 2019 (PNSS, 2020), la tendencia de transmisiones de VIH es estadísticamente decreciente. Los hombres suponen un mayor número de casos que las mujeres, así como el modo de transmisión presenta una prevalencia más acentuada en las relaciones sexuales de HSH, seguido, en menor grado, de relaciones heterosexuales y por último, usuarios que se administran drogas por vía parenteral (ADVP). Este decremento guarda relación con el objetivo 90-90-90: el 90% de las personas con VIH deben estar diagnosticadas, recibiendo el 90% tratamiento y que el 90% tengan una carga viral indetectable. Así como con la dispensación de la profilaxis preexposición al VIH (PrEP), financiada por el Ministerio de Sanidad (2019), cuya toma es frecuente en usuarios de *ChemSex*. Resulta relevante destacar que aquellas personas con VIH y en tratamiento antirretroviral (ARV) o en PrEP que practican *ChemSex*, presentan mala adherencia al tratamiento y/o interacciones farmacológicas nocivas (Coll y Fumaz, 2016).

El análisis retrospectivo de Pakianathan *et al.* (2018) de 1708 hombres, de los cuales 286 (16,5%) practicaban *ChemSex*, reflejó una mayor proporción en el grupo de *ChemSex* en los diagnósticos de VIH (OR: 5,06; 95% IC: 2,56-10,02; $p < 0,001$), ITS (OR: 3,57; 95% IC: 2,71-4,70; $p < 0,001$) y VHC (OR: 13,86; 95% IC: 3,65-52,57; $p = 0,002$). También observaron diferencias conductuales en sendos grupos, cuya proporción es significativamente superior

($p < 0,001$) en aquellos con prácticas de *ChemSex* en lo que respecta a: más de 5 parejas sexuales en el último trimestre (OR: 5,52), uso de PEP o profilaxis post exposición al VIH (OR: 3,34), sexo en grupo (OR: 16,59), *fisting* (OR: 13,16), compartir juguetes sexuales (OR: 12,98), uso de aplicaciones de georradar (OR: 11,13) y uso de drogas inyectadas (OR: 131,79). Esta relación hace explícita que a medida que se incrementa el número de drogas consumidas aumenta el número de parejas sexuales así como las conductas sexuales de riesgo (Folch *et al.*, 2015).

Luego, estos datos, tomados en conjunto, sugieren que los usuarios con prácticas de *ChemSex* presentan con elevada prevalencia diagnóstico de VIH, están bajo tratamiento de PrEP o han tomado PEP. También es común un historial de diagnósticos de infecciones de transmisión sexual en los últimos meses o años. Estos datos actúan como un indicador de la existencia de prácticas sexuales de riesgo que podrían estar presentes en un contexto de *ChemSex*.

1.2. Salud mental del usuario con prácticas de *ChemSex*

En lo referente a los aspectos relacionados con la salud mental, la práctica problemática del *ChemSex* parece estar relacionada con diversas alteraciones psicopatológicas. Dados los diseños de los estudios analizados no se permite inferir causa. No obstante, se puede observar una estrecha relación en lo referente a los correlatos y los análisis de los ratios de proporciones que facilitan una aproximación del alcance psicológico del fenómeno.

El análisis de las motivaciones para la práctica de *ChemSex* ilustra cómo los usuarios presentan una baja autoestima y emplean las sesiones de consumo como una estrategia de evitación emocional de los sentimientos negativos y de soledad. Otras motivaciones se relacionan con el estigma del VIH, conflictos pasados no elaborados (en especial abuso sexual), homofobia interiorizada, necesidad de pertenencia al grupo, rupturas de relaciones sentimentales, aumentar la afirmación sexual y la autoeficacia percibida, influencia del entorno, favorecer la desinhibición, fomentar sensaciones de intimidad. También ha de tenerse presente la finalidad hedónica en lo referente a determinadas prácticas sexuales que, sin los efectos de la sustancia, no se realizarían (Curto *et al.*, 2020; Fernández-Dávila, 2016).

1.2.1. Trastornos afectivos y conductas suicidas

Los resultados de la encuesta EMIS-2017 mostraron que el 17,2% de los participantes presentan un grado de ansiedad y/o depresión moderada o severa (medición con PHQ-4 de Kroenke *et al.*, 2009). Es más, el 21,4% afirmaron experimentar ideación suicida en las últimas

dos semanas, en semejanza con el 28,2% de la encuesta HOMOSALUD (2021). Según Zaro *et al.* (2016), el 9,9% de los encuestados toman antidepresivos y el 9,7% ansiolíticos. Curto *et al.* (2020) destacan que el riesgo de padecer trastornos depresivos, de la ansiedad y por consumo de sustancias es 1,5 veces más altos en HSH. No necesariamente han de expresarse cuadros clínicos bien definidos, sino que puede darse una expresión subclínica o sindrómica de la sintomatología ansioso-depresiva cuya afectación a la persona sea significativa en su calidad de vida. Se destacan múltiples emociones negativas como culpa, vergüenza, arrepentimiento, frustración, pérdida de control... en relación con la práctica del *ChemSex*. En conclusión, se observa que una gran proporción de las personas con estas prácticas presentan un nivel afectivo hipotímico o disfórico cuya afectación es directa en su calidad de vida, configure o no un cuadro clínico de por sí.

Mención aparte especial merece el suicidio, dado que el riesgo de tentativas es el doble en la población LGTBI (Curto *et al.*, 2020). Cabe destacar que el efecto farmacológico de los estupefacientes también incrementa el riesgo. El análisis forense de Elliott y Evans (2011) de 203 casos de suicidios relacionados con drogas (no sobredosis) demostró que 106 personas eran consumidoras de mefedrona, además de otras 75 que consumían catinonas sintéticas cuya proporción es significativamente elevada. El riesgo se agrava si la situación económica y laboral es desfavorable (EMIS-2017). Por otro lado, el consumo en contexto de *ChemSex* supone un riesgo mayor para la salud que el consumo en entornos generales. Según la encuesta HOMOSALUD (2021), se observa una proporción OR: 1,82 veces mayor (95% IC:1,20–2,77; $p<0,005$) de presentar pensamientos de querer morirse en consumidores en contextos de *ChemSex* que ante consumos generales dentro del colectivo LGTBI. Las ideas de suicidio son más frecuentes ante usuarios con ADVP (Curto *et al.*, 2020).

Como afirma Echeburúa (2018), el suicidio no sólo constituye una urgencia vital situada en la biografía de una persona, sino la confluencia de múltiples factores agravados por el debilitamiento de las relaciones afectivas y sociales. Una red de apoyo y de atención socio sanitaria interdisciplinar en personas con prácticas problemáticas de *ChemSex* es de gran importancia de cara a la prevención, identificación e intervención de la problemática y sus posibles consecuencias.

1.2.2. Episodios psicóticos

En lo referente a episodios psicóticos, la literatura científica recoge varios casos, especialmente ante administración intravenosa (Dolengevich *et al.*, 2016; Zaro *et al.*, 2016). Si

el consumo se da en contexto de *ChemSex* existe una proporción OR: 2,69 veces mayor (95% IC: 1,22–5,93; $p < 0,005$) de presentar alucinaciones visuales y/o auditivas (HOMOSALUD, 2021). Ante consumo de mefedrona y/o metanfetamina se observa una ideación paranoide persistente que puede derivar en conductas hetero y autoagresivas con evidente pérdida de control cognitivo y volitivo. La paranoia se intensifica y prolonga ante consumo parenteral de mefedrona (Van Hout y Bingham, 2012), que actúa como un factor de riesgo para la expresión de cuadros psicóticos y/o agresividad agravados por el insomnio y la anorexia ligadas a las largas sesiones de consumo.

