

CHEMSEX: A PROPÓSITO DE UN CASO

Illuminada Hernández Lobato y Mónica Nos Martínez

Unidad de Hospitalización de Psiquiatría de Agudos Adultos. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El término *chemsex* hace referencia al uso intencional de drogas psicoactivas para mantener relaciones sexuales (antes o durante la actividad sexual), generalmente, entre hombres que tienen sexo con hombres, y durante largos períodos de tiempo (desde varias horas a varios días) denominados sesiones. Las principales sustancias utilizadas son: la metanfetamina cristalizada (conocida como tina o *crystal meth*), el γ -hidroxibutirato (GHB), la γ -butirolactona (GBL) y la mefedrona, aunque también pueden utilizarse otras drogas como la cocaína, la ketamina, el *speed* y el éxtasis o metilendioximetanfetamina (MDMA)¹. Como señala la bibliografía, los motivos para el consumo pueden ser diversos: aumentar la libido, intensificar o potenciar el placer sexual, facilitar la desinhibición, prolongar la duración de las sesiones de sexo², facilitar ciertas prácticas sexuales que podrían ser dolorosas (p. ej., la introducción del puño en el ano y el recto, práctica llamada *fisting*), búsqueda de conexión con otros (sensación de pertenencia a un grupo), búsqueda de intimidad emocional (especialmente, en sesiones uno a uno), o aliviar los estados disfóricos (estrés, ansiedad, depresión)¹.

Más allá de los daños físicos para la salud, también se ha informado de diversos daños psicológicos, que pueden ir desde cuadros leves de ansiedad o depresión (especialmente, durante los días posteriores al consumo) hasta trastornos psiquiátricos más graves, agudos o crónicos, como brotes psicóticos, alucinaciones visuales y/o auditivas o alteraciones de la conducta³. Igualmente, los problemas derivados del potencial adictivo y del consumo compulsivo pueden generar una importante dependencia psicológica, casos de sobredosis con inducción del coma e, incluso, la muerte, teniendo en cuenta que la dependencia física generará la aparición de cuadros de abstinencia potencialmente graves⁴.

EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente de 32 años, usuario de *chemsex*. Ingresa en la unidad de agudos de psiquiatría de forma programada para desintoxicación y deshabitación de metanfetamina y GHB, así como para valorar el estado nutricional y físico actual. Se trata de un paciente que ha registrado 297 entradas hospitalarias desde 2005. Los motivos han sido intoxicación o abstinencia de drogas, alteraciones de la conducta y agitación psicomotriz. Además, ha requerido 11 entradas al box de paradas.

Correspondencia: Illuminada Hernández Lobato
Correo electrónico: ilhernan@clinic.cat

En el momento del ingreso, presenta contacto sintónico, actitud tranquila y colaboradora; discurso espontáneo, fluido y coherente; ánimo hipotímico, con ideas de minusvalía y desesperanza con relación a la situación psicosocial actual; aspecto caquéctico; sin ansiedad ni sintomatología de abstinencia; juicio de la realidad conservado; y consciencia parcial del trastorno. Historia biográfica: sin hijos y nula relación

con su familia. Es independiente para las actividades de la vida diaria. Vive en situación de indigencia.

Se establece un plan de cuidados enfermeros en salud mental siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon⁵ (tabla 1). Se utiliza la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)⁶ para identificar los diagnósticos, se establecen los resultados empleando la clasificación de

Tabla 1. Valoración enfermera mediante los patrones de Marjory Gordon

Patrón	Manifestación
Percepción/mantenimiento de la salud	Presenta alergia a Septrin® (trimetoprima/sulfametoxazol) y a Augmentine® (amoxicilina/ácido clavulánico). Es VIH-positivo. Fumador de un paquete de tabaco diario. No consume alcohol. Presenta consciencia de la enfermedad por dependencia de tóxicos (GHB y metanfetaminas), con muchas dificultades para el cuidado de su salud.
Nutricional/metabólico	IMC: 21,54 kg/m ² . Caquexia por el déficit alimentario. Durante el ingreso, presenta hiperfagia secundaria a la ansiedad.
Eliminación	Dentro de los patrones de la normalidad.
Actividad/ejercicio	Independiente para las ABVD.
Sueño/descanso	Dificultad para dormir relacionada con la abstinencia; refiere pesadillas. Puede llegar a pasar varios días sin dormir a causa de los efectos de la metanfetamina.
Cognitivo/perceptivo	Discurso coherente. Consciencia de dependencia. Incapacidad para mantenerse abstinentes. Incapacidad física y psicológica para evitar peligros. No toma medidas de prevención de accidentes (preservativo). No mantiene hábitos saludables y no mantiene un correcto control de su salud (drogas, medicación, control de la infección por VIH).
Autopercepción/autoconcepto	Ánimo hipotímico, con cogniciones depresivas e ideas de minusvalía y desesperanza respecto a la situación psicosocial actual.
Rol/relaciones	Presenta facilidad para relacionarse. Nula relación de confianza, afecto, amistad y familiar. Solo se relaciona con personas que consumen. Vive en situación de indigencia.
Sexualidad/reproducción	Se identifica como homosexual de forma abierta. Presenta hipersexualidad relacionada con las demandas de su trabajo y el consumo de sustancias tóxicas.
Adaptación/tolerancia al estrés	Baja tolerancia al ingreso y a la abstinencia.
Valores/creencias	Sin alteraciones.