En relación, la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) describe la psicosis anfetamínica como una manifestación similar al de otros estimulantes simpaticomiméticos (APA, 2013). La persona afectada suele expresar ideación paranoide, así como parasitosis o delirio de formicación, con las consiguientes lesiones dermatológicas autolíticas. Ante psicosis inducida por intoxicación de mefedrona u otras catinonas sintéticas, la literatura científica recoge varios casos de alucinaciones auditivas y visuales con seres sobrenaturales o terroríficos (según apreciaciones subjetivas, como fantasmas, demonios o payasos) y un importante componente de ideación paranoide persecutoria (Paniagua y Dujo, 2019). Esta vivencia puede llevar a la persona a una conducta extremadamente violenta, hecho que, si se combina con la elevada sensación de calor que provoca la hipertermia, puede generar que el afectado se desnude y se comporte violentamente. Esta manifestación es poco común y se relaciona más con catinonas sintéticas cuya estructura presenta un anillo de pirrolidina pero, dada su notoriedad, es conocida mediáticamente como el efecto de la “droga canibal.” No obstante, esta conducta se encuadra más en una intoxicación grave por un agente simpaticomimético (sea coaínico, anfetamínico, metanfetamina o catinona sintética...) que por una sustancia en concreto que evoque tales efectos.

En relación, el modelo secuenciado de la intoxicación por mefedrona de Paniagua y Dujo (2019) demuestra que la sintomatología psicótica agrava el cuadro clínico suscitado y puede perdurar hasta varios días tras el cese del consumo e incluso presentar una ideación suicida persistente. La paranoia aparece tras varias horas de intoxicación y guarda relación con el insomnio, el estado de anorexia y un elevado nivel de estrés y agitación. El *delirium* inducido por la intoxicación de psicoestimulantes presenta el diagnóstico diferencial de otros trastornos inducidos por psicoestimulantes en la alteración del nivel de conciencia y el cambio en la cognición (APA, 2013). Este estado de *delirium* agitado responde a una depleción dopaminérgica con relación a la pérdida de función de los transportadores de dopamina y cuya

desregulación térmica inducida podría guardar semejanzas con una variante del síndrome neuroléptico maligno (Mash, 2016; Penders *et al.*, 2012), de ahí que una de las consecuencias pueda ser la muerte.

El componente afectivo emocional basal del que parte la persona ante el inicio del consumo puede determinar diversas consecuencias que, en su mayoría, si el estado es disfórico o hipotímico, derivan en cuadros depresivos, autolíticos o suicidas en los periodos de abstinencia aguda. En especial si la euforia o los efectos reforzadores generados por la intoxicación leve actúan como un evidente reforzamiento negativo de manera subjetiva y consciente para el malestar basal de la persona. Esto es, responde a un modelo de diátesis-estrés.

1.2.3. Experiencias traumáticas y trastorno por estrés postraumático complejo

En este contexto se observa que las personas que practican *ChemSex* presentan frecuentemente la vivencia de acontecimientos potencialmente traumáticos de curso complejo. Según Ryan *et al.* (2009) el rechazo familiar en la adolescencia de personas homosexuales se asocia con una proporción 8,35 veces mayor (95% IC: 3,90-17,85; $p < 0,001$) de realizar intentos de suicidio. Se observan mayores índices de depresión (OR: 5,94; 95% IC: 2,86–12,34; $p < 0,001$), de consumo de drogas (OR: 3,38; 95% IC: 1,69-6,77; $p < 0,001$) y relaciones sexuales desprotegidas (OR: 3,36; 95% IC: 1,47-7,67; $p < 0,001$) que en los adolescentes LGTBI que no sufrieron rechazo familiar.

Resulta pertinente destacar que la experiencia pretérita de la discriminación homofóbica no tiene necesariamente que relacionarse con la expectativa del rechazo. Este último presenta un tono subjetivo y puede ser más acentuado en aquellas personas que se ocultan y no son tan rechazadas explícitamente. No obstante, los datos sugieren que la homofobia social incrementa la homofobia interiorizada (EMIS-2017). De tal manera que un contexto homofóbico a nivel estructural puede incidir tanto como la homofobia internalizada en la manifestación de alteraciones psicológicas. El estudio de Ross *et al.* (2013) analizó una muestra de 144.177 HSH en 38 países para estudiar los efectos de la homofobia interiorizada sobre la salud, las conductas de riesgo y el estado serológico. Las personas con mayores niveles de homofobia internalizada tienen un menor uso del preservativo, más conductas de riesgo y una menor percepción de control que sería semejante a un bajo nivel de autoeficacia en sus relaciones. También se observa una menor tendencia de realizarse pruebas de VIH. Esta autocrítica estigmatizante está asociada a niveles elevados de ansiedad y depresión (EMIS, 2017).

En este contexto, donde la biografía de la persona puede presentar indicios de vivencias traumáticas, Ibarguchi, Dolengevich-Segal y Curto (2019) exponen un modelo de retraumatización en *ChemSex*. La vivencia de traumas o la acumulación de estos en la historia del individuo (abusos continuados, apego desestructurado, negligencia afectiva, rechazo por orientación/identidad sexual, violencia de pareja, *bullying* homofóbico, discriminación laboral, etc.) puede conducir a experiencias de disociación y desconexión emocional para evitar el sufrimiento generado. Estas deficiencias en los procesos de regulación y experiencia emocional se relacionan con una falta de cuidados y de autoestima que propicia el consumo de sustancias como un método de afrontamiento. El *ChemSex* puede presentar, por sí mismo, la aparición de nuevos eventos traumáticos (diagnóstico de VIH, sobredosis, episodios psicóticos, tentativa de suicidio, agresiones sexuales, pérdida de empleo y/o relaciones familiares, etc.) que empeorarían el estado mental del individuo. Curto *et al.* (2020) exponen que las herramientas y el abordaje de los usuarios hacia el trauma pueden ser deficientes, por lo que el uso de sustancias puede actuar como una “automedicación.” Pese a que la sintomatología no configure un diagnóstico de TEPT, sí se pueden observar síntomas relacionados con traumas no elaborados.

No es inusual observar historial de abuso sexual infantil en HSH, cuya presencia se relaciona con el abuso de sustancias y con relaciones sexuales sin protección. Los resultados de Kalichman (2004) exponen que los hombres que han vivido situaciones de abuso sexual infantil presentan mayores tasas de diagnóstico de VIH (40%) frente a los que no han sido abusados (19%) y presentan VIH según contraste $\chi^2=14.91$ ($p<0,001$). Estos resultados son consistentes con la revisión meta-analítica ($n=12$) de Lloyd y Operatio (2012), cuyos resultados (5 estudios primarios: $n=7.796$) reflejan que aquellos HSH con historial de abuso sexual infantil son más propensos a presentar diagnóstico de VIH (OR: 1,54; 95%IC: 1,22-1,95; $p<0,001$) y relaciones sexuales anales desprotegidas (OR: 1,85; 95%IC: 1,36-2,51; $p<0,01$).

Estos datos, tomados en conjunto, sugieren que la exposición a situaciones de abuso y/o rechazo, tanto a nivel estructural, familiar como interiorizadas a título individual (e incluso como expectativas), se relacionan con una merma en la salud física y mental. Luego, estos comportamientos perniciosos presentan un sustrato psicológico cuya propicia intervención aminoraría las repercusiones negativas. Esto es, la prevención, identificación e intervención sobre los factores de riesgo de los potenciales pacientes de *ChemSex* constituye, en sí misma, una línea de tratamiento.

2. Adicción, consumo de sustancias y *ChemSex*

Por la propia definición de *ChemSex*, el uso de sustancias psicoactivas es uno de los principales componentes. En primer lugar, los resultados del estudio EMIS muestran que la población de HSH residente en España presenta una prevalencia de consumo superior a la reportada en la población general (Folch *et al.*, 2015). En este contexto, la presencia de una drogodependencia se observa en una proporción OR: 1,92 veces mayor (95% IC:1,05-3,51; $p < 0,005$) en consumidores en *ChemSex* que en consumidores en contextos generales (HOMOSALUD, 2021). Esta proporción también es más elevada en la adicción al sexo en el grupo de *ChemSex* (OR: 2,07, 95% IC:1,33–3,22; $p < 0,005$). La encuesta EMIS-2017 observó que el 14,9% de los encuestados presentaban criterios para una dependencia al alcohol. Por tanto resulta evidente que el *ChemSex* no sólo se relaciona con el uso de sustancias, sino también con el abuso de ellas e incluso con la drogodependencia.

El *ChemSex* es un fenómeno reciente y en auge, ya que el 7,4% de consumidores afirma llevar menos de un año practicándolo, el 21,7% entre 1 y 2 años, el 28,7% entre 3 y 5, el 23,6% entre 6 y 10 años y el 18,6% más de 11 años (HOMOSALUD, 2021). Es decir, el 57,8% de los consumidores ha comenzado hace menos de 5 años. Las medidas de contención socio-sanitarias asociadas a la pandemia de SARS-CoV-2, como el cierre del ocio nocturno, han favorecido un incremento de las sesiones de *ChemSex* en domicilios privados.

El consumo es variado y suele presentar un patrón de policonsumo más que de una sustancia aislada. Generalmente, el consumo en la población LGTBI se da en contexto de *ChemSex* (74,7%), aunque también es frecuente con amigos (51,2%), en pareja (34,2%) y estando solo (22,2%); lo que sugiere que suele tener un fin recreacional (Zaro *et al.*, 2016). De hecho, el 15,4% de los encuestados declara no mantener relaciones sexuales sin consumir sustancias. Luego se observa afectación directa a la esfera sexual del individuo.

Las sustancias más consumidas en *ChemSex* son, según Zaro *et al.* (2016): poppers (85,2%), GHB (70,8%), inhibidores de la 5-fosfodiesterasa (70,4%), alcohol (69,1%), cocaína (63,2%), MDMA (60,9%), mefedrona (56,0%), metanfetamina (41,6%), ketamina (39,5%), LSD (7,0%), setas (3,7%) y heroína (1,0%). El abanico de sustancias que se consume es muy variado. Se ha registrado que la metanfetamina se consume más en Barcelona (51,9%) que en Madrid (38,2%), al contrario de la mefedrona que presenta un mayor uso en Madrid (73,7%) que en Barcelona (37,9%); el GHB presenta una prevalencia similar (Zaro *et al.*, 2016). No obstante, el estudio de la prevalencia resulta complejo, ya que cada análisis epidemiológico conlleva una metodología

distinta con muestreos idiosincrásicos. Por lo que, ante un contexto clínico, prima más el estudio de caso $n=1$ que los valores epidemiológicos y de prevalencia que lo sustentan.

Resulta pertinente destacar que ni las catinonas sintéticas ni el GHB/GBL son sustancias detectables en los análisis toxicológicos convencionales. El diagnóstico debe realizarse con un método en tándem de cromatografía de gases (GC) y espectrometría de masas (MS) a modo de GC-MS-MS según la Organización de las Naciones Unidas sobre Drogas y Crimen (UNODC, 2011). Este aspecto dificulta el diagnóstico de la intoxicación por estas sustancias en los servicios de urgencias hospitalarias.

A continuación, se describe la recidiva de la administración de drogas por vía intravenosa, cuya designación en el argot del fenómeno se conoce como *slam*, *slamsex* *slamming*; cuya traducción inglesa hace referencia a “golpe” en relación con la respuesta fisiológica intensa e inmediata que se experimenta con la administración intravenosa de la droga.

2.1. Administración de drogas por vía intravenosa o *slamming*

El *slam*, *slamsex* o *slamming* hace referencia al uso intravenoso de sustancias, especialmente a psicoestimulantes (mefedrona y metanfetamina), el cual se asocia con un mayor número de conductas de riesgo debido a que su efecto desinhibidor es más potente que por otras vías (Curto *et al.*, 2020). La prevalencia del *slamming* en los últimos 12 meses oscila entre el 0,8% (EMIS-2017), el 15,7% (U-Sex Study, 2016); Zaro *et al.* (2016) destacan que es una práctica minoritaria. No obstante, los últimos análisis evidencian un aumento considerable. HOMOSALUD (2021) destaca que el 38,5% de los usuarios de *ChemSex* han consumido drogas por vía intravenosa del cual el 33,8% afirma haberlo realizado en más de 10 ocasiones. Estos datos sugieren que la prevalencia de la administración parenteral está en aumento o que, al menos, no hay tanto reparo en afirmar que se practica. Si se realiza un análisis convergente de la información obtenida mediante las estadísticas y se le añade el hecho de “endulzar” el término “Administración de Drogas por Vía Parenteral” a *slamming*, se puede observar cómo se está perdiendo el temor de usar esta vía. En este aspecto también influye que, como el *ChemSex* es un fenómeno dinámico, las macrofiestas interculturales facilitan la adquisición de nuevos hábitos y patrones de consumo. Luego la barrera asociada al temor de la “epidemia del caballo” está desapareciendo en una generación que no lo ha vivenciado. Un entrevistado de la encuesta HOMOSALUD (2021) verbalizó: “Hay bastante prejuicio, por ser con una aguja ya se asocia a la heroína.”

Es más, de las personas que consumen drogas inyectadas, el 10% afirma haber compartido material de inyección, según Zaro *et al.* (2016) y el 33,3%, según HOMOSALUD (2021). Este porcentaje es más elevado en la encuesta EMIS-2017, donde señalan que el 54,3% de las personas que se han inyectado esteroides anabólicos u otras drogas han empleado agujas o jeringas previamente usadas por otras personas. Existen diferencias significativas ($p < 0,001$) en las tasas de diagnóstico de VIH y VHC en inyectores frente a no inyectores, siendo superior en los ADVP; cuya prevalencia de uso de la vía IV es mayor que en la población general (Folch *et al.*, 2015). Resulta pertinente destacar que las personas que practica *slamming* no se adecúan al perfil clásico de un consumidor ADVP, por lo que no se sienten identificadas y rechazan buscar ayuda en centros especializados. Las sustancias más relacionadas con esta vía fueron mefedrona (49,9%), metanfetamina (45,7%), cocaína (21,0%) y ketamina (18,5%) para ADPV en los últimos 12 meses sin ser categorías excluyentes (EMIS-2017).

A tal efecto, se describen tres de las nuevas sustancias de síntesis (NPS) más consumidas en contexto de *ChemSex*, a saber: GLB/GHB, mefedrona y catinonas sintéticas y metanfetamina.

Ácido γ -hidroxibutírico (GHB)

Según la revisión farmacológica y toxicológica de Busardò y Jones (2015), el GHB es un potente depresor del sistema nervioso central. Se encuentra de manera endógena en diversos tejidos de los mamíferos y actúa sobre el sistema GABAérgico como un neuromodulador de los receptores GABA_B y de los propios de GHB. La concentración máxima (C_{máx}) ocurre 20-40 minutos tras la ingesta y es eliminado con una semivida plasmática de 30-50 minutos. El periodo de detección es corto (3-10 horas) y sólo se recupera en torno al 1-5% de la dosis en la orina. La UNODC (2011) considera que una concentración de 10 mg/L no permite la distinción endógeno/exógeno, hecho que dificulta el diagnóstico de la intoxicación; no obstante, es detectable en análisis capilares forenses. Dado que es una sustancia de amplio uso en agresiones sexuales facilitadas por drogas, este aspecto es importante de cara a la interpretación de una sumisión química.

En España, el GHB se encuentra fiscalizado en el Anexo 1 del Real Decreto 2829/1977, no así el GBL (Gamma butirrolactona) o el 1,4-butanediol (BD), precursores directos del GHB. Estos compuestos sintetizan GHB *in vivo* y pueden ser considerados sustancias de abuso. Se pueden adquirir por compras *on-line* debido a su condición de alegalidad y su uso en la industria química.

Aproximadamente, unos 100 mg/L de GHB en plasma provocan los efectos deseados y 500mg/L provocan la muerte por parada cardiorrespiratoria. Actualmente no se conoce un antídoto para la sobredosis, cuyo soporte es sintomático. La dosis es acumulativa, por lo que las estrategias de prevención de daños basadas en consumir una varilla a la hora pueden dejar de surtir efecto si la sesión de consumo es muy prolongada. Bajo tratamiento de PrEP o ARV se describen interacciones con la concentración plasmática de la droga que pueden precipitar más fácilmente en una sobredosis (Coll y Fumaz, 2016). En el argot del *ChemSex*, a la pérdida de consciencia generada por una sobredosis de GHB se le conoce como “*doblar*”, suceso que es percibido como algo normalizado. Los efectos agudos de la intoxicación incluyen euforia, desinhibición, aumento del deseo sexual, embriaguez, relajación, somnolencia, ataxia, temblor, bruxismo, disartria, hiporreflexia, incoordinación, confusión, desorientación, náuseas, cefalea, disnea, alucinaciones, delirios, midriasis, nistagmos (horizontal y vertical), síntomas extrapiramidales, mioclonía, hipotonía, hipotermia, amnesia, atetosis postural, estupor, coma y muerte (Busardò y Jones, 2015) aunque presentan variabilidad interindividual.