ABVD: actividades básicas de la vida diaria; GHB: γ-hidroxibutirato; IMC: índice de masa corporal; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

resultados de enfermería NOC (Nursing Outcomes Classification)⁷ y se enumeran las intervenciones de enfermería según la clasificación de intervenciones NIC (Nursing Intervention Classification)⁸ (tabla 2).

Para la valoración de los resultados de las actividades de enfermería llevadas a cabo durante el ingreso, se utilizará la escala de tipo Likert de medición de resultados.

Tabla 2. Diagnósticos (NANDA), criterios de resultados de enfermería (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC)

NANDA	(00099) Mantenimiento inefectivo de la salud r/c habilidades inefectivas de afrontamiento, m/p déficits de conductas generadoras de salud.	
NOC	(1602) Conducta de fomento de la salud. (1805) Conocimiento: conductas sanitarias.	PI: 1; PD: 5; PA: 3 PI: 2; PD: 5; PA: 3
NIC	(4470) Ayuda en la modificación de sí mismo. (5250) Apoyo en la toma de decisiones. (6610) Identificación de riesgos.	
NANDA	(00002) Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c incapacidad para ingerir los alimentos debido a factores psicológicos y económicos, m/p peso corporal inferior al 20 % del ideal.	
NOC	(1008) Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos. (1612) Control del peso.	PI: 1; PD: 5; PA: 4 PI: 1; PD: 4; PA: 4
NIC	(1100) Manejo de la nutrición. (5246) Asesoramiento nutricional.	
NANDA	(00096) Privación del sueño r/c persistencia de una higiene del sueño inadecuada, m/p ansiedad, apatía, disminución de las capacidades de funcionamiento, y fatiga.	
NOC	(0008) Fatiga: efectos nocivos. (1400) Autocontrol de la conducta abusiva.	PI: 1; PD: 5; PA: 3 PI: 1; PD: 5; PA: 2
NIC	(1850) Mejorar el sueño. (6482) Manejo ambiental: confort.	
NANDA	(00037) Riesgo de intoxicación r/c falta de las precauciones adecuadas, recursos económicos insuficientes, y disponibilidad de drogas ilegales potencialmente contaminadas con aditivos m/p haber sufrido numerosas intoxicaciones.	
NOC	(1911) Conductas de seguridad personal. (1904) Control del riesgo: consumo de drogas.	PI: 1; PD: 5; PA: 3 PI: 1; PD: 5; PA: 3
NIC	(5510) Educación para la salud. (4510) Tratamiento para el consumo de sustancias nocivas.	

Escala de Likert: puntuación de 5 = la mejor posible; 1 = la peor posible.

m/p: manifestado por; PA: puntuación alcanzada; PD: puntuación deseada; PI: puntuación al ingreso; r/c: relacionado con.



EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS Y RESULTADOS

Los objetivos e intervenciones descritos se han llevado a cabo durante las cuatro semanas de ingreso. Por un lado, se han realizado actividades psicoeducativas grupales e individuales, con las cuales se ha creado un ambiente adecuado para el aprendizaje. Y por otro lado, se ha ajustado el tratamiento farmacológico para la prevención de la clínica de abstinencia. También se ha trabajado la orientación sociolaboral y de recursos al alta por parte de trabajo social.

Durante el ingreso, ha mejorado el patrón del sueño y ha recuperado peso. También adquiere ciertos conocimientos para el cuidado de su salud y mejorar las conductas de riesgo.

Al alta, el paciente es derivado a comunidad terapéutica, donde podrá seguir el tratamiento combinando de farmacoterapia y terapia psicoeducativa.

DISCUSIÓN

El *chemsex* es un fenómeno que, aunque no constituye un problema de salud pública global, sí afecta a un colectivo que está expuesto a un riesgo extremo. Existe la necesidad de realizar intervenciones sanitarias específicas ante este colectivo, y una mayor formación puede ayudar a los profesionales de la

salud mental a anticipar mejor las necesidades de dichos usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Dávila P. «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. *Rev Multidiscip Sida*. 2016;4(7):41-65.
2. Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: a systematic review of the literature. *Int J Drug Policy*. 2019;63: 74-89.
3. Zaro I, Navazo I, Vázquez T, García J, Ibarguchi L. Aproximación al Chemsex en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España; 2016.
4. Coll J, Fumaz CR. Drogas recreativas y sexo en hombres que tienen sexo con hombres: chemsex. Riesgos, problemas de salud asociados a su consumo, factores emocionales y estrategias de intervención. *Rev Enferm Emerg*. 2016;15(2):77-84.
5. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10.ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.
6. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2018-2020. Edición Hispanoamericana. Barcelona: Elsevier; 2019.
7. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 5.ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2013.
8. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7.ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2018.