Los síntomas de la abstinencia a GHB incluyen ansiedad, agitación, diaforesis, inquietud, insomnio, hipertensión, temblor, taquicardia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea y en casos más severos alucinaciones, delirios, paranoia, *delirium*, hipertensión, rabdomiólisis y temblores (Busardò y Jones, 2015). Sin embargo, la semiología del síndrome manifiesto varía en cada paciente acorde a la severidad de la adicción. La abstinencia abrupta de GHB representa una emergencia médica con muchas similitudes a la del alcohol, pero con mayor expresión de síntomas neuropsiquiátricos como *delirium* y psicosis (Molins *et al.*, 2019).

Su origen en el mercado ilícito se remonta a los años 90 y es conocido como “*éxtasis líquido*” pese a que no guarde relación con compuestos anfetamínicos. Es nombrado popularmente como “*G*”, “*Chorro*” o “*Chorri*” debido a que el suministro se da en botes de cristal mediante una varilla. Se presenta a modo de líquido pese a que la literatura científica también lo registra en polvo. Los pacientes refieren el sabor del líquido como amargo/ salado, probablemente debido a que es GBL, ya que el GHB es inodoro, incoloro e insaboro. El análisis de Darke *et al.* (2020) sobre 74 autopsias de muertes relacionadas con intoxicación por GHB reveló que suelen darse en personas de 31,5 años (SD=10,5 años), generalmente hombres (70,3%), en propiedades privadas (82,4%), esencialmente por la toxicidad del compuesto (79,7%), aunque también en relación con traumatismos (12,2%) o suicidios (8,2%). Acostumbra a darse en presencia de otra droga (92,2%), no necesariamente depresora, y con tendencia a ser fin de semana ($\chi^2 = 15,1$, $p < 0,05$). No observaron diferencias en las concentraciones sanguíneas

con respecto al sexo, siendo la dosis media de los decesos de 258 mg/L, frente a los 98 mg/L de otros casos no fatales ($U=132$, $p<0,01$). Estos datos ponen de manifiesto que la dosis umbral entre la intoxicación leve y la sobredosis es mínima, aspecto íntimamente relacionado con el gran número de muertes asociadas a este compuesto durante intoxicaciones agudas. Las estrategias de reducción de daños y la educación sobre la salud son herramientas de gran importancia ante el consumo de GHB.

Mefedrona (4-metilmetcatinona) y otras catinonas sintéticas

La mefedrona (4-metilmetcatinona o 4-MMC) es una β -cetoanfetamina que pertenece a la familia de las catinonas sintéticas, presenta propiedades psicoestimulantes y psicoticomiméticas, cuyos efectos se asemejan a los de la cocaína y a la MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina). Su fisiopatología se centra en la desregulación monoaminérgica con el consecuente aumento de liberación de dopamina (DA), serotonina (5-HT) y noradrenalina (NE). Para ello incide en tres mecanismos: bloqueo de los transportadores de dopamina (DAT), serotonina (SERT) y norepinefrina (NET), alteración del gradiente de protones de las vesículas VMAT2 e inhibición de la enzima monoaminoxidasa (MAO). La mefedrona presenta un patrón mixto y equitativo en la liberación de los niveles de DA y 5-HT, no obstante, otras catinonas sintéticas pueden variar en sus mecanismos fisiológicos mostrando mayor afinidad por determinados neurotransmisores (Paniagua y Dujo, 2019).

Según Schifano *et al.* (2020) las catinonas sintéticas se pueden subdividir en tres grupos atendiendo a sus efectos farmacológicos sobre la inhibición de los transportadores monoaminérgicos: DAT \approx SERT (más similares a la cocaína y a la MDMA, como la mefedrona, 4-MEC, metilona, butilona...), SERT>DAT (similares a la MDMA, como la 4-trifluorometilmetcatinona, metedrona...), DAT>SERT (efectos análogos a la metanfetamina, como la 3-MMC, 3-fluorometcatinona, flefedrona, etilcatinona) y aquellas con un anillo de pirrolidina (pirovalerona, MDPV o α -PVP); cuya estructura química facilita que atraviesen la barrera hematoencefálica. Estas últimas presentan una potencia unas 10 veces superior a la de la cocaína y suelen estar relacionadas con crímenes violentos cuando la concentración plasmática alcanza los 30 mg/L. Schifano *et al.* (2020) contabilizaron 222 catinonas sintéticas distintas en una búsqueda sistematizada en tres bases de datos de Toxicología.

En este contexto, el consumo de mefedrona no implica que la sustancia consumida sea mefedrona como 4-metilmetcatinona, esto es, se comercializan diversos tipos de catinonas

sintéticas bajo el nombre de tal compuesto, aunque realmente la composición pueda ser 4-MEC, 3-MMC o α -PVP, entre otros (Curto *et al.*, 2020).

La mefedrona como 4-MMC se encuentra ilegalizada en la posición 29 del Anexo 1 del Real Decreto 2829/1977 mediante su inclusión con la Orden Ministerial SPI/201/2011 que, en su Artículo 1, fiscaliza la 4-metilmecatinona así como sus variantes estereoquímicas, racematos y sales. Sin embargo, la 3-MMC u otras catinonas sintéticas cuya estructura química es análoga a la 4-MMC pero no cumplen tales criterios químicos, resultan en un vacío legal; luego se pueden adquirir fácilmente por internet. Y, en relación con esto, el compuesto que se obtiene en el mercado ilegal, al carecer control alguno, puede ser mefedrona o cualquier otra catinona sintética que se halle en una posición de alegalidad y que facilite la distribución del narcotráfico.

Según la revisión sistemática (n=38) de Paniagua y Dujo (2019), los principales efectos descritos son empatógenos, entactógenos, euforia, estimulación del habla, aumento de energía, impulsividad e incremento del deseo sexual, además de cercanía con los demás, sociabilidad, experiencias sensoriales, estimulación mental, apertura, desinhibición, mayor concentración y supresión del sueño y apetito. Como efectos adversos se observan ataques de pánico, ansiedad, agitación, paranoia, alucinaciones, psicosis, conducta agresiva y/o violenta, delirium agitado, conducta autolesiva, automutilaciones, ideación suicida, pérdida de memoria, insomnio, anorexia, depresión, alucinaciones hipnagógicas, dificultades de concentración, temblores, cefalea, mioclonías, taquicardia, diaforesis y midriasis. Estos pueden perdurar varios días tras el consumo. Según el modelo planteado, los efectos suscitados por la mefedrona no difieren cualitativamente de la expresión sindrómica de un *delirium* agitado, donde se puede observar un continuo cuantitativo que es regulado por las variables idiosincrásicas del sujeto y por el conjunto de los factores de riesgo a los que se ve sometido durante el consumo. Actualmente no existen estudios que analicen los efectos a largo plazo en humanos del consumo de mefedrona y otras catinonas sintéticas.

Por otro lado, el consumo de catinonas sintéticas se relaciona con experiencias psicóticas (Gray *et al.*, 2016) en cuya semiología se observan comportamientos bizarros, agresivos y desorganizados e incluso en personas que no presentan historial psiquiátrico previo. En pacientes psiquiátricos, se observa mayor expresión de paranoia (OR: 2,34; 95% IC:1,08-5,08; p=0,036), alteraciones del pensamiento (OR: 3,34; 95% IC: 1,50-7,90; p=0,002) si consumen nuevas sustancias de síntesis, cuyos diagnósticos difieren estadísticamente en las categorías F10-F19 de la CIE-10 según contraste χ^2 (p<0,001) con moda en la psicosis inducida (Bennet *et al.*, 2017). La administración intravenosa de mefedrona agrava significativamente el cuadro

psicopatológico expresado (evaluado con el Inventario Breve de Síntomas o BSI de Derogatis, 1975) en su medida global y con mayor tamaño del efecto en la ideación paranoide ($r=0,44$), depresión ($r=0,43$) y a la obsesión-compulsión ($r=0,41$) pese a que todas las medidas son significativas (Kapitány-Fövényi *et al.*, 2015). Estos autores observaron mediante una regresión logística binaria que el uso previo de heroína (OR: 25,42; 95% CI: 3,31-195,35; $p=0,002$) y la gravedad global psicopatológica (OR: 4,08; 95% CI: 1,08-15,41; $p=0,038$) son buenos predictores de la administración intravenosa.

La mefedrona es una de las principales drogas usadas en la práctica del *slamming* cuya prevalencia por vía intravenosa en los consumidores es del 9,8% (Zaro *et al.*, 2016). Generalmente, se presenta a modo de polvo y se consume por vía nasal esnifada o mediante administración rectal con una jeringa, hecho que incrementa las lesiones y la transmisión de ITS. En el argot empleado en *ChemSex*, se conoce a la mefedrona como “*mefe*”, “*mf*” y menos frecuentemente “*sales de baño*” o “*fertilizante*”, o bien “*M-cat*” o “*meow-meow*” en regiones angloparlantes.

Metanfetamina

La metanfetamina (N-metil-1-fenilpropan-2-amina) es un potente y muy adictivo estimulante sintético del sistema nervioso central. Se presenta a modo de cristales que permiten su inhalación tras la vaporización en una pipa. En su revisión, Cruickshank y Dyer (2009) exponen que la metanfetamina actúa como un agonista indirecto en los receptores de DA, NE y 5-HT con mayor potencia sobre los dos primeros. Bloquea los transportadores DAT, NET y SERT, así como también revierte el funcionamiento de VMAT2 liberando las monoaminas al citosol y atenúa la acción de la MAO. El consumo fumado por inhalación de vapor permite una biodisponibilidad en torno al 67-90%. La semivida plasmática de la metanfetamina se aproxima a las 10 horas, con diferencias interindividuales, cuyos efectos agudos perduran unas 8 horas de manera dosis-dependiente. Aproximadamente el 70% de la metanfetamina es excretada en la orina tras 24 horas, siendo detectable hasta 7 días tras el consumo.

Los efectos agudos de la intoxicación comprenden principalmente hiperactivación fisiológica, sintomatología simpática, disminución de fatiga, sueño y hambre, euforia, alerta, sensación de bienestar, aumento de la tasa cardíaca y de la presión arterial, midriasis, hipertermia, desinhibición, toma de riesgos, energía, efectos entactógenos y verborrea. Los efectos adversos descritos muestran ansiedad, lenguaje desorganizado, paranoia, alucinaciones, psicosis, agitación, discinesia, agresividad, *delirium* agitado, autolesiones, excoiación, delirio

de formicación e ideación o consumación suicida. Ante sobredosis puede darse hipertensión, hemorragias y complicaciones cardiovasculares, edema pulmonar, rhabdomiólisis y muerte. El síndrome de abstinencia ocasionado por la metanfetamina subyace a la depleción monoaminérgica de las vesículas presinápticas y a los mecanismos citotóxicos. La sintomatología manifiesta alteraciones del sueño, depresión y ansiedad (más severas durante los 2-3 días), anhedonia, apatía, ideación suicida, *craving*, alteraciones cognitivas, hiperfagia, agitación, agresividad, que disminuyen gradualmente hasta los 7-10 días pese a que pueden perdurar hasta 2-3 semanas. El consumo crónico genera alteraciones neuropsicológicas, especialmente en la memoria, la atención y las funciones cognitivas. La prevalencia de diagnóstico de VIH y VHC aumentan cuando la persona consume metanfetamina por vía intravenosa en relación con el mayor número de conductas de riesgo (Cruickshank y Dyer, 2009; Curto *et al.*, 2020; Panenka *et al.*, 2013).

La administración de metanfetamina por vía intravenosa (55-640 mg) evoca respuestas paranoides y sintomatología psicótica con alucinaciones en 12 de 16 individuos que perduran entre 1 y 6 días (Bell, 1973). Se pudo observar que la paranoia se presenta tanto de manera insidiosa como repentina, e incluso puede darse en sujetos sin historial psiquiátrico o toxicofílico previo. Este aspecto pone de manifiesto la facilidad con la que la metanfetamina puede evocar episodios psicóticos y/o paranoides. La psicosis inducida por metanfetamina es similar al episodio agudo de esquizofrenia paranoide, presenta alucinaciones (85% auditivas, 46% visuales y 21% táctiles), delirios (71% de persecución, 63% de referencia y 40% lectura de pensamiento) y habla desorganizada; el 50% de los casos remite al mes (Cruickshank y Dyer, 2009). La sensibilidad a padecer una psicosis inducida guarda relación con la neurotoxicidad asociada al consumo crónico y su afección directa en la densidad de los DAT. Como factores de riesgo los autores destacan el aislamiento, el insomnio severo y el alcoholismo. Otras variables relacionadas con una mayor frecuencia y cantidad en el consumo de anfetaminas son tener una autoestima más baja, puntuaciones elevadas en búsqueda de sensaciones sexuales y mayor asistencia a eventos sexuales de riesgo (Coll y Fumaz, 2016). Estos autores destacan que la proporción de consumo de metanfetamina es más alta en HSH con VIH, década de 40 años, solteros y con policonsumo. Haber sido víctima de abuso sexual infantil también se relaciona con una mayor prevalencia en el consumo de metanfetamina ($\chi^2=4.01$; $p=0,05$) y de base de cocaína o *crack* ($\chi^2=4.41$; $p=0,05$) según Kalichman *et al.*, (2004). Estos autores también destacan que tanto el uso de metanfetamina (OR: 3,75; 95%CI: 1,65-8,5; $p<0,01$) como de

cocaína en base (OR: 3,82; 95%CI: 1,39-10,54; $p < 0,01$) se relacionan con varias parejas sexuales sin protección.

En contexto *ChemSex* la metanfetamina recibe el nombre de “T” o “Tina”, cuya prevalencia de administración intravenosa oscila en el 11,2% (Zaro *et al.*, 2016). Resulta relevante destacar que la metanfetamina (desoxiefedrina) es conocida como “cristal meth”, “ice” o “speed” en algunas regiones angloparlantes, cuyos nombres populares pueden confundirse con la anfetamina (sulfato de dextroanfetamina) o “speed” en España. La metanfetamina se consume, generalmente, fumada o IV y la dextroanfetamina esnifada. La adicción a la primera supone un cuadro de mayor gravedad y está más inmiscuida en contextos de *ChemSex*.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En virtud de los resultados obtenidos y mediante un análisis holístico de los componentes que sustentan al fenómeno *ChemSex* puede observarse un sólido fundamento biopsicosocial. Esta práctica no se circunscribe al mero correlato entre consumo y relaciones sexuales, sino que se mantiene en el repertorio conductual del individuo como consecuencia de un malestar psicológico, cuyo afrontamiento resulta deficitario y cristaliza en lo que conocemos como *ChemSex*. De tal manera, la comprensión de este fenómeno debe contemplar las siguientes áreas.

En el componente social, la realidad que subyace a la dinámica responde a un estilo de afrontamiento hacia múltiples estímulos, algunos de ellos estresores o estigmatizantes, a los que se enfrenta el colectivo LGTBI como una minoría social. Esto es, la confluencia de múltiples factores permite la precipitación en este tipo de conductas que, cuando se realizan de manera compulsiva y son inherentes a múltiples riesgos, pueden considerarse como un problema grave de salud pública. Fernández-Dávila (2016) refleja en su artículo un modelo ecológico donde los aspectos estructurales de la sociedad afectan, en última instancia, al individuo. En este proceso se observa cómo una situación estructural y social incide y engloba aspectos comunitarios de la cultura LGTBI. En semejante contexto se mueven las relaciones grupales e interpersonales que, inexorablemente, inciden sobre el funcionamiento individual.

Partiendo de estas interrelaciones como base, Meyer (2003) plantea un modelo sobre el estrés de minoría. Esto es, la discriminación, el prejuicio y el estigma a los que se ven sometidos las personas LGTBI como un colectivo etiquetado y, por ende, marginalizado, actúan como una fuente de estrés en el ambiente social cuya cronicidad puede cristalizar en diversas patologías.

Meyer distingue factores distales como consecuencia de las actitudes sociales, como la violencia y la discriminación homofóbica, que pueden facilitar la anticipación del rechazo en base a las expectativas individuales. Además contempla factores proximales inherentes a las características psicológicas idiosincrásicas. Los resultados de su revisión meta-analítica confirman lo visto en el presente artículo: las personas LGTBI presentan una mayor prevalencia en el padecimiento de algún trastorno psicológico alguna vez en la vida que las personas heterosexuales (OR: 2,41, 95% IC: 1,91-3,02). Siendo la proporción 2,68 veces mayor para trastornos afectivos (95% IC: 2,12-3,34), 1,86 veces mayor para trastornos ansiosos (95% OR: 1,44-2,41) y 2,17 veces mayor para trastornos por consumo de sustancias (95% IC: 1,68-2,77).

El análisis convergente de la información relativa al ambiente social ilustra que la experiencia de pertenencia al colectivo LGTBI implica, *per se*, la exposición a un entorno estigmatizante y discriminante a lo largo de la historia psicobiográfica del individuo. Luego la vivencia de múltiples eventos estresantes, algunos de ellos traumáticos, conjunto a diversos factores de riesgo, puede hipotetizarse como una de las causas de un patrón abusivo de tóxicos en contexto de *ChemSex*. Este fenómeno, por su propia naturaleza, presenta un elevado potencial de refuerzo que aminoraría el sufrimiento cronificado, tal y como se aprecia en las motivaciones que procuran paliar los estados afectivos disfóricos e hipotímicos.

En lo referente al componente psicológico resulta complejo trazar un patrón dada la heterogeneidad. En primer lugar, la mera práctica del *ChemSex* no es patognomónica, algunos individuos logran un control sobre ello y minimizan de riesgos sin una afectación a su vida. No obstante, el umbral entre la práctica puntual y lúdica y la abusiva y compulsiva es difícil de determinar. Por ello conviene establecer un enfoque que considere en todo momento los riesgos potenciales presentes y futuros en la práctica del *ChemSex* acorde a las exigencias de cada caso.

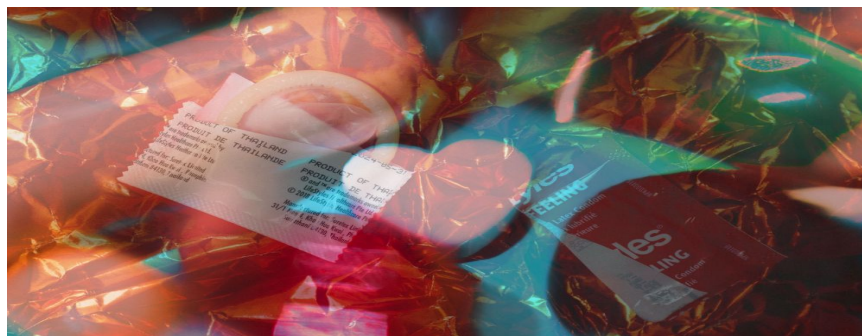
A este respecto, se observa que la vivencia de eventos estresantes y/o traumáticos actúa como un factor de riesgo (Kalichman *et al.*, 2004; Lloyd y Operatio, 2012; Ryan *et al.*, 2009). En su caso más extremo, los traumas pueden adoptar un curso cronificado y generar o bien un trastorno por estrés postraumático complejo o eventos traumáticos no elaborados. En convergencia con el modelo de Ibarguchi *et al.* (2019) y la teoría de Meyer (2003), se observan deficiencias en la regulación emocional y en el afrontamiento de los eventos negativos. Luego estos mecanismos deficientes se relacionan con baja autoestima, poco autocuidado, sentimientos de soledad, estados ansioso-depresivos, etc. Es más, si se le añaden los múltiples procesos estigmatizantes, que de por sí pueden configurar una retraumatización y, con la presión cultural a la que se ve sometida el colectivo LGTBI, el *ChemSex* puede actuar como un método que en

última instancia reduce el sufrimiento. Lejos de ser una solución, termina inmiscuyendo al individuo en la dinámica de una adicción que abarca toda su esfera de ocio y con afectación directa a la vida sexual y a otras áreas del funcionamiento. Dado que la ausencia del preservativo se presenta a modo de norma, la incidencia de VIH, hepatitis víricas y otras ITS es elevada. Esto repercute en la calidad de vida de la persona que termina por retroalimentar el proceso descrito. El *ChemSex* conlleva múltiples riesgos pero, a priori, también se presenta como un método de ocio y experimentación, donde la persona no se siente estigmatizada ni rechazada ante un grupo que normaliza y acepta el consumo.

Finalmente, el componente biológico que subyace a este fenómeno aborda aquellos aspectos relacionados con la posible psicopatología subyacente, así como con los mecanismos fisiopatológicos implicados en el consumo y la adicción de los tóxicos. Los componentes culturales y los elementos reforzadores del *ChemSex* promueven que la conducta se mantenga, a lo que ha de añadirse el potencial adictivo de las sustancias que se consumen en este contexto. Además, los nuevos patrones de consumo, como el *slamming* o las macrofiestas, presentan un fuerte componente cultural que refuerzan la pertenencia al grupo.

Las nuevas sustancias psicoactivas empleadas, como su nombre y su recencia indican, son poco conocidas por la comunidad científica. Mas a medida que el conocimiento sobre las mismas se consolida, aparecen nuevos compuestos que procuran eludir la fiscalización, como sucede con las catinonas sintéticas (Paniagua y Dujo, 2019). Luego una actualización teórica en materia de drogodependencias es clave para comprender este fenómeno dinámico y las posibles consecuencias sanitarias que conlleva.

En conclusión, tal y como reflejan Halkitis y Singer (2018) la interacción de la salud mental de los HSH, el consumo y las conductas sexuales de riesgo actúan como una sindemia. Esta compleja dinámica debe atender todos y cada uno de los problemas desde una perspectiva interdisciplinar pero entendiéndolos como un todo: el fenómeno *ChemSex*.



¹ Fotomontaje ConSalud.es a partir de imágenes de Unsplash

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition*. Washington DC.
2. Bell, D. S. (1973). The Experimental Reproduction of Amphetamine Psychosis. *Arch Gen Psychiatry*, 29(1), 35-40. DOI: 10.1001/archpsyc.1973.04200010020003
3. Bennett, K. H., Hare, H. M., Waller, R. M., Alderson, H. L. y Lawrie, S. (2017). Characteristics of NPS use in patients admitted to acute psychiatric services in Southeast Scotland: a retrospective cross-sectional analysis following public health interventions. *BMJ Open*, 7: e015716. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015716>
4. Busardò, F. P and Jones, A. W. (2015). GHB Pharmacology and Toxicology: Acute Intoxication, Concentrations in Blood and Urine in Forensic Cases and Treatment of the Withdrawal Syndrome. *Current Neuropharmacology*, 13, 47-70. DOI: [10.2174/1570159X13666141210215423](https://doi.org/10.2174/1570159X13666141210215423)
5. Coll, J. y 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. *Revista de Enfermedades Emergentes*, 15(2), 77-84. Recuperado de: http://www.enfermedadesemergentes.com/articulos/a42/ENF2016-15-02_revision-coll.pdf
6. Cruickshank, C. C. and Dyer, K. R. (2009). A review of the clinical pharmacology of methamphetamine. *Addiction*, 104, 1085-1099. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2009.02564.x
7. Curto, J., Dolengevich, H., Soriano, R., Belza, M. J. (2020). *Documento técnico: abordaje de la salud mental del usuario con prácticas Chemsex*. Madrid MSD. Disponible en: <https://profesionales.msd.es/static/medicos/pdf/abordaje-salud-mental-usuario-practicas-chemsex.pdf>
8. Darke, S., Peacock, A., Duflou, J., Farrell, M., Lappin, J. (2020). Characteristics and circumstances of death related to gamma hydroxybutyrate (GHB). *Clinical Toxicology*, 58(11), 1028-1033. <https://doi.org/10.1080/15563650.2020.1726378>
9. Dolengevich-Segal, H., Rodríguez-Salgado, B., Gómez-Arnau, J. and Sánchez-Mateos, D. (2016). Severe Psychosis, Drug Dependence, and Hepatitis C related to Slamming Mephedrone. *Case Reports in Psychiatry*, 2016, Article ID 8379562. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2016/8379562>
10. Echeburúa Odriozola, E. (2018). *Violencia y trastornos mentales, una relación compleja*. Pirámide.
11. Elliott, S. and Evans, J. (2014). A 3-year review of new psychoactive substances in casework. *Forensic Science International*, 243, 55-60. DOI: [10.1016/j.forsciint.2014.04.017](https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2014.04.017)
12. Encuesta Europea On-Line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS-2017): resultados en España. Ministerio de Sanidad, 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/EMIS_Report_07052020.pdf
13. Fernández-Dávila, P. (2016). “Sesión de sexo, morbo y vicio”: una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno *Chemsex* entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España. *Revista multidisciplinar del SIDA*, 4(7), 41-65. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD29841.pdf>
14. Folch, C., Fernández-Dávila, P., Ferrer, L., Soriano, R., Díez, M. y Casabona, J. (2015). Alto consumo de drogas recreativas y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. *Medicina Clínica*, 145(3), 102-107. DOI: [10.1016/j.medcli.2014.04.030](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2014.04.030)
15. Gray, R., Bressington, D., Hughes, E. y Ivanecka, A. (2016). A systematic review of the effects of novel psychoactive substances “legal highs” on people with severe mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(5), 267-281. DOI: 10.1111/jpm.12297
16. Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH. (2017). *ChemSex y hepatitis C: una guía para profesionales sanitarios*. Barcelona. Disponible en: http://gtt-vih.org/files/active/0/Chemsex_guia_junio_2017_web.pdf
17. Halkitis, P. N. and 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. DOI: 10.1016/j.drugpo.2018.04.002.
18. HOMOSALUD (2021). *Consumo recreativo de drogas y su uso sexualizado (Chemsex) en hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) de España (Estudio HOMOSALUD, 2021)*. Informe de Resultados. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2021/2021_Informe_de_resultados_Chemsex_en_Espana_2020.pdf
19. Ibarguchi, L., Dolengevich-Segal, H., Curto Ramos, J. (2019). *Towards one-step service delivery for people who do Chemsex*. Third European Chemsex Forum. París; 2019.

20. Kalichman, S. C., Gore-Felton, C., Benotsch, E., Cage, M., Rompa, D. (2004). Trauma Symptoms, Sexual Behaviors, and Substance Abuse: Correlates of Childhood Sexual Abuse and HIV Risks Among Men Who Have Sex with Men. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(1), 1-15. DOI: 10.1300/J070v13n01_0
21. Kapitány-Fövény, M., Mervó, M., Kertész, Corazza, O., Farkas, J., Kökönyei, G., Urbán, R. and Demetrovics, Z. (2015). Is there any difference in patterns of use and psychiatric symptom status between injectors and non-injectors of mephedrone? *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental*, 30, 233-243. DOI: 10.1002/hup.2490
22. Lloyd, S. and Operatio, D. (2012). HIV Risk among Men who have Sex with Men who have Experienced Childhood Sexual Abuse: Systematic Review and Meta-Analysis. *AIDS Education and Prevention*, 24(3), 228-241. DOI: [10.1521/acap.2012.24.3.228](https://doi.org/10.1521/acap.2012.24.3.228)
23. Mash, D. C. (2016). Excited Delirium and Sudden Death: A Syndromal Disorder at the Extreme End of the Neuropsychiatric Continuum. *Frontiers in Physiology*, 7, article 435. DOI: 10.3389/fphys.2016.00435
24. Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull*, 129(5), 674-697. DOI: [10.1037/0033-2909.129.5.674](https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674)
25. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). Nota de prensa: El Sistema Nacional de Salud (SNS) financia la PrEP desde mañana como medida de prevención del VIH en personas de alto riesgo. <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4708>
26. Molins Pascual, S., Serrano, R., Ibarguchi, L., Dolengevich-Segal, H. (2019). Abordaje multidisciplinar del síndrome de abstinencia grave a ácido gamma-hidroxibutírico y 3-metilmecatínona. *Medicina Clínica Práctica*, 2(1), 1-3. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mcpsp.2018.12.006>
27. Orden SPI/201/2011, de 3 de febrero, por la que se incluye la sustancia 4-metilmecatínona (Mefedrona) en el Anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regula la fabricación, distribución, prescripción y dispensación de sustancias y preparados psicotrópicos. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-2490>
28. Pakianathan, M., Whittaker, W., Lee, M. J., Avery, J., Green, S., Nathan, B. and Hegazi, A. (2018). Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *HIV Medicine*, 19, 485-490. DOI: 10.1111/hiv.12629
29. Panenka, W. J., Procyshyn, R. M., Lecomte, T., MacEwan, W., Flynn, S. W., Honer, W. G. and Barr, A. M. (2013). Methamphetamine use: A comprehensive review of molecular, preclinical and clinical findings. *Drug and Alcohol Dependence*, 129, 167-179. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.11.016>
30. Paniagua Izquierdo, R. y Dujo López, V. (2019). Valoración forense de la intoxicación por mefedrona: modelo para el análisis de la violencia basado en una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 19, 127-149. Disponible en: <https://masterforense.com/pdf/2019/2019art6.pdf>
31. Pedersen, D. (2009). Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. *Acta de Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55(1), 39-50. Disponible en: <https://www.fundacion-salto.org/wp-content/uploads/2018/11/Estigma-y-exclusi%C3%B3n-social-en-las-enfermedades-mentales.pdf>
32. RENAVE: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2020). *Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, España 2018*. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto Carlos III. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia ITS 1995 2018_def.pdf
33. Ross, M. W., Berg, R. C., Schmidt, A., Hospers, H. J., Breveglieri, M., Furegato, M. and Weatherburn, P. (2013). Internalised homonegativity predicts HIV-associated risk behavior in European men who have sex with men in a 38-country cross-sectional study: some public health implications of homophobia. *BMJ Open*, 2013;3:e001928. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001928.
34. Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M. and Sanchez, J. (2009). Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults. *Pediatrics*, 123(1), 346-352. DOI: [10.1542/peds.2007-3524](https://doi.org/10.1542/peds.2007-3524)
35. Penders, T. M., Gestring, R. E., Vilensky, D. A. (2012). Excited delirium following use of synthetic cathinones (bath salts). *General Hospital Psychiatry*, 34, 647-650. DOI: [10.1016/j.genhosppsych.2012.06.005](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.06.005)
36. Plan Nacional sobre el Sida (PNSS), Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. (2020). *Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2019: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida*. Dirección General de Salud Pública. Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Informe_VIH_SIDA_2020_1130.pdf

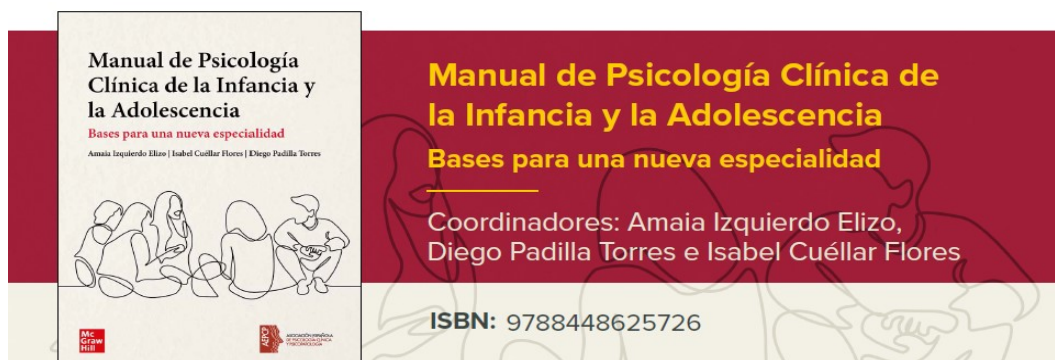
37. Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1977/BOE-A-1977-27160-consolidado.pdf>
38. United Nations Office on Drugs and Crime (2011). *Guidelines for the forensic analysis of drugs facilitating sexual assault and other criminal acts*. Vienna: United Nations Office. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/scientific/forensic_analys_of_drugs_facilitating_sexual_assault_and_other_criminal_acts.pdf
39. Van Hout, M. C. and Bingham, T. (2012). "A Costly Turn On": Patterns of use and perceived consequences of mephedrone based head shop products amongst Irish injectors. *International Journal of Drug Policy*, 23, 188-197. DOI: [10.1016/j.drugpo.2012.01.008](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.01.008)
40. Zaro, I., Navazo, T., Vázquez, J., García, A. e Ibarguchi, L. (2016). *Aproximación al Chemsex en España 2016*. Imagina MÁS y Apoyo positivo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD45725.pdf>



Nada nuevo bajo el sol...

Libros

- Izquierdo A, Padilla D, Cuéllar I (coord.). **Manual de Psicología Clínica de la infancia y la Adolescencia**. Madrid: McGraw Hill (con el patrocinio de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología); 2021.



Características técnicas

Formato	21,5 x 27,5 cm
Encuadernación	rústica
Color	1 tinta
Páginas	488

Descripción

Se hacía necesario un libro como este. Los trastornos que afectan a la salud mental de niños y adolescentes merecen ser atendidos como entidades propias: con sus propios marcos de referencia, históricos y legales; en los distintos contextos de la asistencia, desde la ambulatoria hasta los programas de hospitalización breve, pasando por todo el espectro de posibilidades que ofrece el Sistema Nacional de Salud en España; con sus particulares instrumentos y procedimientos de evaluación, así como los diversos programas de psicoterapia en función de la edad; recogiendo e identificando los diagnósticos de salud mental más frecuentes y relevantes en los menores, con su modo de presentación, y los programas de intervención específicos, no solo en el ámbito terapéutico sino también en el preventivo frente a situaciones o experiencias vitales estresantes...

Este manual busca explicar las razones por las que es imprescindible la existencia y el reconocimiento de la especialidad de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia en nuestro entorno social.

Tabla de contenidos

SECCIÓN A. INTRODUCCIÓN: ASPECTOS GENERALES SOBRE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

1. Introducción. 2. Historia de la Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia. 3. Epidemiología de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia. 4. Aspectos legales relacionados con la práctica de la Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia. 5. Situación internacional de la Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia. 6. Colaboración multidisciplinaria y agentes implicados. 7. Relaciones de equipo en salud mental. 8. Asociaciones de usuarios y familiares.

SECCIÓN B. ORGANIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y CAMPOS DE ACTUACIÓN

9. Organización asistencial y gestión de la Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia y recursos disponibles. 10. Competencias y ámbito de actuación de la Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia. 11. Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia en el centro de salud mental infanto-juvenil ambulatorio. 12. Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia en la unidad de hospitalización breve de adolescentes. 13. Programas Intensivos de Salud Mental en Adolescentes (PRISMA). 14. Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia en hospital de día de niños y adolescentes. 15. Psicología Clínica de la Infancia y de la Adolescencia en interconsulta y enlace y Psicología Clínica Pediátrica. 16. Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia en Atención Primaria. 17. Mapa de la Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia en el

Sistema de Salud.

SECCIÓN C. LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

18. Evaluación psicológica: entrevista clínica y hora de juego diagnóstica. 19. Instrumentos de evaluación en Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia. 20. Exploración neuropsicológica en infancia y adolescencia. 21. Clasificaciones diagnósticas en Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia. 22. Listado de instrumentos de evaluación en Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia.

SECCIÓN D. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

23. Psicoterapia durante la etapa perinatal. 24. Psicoterapia en niños y niñas de cero a seis años. 25. Psicoterapias con prepuberles (6 a 12 años). 26. Psicoterapia con adolescentes. 27. Terapias para madres, padres, parejas y familias. 28. Psicoterapia de grupo en niños. 29. Terapia de grupo con adolescentes. 30. Terapias de grupos de padres y multifamiliares.

SECCIÓN E. CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

31. Trastornos del espectro autista. 32. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y la adolescencia. 33. Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia. 34. Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. 35. Trastornos de la comunicación. 36. Los trastornos del vínculo. 37. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia y la adolescencia (TCA I-A). 38. Trastornos del sueño. 39. Trastornos de la eliminación. 40. Trastornos de la alimentación en la infancia. 41. Discapacidad intelectual. 42. Inestabilidad emocional y trastornos de la regulación emocional. 43. Trastornos psicóticos. 44. Pensamiento y conducta autolésiva. 45. Trastornos de personalidad y adolescencia. 46. Trastorno por síntomas somáticos en la infancia y la adolescencia. 47. Trastorno obsesivo compulsivo, trastornos por tics y otros hábitos nerviosos en la infancia y la adolescencia. 48. Alteraciones de comportamiento, trastorno de conducta y trastorno disocial. 49. Tratamientos psicológicos en infancia y adolescencia: niveles de evidencia y grados de recomendación.

SECCIÓN F. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS: PROGRAMAS ESPECÍFICOS Y ACTIVIDADES EMERGENTES

50. Intervención psicológica en separaciones conflictivas. 51. Intervención psicológica en adicciones en adolescentes. 52. Tratamiento psicológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y la adolescencia. 53. Intervención psicológica en trastornos del espectro del autismo. 54. Atención psicológica en menores transgénero. 55. Intervención psicológica en cuidados paliativos pediátricos. 56. Atención psicológica en daño cerebral adquirido pediátrico. 57. Intervención psicológica en Atención Temprana. 58. Prevención e intervención temprana de los primeros episodios psicóticos. 59. Programas de atención psicológica en la etapa perinatal. 60. Intervención psicológica en el maltrato infantil. 61. Intervención psicológica en el abuso sexual infantil.

SECCIÓN G. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

Capítulo 62. Formación y docencia en Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia: consejos desde la experiencia a profesionales que inician el «vuelo». 63. Investigación en Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia. 64. Psicología Clínica de la infancia y la Adolescencia en la Universidad.

SECCIÓN H. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

65. Conclusiones y Propuestas.

Índice analítico

² Los libros, artículos y demás documentación científica que generamos tienen más utilidad cuanto mayor divulgación tengan. Además de para contribuir al progreso del conocimiento científico pueden ser una magnífica herramienta para nuestra tarea docente con los alumnos que realizan su formación en nuestros servicios, al tener el estudiante o residente fácil acceso al autor o autores de la publicación. Os volvemos a invitar a que utilizéis también nuestro Boletín para difundir vuestras publicaciones y resto de actividades en las que participéis.

- Muros, N.I.; García, A.S.; Forner, C.; López-Arcas, P.; Lahera, G.; Rodríguez-Jimenez, R.; Nieto, K.N.; Latorre, J.M.; Fernández-Caballero, A.; Fernández-Sotos, P. **Facial Affect Recognition by Patients with Schizophrenia Using Human Avatars.** *J. Clin. Med.* 2021, 10(9), 1904 <https://doi.org/10.3390/jcm10091904> .

Pdf en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8124197/pdf/jcm-10-01904.pdf>



Examples of virtual faces

SESIONES CLINICAS DE AREA (miércoles 13.30 - 15 h.)

Calendario Sesiones Clínicas de Área: 4º trimestre 2021

Octubre 2021

- 6 **Sesión Clínica del Residente**
- 13 **Unidad de Psicoterapia**
- 20 *Por determinar*
- 27 **Unidad Hospitalización Breve (UHB) Infanto-Juvenil H.U. 12 de Octubre**

Noviembre 2021

- 3 **Sesión Clínica del Residente**
- 7 **Rehabilitación: Centro de Día y Centro Rehabilitación Laboral de Aranjuez**
- 14 *Por determinar*
- 24 **Programa ARSUIC**

Diciembre 2021

- 1 **Sesión Clínica del Residente**
- 15 *Por determinar*
- 22 **Laboratorio Psicofisiología Clínica**

**Entre varios compañeros hemos construido este número 69.
Os animamos a enriquecer los siguientes
con vuestro trabajo y creatividad**



Mural de la calle Lenguas, 18 - Villaverde

Objetivos del BOLETIN:

- Facilitar la circulación de la información (sobre nuestra tarea asistencial, docente, investigadora) entre los numerosos profesionales que trabajamos en el Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre y dispositivos asociados
- Mejorar el clima de comunicación entre los profesionales citados
- Mejorar al interno de nuestro Servicio el conocimiento de las valiosas contribuciones profesionales (en la organización asistencial, docencia y/o investigación) de los profesionales del AGCPSM del HU 12 de Octubre y dispositivos asociados

Periodicidad: según interés de los profesionales y/o la necesidad de hacer circular determinadas informaciones

Metodología de elaboración: Santiago Vega (santiago.vega@salud.madrid.org) se encargará de coordinar el Boletín. Se envían a su correo las colaboraciones, encuadradas en las distintas secciones del Boletín (u otras que a alguien se le ocurran)

Distribución gratuita: descargable desde <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria>