

Mefedrona y chemsex. Análisis descriptivo de una muestra de pacientes en Madrid

Mephedrone and chemsex. A descriptive analysis of a sample of patients in Madrid

Jesús Ballesteros-López*, Rocío Molina-Prado**, Beatriz Rodríguez-Salgado***, Jose Luis Martin-Herrero**, Helen Dolengevich-Segal****

*Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

** Centro de Atención al Drogodependiente Arganzuela. Madrid Salud.

***Hospital Ramón y Cajal. Centro de Salud Mental de San Blas. Madrid.

****Hospital Universitario del Henares. Madrid.

Recibido: 29/09/2016 · Aceptado: 05/12/2016

Resumen

Introducción: El término *chemsex* hace referencia al uso intencionado de drogas psicoactivas para mantener relaciones sexuales, generalmente entre hombres que tienen sexo con hombres, en sesiones de varias horas o días y con múltiples parejas. Mefedrona es una de las sustancias más comúnmente utilizadas, generalmente en combinación con γ -hidroxibutirato, metanfetamina o inhibidores de la 5-fosfodiesterasa, entre otras. En este fenómeno destaca el uso de aplicaciones geosociales para dispositivos móviles, que facilitan tanto el contacto con otros compañeros sexuales como la adquisición de drogas. Esta práctica ha sido descrita en algunos países europeos. **Objetivos:** Describir las características de una muestra de pacientes con trastorno por consumo de mefedrona utilizada en el contexto de *chemsex*, atendidos en un centro de drogodependencias de Madrid. **Método:** Se recogieron datos demográficos, características del consumo, otras sustancias acompañantes, uso de aplicaciones geosociales y comorbilidad médica y psiquiátrica. **Resultados:** El policonsumo de sustancias se observó en un 100% de los pacientes, siendo muy frecuente la asociación con cocaína y GHB (67%). El uso de aplicaciones geosociales era mayoritario (73,3%) así como la actividad sexual en grupo (73,3 %). El 93% de los pacientes presentaba infección por VIH. Un 60% presentaba trastornos psiquiátricos, siendo los más prevalentes el trastorno adaptativo mixto y el trastorno depresivo. **Conclusiones:** El uso de mefedrona en el contexto del *chemsex* en España y su impacto a nivel sanitario es una realidad de la que aún no se tienen estimaciones precisas. Se proponen medidas destinadas a la prevención, reducción de daños y asistencia médica, entre las que se encuentran intervenciones a través de aplicaciones digitales para móviles y la formación de profesionales, así como desarrollo de estudios dirigidos a un conocimiento más exhaustivo del fenómeno.

Palabras Clave

Mefedrona, Nuevas sustancias psicoactivas, chemsex, VIH.

Correspondencia a:
Helen Dolengevich Segal
e-mail: e.dolengevich@gmail.com



Abstract

Introduction: The term chemsex refers to sex intentionally had under the influence of psychoactive drugs, usually among men who have sex with men, in sessions lasting several hours or days and with multiple sexual partners. Mephedrone is one of the most commonly used substances, usually in combination with γ -hydroxybutyrate, methamphetamine or phosphodiesterase type 5 inhibitors, among others. The use of mobile geosocial applications stand out, facilitating both contact with other sexual-partners and the acquisition of drugs. This practice has been described in some European countries. **Objectives:** To describe the characteristics of a sample of patients with mephedrone use disorder used in the context of chemsex, treated at a drug dependence clinic in Madrid. **Method:** Demographics, consumption patterns, other accompanying substances, use of geo-social applications and comorbid medical and psychiatric disease data were described. **Results:** Polydrug use was observed in 100% of patients, with a very frequent association of mephedrone, cocaine and GHB (67%). Most patients used geo-social applications (73.3%) and engaged on group sexual activity (73.3%). 93% of patients were HIV-positive. 60% had psychiatric disorders, the most prevalent of these being adjustment and depressive disorders. **Conclusions:** Mephedrone use during chemsex in Spain and its impact on health status is a reality that has not yet been accurately estimated. Measures for prevention, harm reduction and health care are proposed, such as interventions through geosocial applications, training of professionals, and the need for further research in order to gain more comprehensive knowledge of this phenomenon.

Key Words

Mephedrone, New psychoactive substances, chemsex, HIV.

INTRODUCCIÓN

El *chemsex* es un término proveniente del inglés (*chemical sex*) que hace referencia al uso intencionado de drogas psicoactivas para mantener relaciones sexuales, generalmente entre hombres que tiene sexo con hombres (HSH), en sesiones de varias horas o días y con múltiples parejas (McCall, Adams, Mason, y Willis, 2015). Otros términos usados para denominar este fenómeno son “Party and

Play” (“PnP”) en norteamérica o “intensive sex partying” en Australia (Bourne et ál., 2014). Cuando las sustancias son administradas de forma intravenosa (IV) se conoce como *slamming* o *slamsex*. Las drogas principalmente usadas en este contexto son mephedrona, γ -hidroxibutirato/ γ -butirolactona (GHB/GBL), metanfetamina y ketamina (McCall et ál., 2015). En la tabla I se recogen las sustancias habitualmente utilizadas en la práctica de *chemsex* (véase Tabla I).



Tabla 1. Sustancias y fármacos habitualmente utilizados en chemsex

SUSTANCIA	NOMBRES POPULARES	FORMA DE PRESENTACIÓN	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS BUSCADOS	EFFECTOS ADVERSOS Y COMPLICACIONES	TIEMPO DE DURACIÓN
MEFEDRONA Otras catinonas: pentedrona, 4-MEC.	Mefe, miau-miau, met, sales de baño.	Polvo, cristales, comprimidos, cápsulas.	Oral. Aspirada por nariz. Intravenosa. Rectal.	Estimulación, excitación sexual, euforia, sentimientos de empatía.	Dependencia. Síntomas psicóticos. Convulsiones, distonías. Toxicidad cardiológica.	Oral. 4 h. Esnifada: 1 h. IV: 45 min
METANFETAMINA	Tina, <i>crystal meth</i> , vidrio, tiza, <i>crack</i> , <i>speed</i> .	Polvo, cristales.	Aspirada por nariz. Fumada en pipa. Intravenosa. Rectal.	Estimulación, desinhibición, excitación sexual, incremento de confianza y autoestima.	Síntomas psicóticos. Hipertensión. Gran capacidad adictiva. Xerostomía y caries.	4-12 h.
GHB/GBL	Éxtasis líquido, <i>Gina</i> .	Líquido.	Oral (se bebe a pequeñas dosis).	Sedación, relajación del esfínter anal. Euforia, desinhibición, borrachera, estimulación sexual.	Somnolencia, pérdida de control motor (con dosis acumulativas). Dependencia. Convulsiones. <i>Delirium</i> . Síntomas psicóticos.	Hasta 7 h.
NITRITOS DE ALQUILO/BUTILO	<i>Poppers</i> .	Líquido volátil.	Inhalados.	Euforia, deseo de socialización, excitación y aumento de potencia sexual, sensaciones placenteras prolongadas.	Toxicidad retiniana. Hipoxia. Anemia hemolítica.	1-2 min.
MDMA	Éxtasis, eme, cristal, x, <i>Sextasy</i> (con sildenafil).	Cristales, polvo o comprimidos.	Oral.	Estimulación, sentimientos de empatía, aceptación y conexión.	Ansiedad. Taquicardia, bruxismo, "golpe de calor". Síntomas afectivos y resaca.	6 h.
COCAÍNA	Coca, blanca, <i>farlopa</i>	Polvo blanco.	Aspirada por nariz Fumada (base).	Activación, excitación sexual, hiperalerta.	Paranoia. Hiperactivación adrenergica. Vasospasmo e isquemia.	45 min.
KETAMINA	Keta, vitamina K, <i>Special K</i> .	Polvo, cristales, líquido.	Aspirada por nariz. Oral. Intramuscular.	Estimulación inicial, relajación, empatía, mejora de la percepción. Disociación.	Midriasis. Desrealización. Accidentes. Síntomas confusionales/disociativos. Hepatotoxicidad. Neurotoxicidad.	2-3 h.
INHIBIDORES DE LA 5-FOSFODIESTERASA	Sildenafil (<i>Viagra</i> ®), vardenafilo (<i>Levitra</i> ®) y tadalafilo (<i>Cialis</i> ®)	Comprimidos.	Oral.	Mantenimiento de la erección.	Cefalea, dispepsia, diarrea y alteraciones visuales transitorias (trinción azul de la visión). Pérdida de audición, isquemia coronaria.	4-8 h: sildenafil y vardenafilo 36 h: tadalafilo.



Por otra parte, las aplicaciones geosociales para dispositivos móviles destinadas a HSH son un elemento destacado en el *chemsex*, pues facilitan tanto el contacto con parejas sexuales como la adquisición de drogas, dándose este binomio en muchas ocasiones de manera conjunta (Bourne et ál., 2014).

En relación a lo anterior, se ha despertado la preocupación por parte de profesionales de la salud dedicados a la atención de personas con enfermedades de transmisión sexual (ETS) al igual que de organizaciones no gubernamentales que atienden a HSH. Es en este colectivo en el que se dio la mayor proporción de nuevos diagnósticos de VIH en Europa en el año 2013, con un total de 42% (Cornejo, Díaz, Díez, y Valín, 2015). Además de las ETS, hay que añadir el riesgo para otras infecciones virales derivadas del potencial uso compartido de material para el consumo de drogas, como jeringuillas (Bourne et ál., 2014; Daskalopoulou et ál., 2014).

El *chemsex*, y más concretamente el *slamsex*, ha sido principalmente descrito en algunas ciudades de Reino Unido y Francia (Batisse, Peyrière, Eiden, Courné, y Djeddar, 2016), aunque se trata de un fenómeno de rápida difusión con presencia actualmente en otras partes del mundo. La mayoría de referencias en España provienen de los medios de comunicación (Mengual, 2016). Existe por tanto muy escasa literatura científica al respecto, la mayor parte de la cual deriva fundamentalmente del campo de la infectología (Fernández-Dávila, 2016).

OBJETIVOS

El presente trabajo tiene como objetivo general contribuir desde una perspectiva psiquiátrica al conocimiento de este complejo fenómeno mediante la descripción de una muestra de pacientes atendidos en un centro de adicciones de nuestro país. Como objetivos específicos:

- Describir las características demográficas, de consumo, de circunstancias y contextos relacionados con el mismo así como la presencia de trastornos psiquiátricos y médicos en una muestra de pacientes en los que mefedrona es la principal sustancia de abuso por la que se acude a un centro de ayuda al drogodependiente.
- Describir algunas condiciones asociadas a la práctica del *chemsex*, a partir de los datos recogidos en nuestra muestra.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal de una serie de casos en el que se incluyeron a todos los pacientes en tratamiento en un centro de atención de drogodependencias (CAD) del centro de Madrid, con consumo de mefedrona como sustancia de abuso principal. El período de estudio comprendió desde junio de 2014 hasta marzo de 2016, siendo la fecha de inicio la correspondiente al primer caso registrado.

A partir de la revisión de las historias clínicas se recogieron una serie de variables sociodemográficas que incluían: orientación sexual, edad, nacionalidad, nivel de estudios (básicos, medios, superiores), convivencia en el domicilio (solo, familia de origen, pareja, amigos) y situación laboral en ese momento.

Respecto al consumo de mefedrona, se recogió información respecto a la vía de administración de la misma, la existencia o no de consumos asociados y sustancias implicadas. También se analizó el contexto en el que se llevaba a cabo (solitario, en pareja o en grupo), determinándose si se acompañaba de actividad sexual y uso del preservativo. Se identificaron además los casos en los que se utilizaron aplicaciones móviles de geolocalización como elemento incorporado para el consumo.



Asimismo, se determinó el tiempo transcurrido entre el inicio del consumo de mefedrona y el momento en acudir a consulta.

Por último se evaluó la existencia de patología concomitante. Para determinar la existencia de patología infecciosa se llevaron a cabo pruebas de diagnóstico serológico. La presencia de trastorno mental fue evaluada según diagnóstico clínico realizado por psiquiatras del CAD, codificándose los diagnósticos según criterios DSM-5 (DSM-5, American Psychiatric Association, 2014).

RESULTADOS

En el estudio se incluyeron un total de 15 pacientes. Respecto a los datos sociodemográficos, las edades estaban comprendidas entre 24 y 54 años, con una mediana de edad de 40 años (rango intercuartílico = 31 a 43) y perteneciendo todos ellos a la categoría de HSH, con orientación homosexual en el 100%. El 60% había completado estudios superiores, frente al 40% restante que tenía nivel de estudios medios. En el momento de la realización del estudio el 73% se encontraba en activo laboralmente frente a un 26% que lo habían estado previamente y estaban en situación de desempleo. La mayoría de los pacientes (53,33%) vivían solos, compartiendo piso el resto de ellos, un 26% con amigos, un 13% con su pareja y un paciente (6,67%) con su familia de origen.

En relación al consumo de sustancias, nuestra muestra estaba basada en pacientes con trastorno por consumo de mefedrona grave, siendo esta la sustancia por la cual se buscaba tratamiento. La dosis media estimada fue de unos 3 gramos por consumo, siempre asociado a actividad sexual. Junto con mefedrona, se evidenció el consumo de dos o más drogas concomitantes en todos los pacientes, siendo las más frecuentes: 66,67% cocaína y 66,67% GHB. En un 60%

existía consumo asociado de metanfetamina y en un 23% de ketamina. Otras sustancias representaron el 25%, entre ellas inhibidores de la 5-fosfodiesterasa (véase figura 1). Respecto a la vía de administración, ocho de los 15 pacientes (53,33%) consumían mefedrona IV (*slamming*), seis de los cuales (75%) refirieron compartir parafernalia de preparación (sueros, recipientes) o de inyección (jeringuillas). El 46,67% restante lo hacía por vía intranasal.

La actividad sexual se dio en grupo en el 73,3% de la muestra, con una sola pareja casual en el 13,33% y con pareja estable en la misma frecuencia (13,33%). El 86,67% de los pacientes afirmaron no haber usado preservativo en uno o más contactos sexuales durante estas prácticas. Asimismo, el 73,3% de la muestra utilizó aplicaciones geosociales para contactar con compañeros de "sesión" de *chemsex*.

El tiempo medio transcurrido entre el primer consumo de mefedrona y la primera consulta en el CAD para iniciar tratamiento fue de 17 meses, con un mínimo de 2 y un máximo de 24.

En cuanto a las enfermedades infecciosas la infección por VIH estaba presente en todos los casos excepto uno (93%), seguida por la sífilis (43%), y VHC y VHB, ambos en un 26,6%. (Véase figura 2).

Se identificó patología psiquiátrica asociada en un 60% de los casos (véase figura 3). A tres pacientes (20% del total) se diagnosticó de Trastorno adaptativo mixto; a dos de trastorno depresivo, a uno de episodio psicótico inducido por sustancias, a otro de trastorno por control de impulsos, otro de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y otro de trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Dos pacientes refirieron haber presentado al menos un intento de suicidio.



Figura 1. Sustancias consumidas asociadas a mefedrona

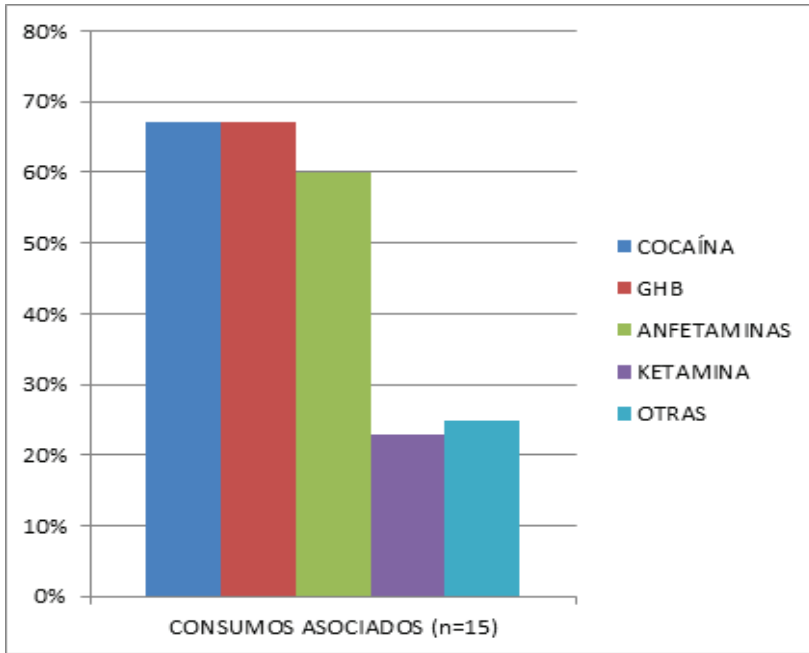


Figura 2. Comorbilidad infecciosa

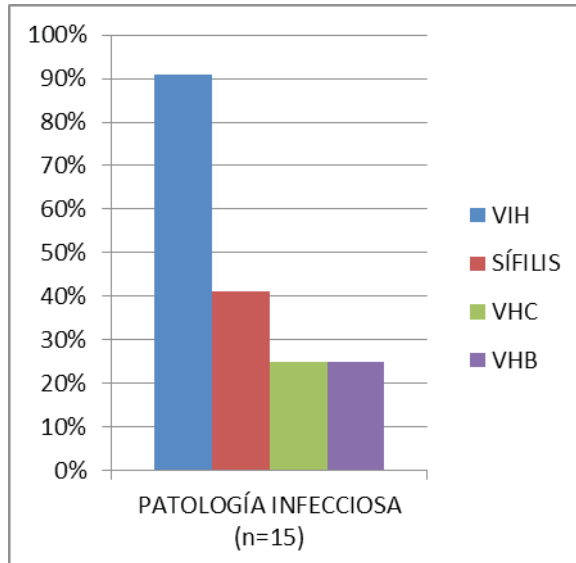
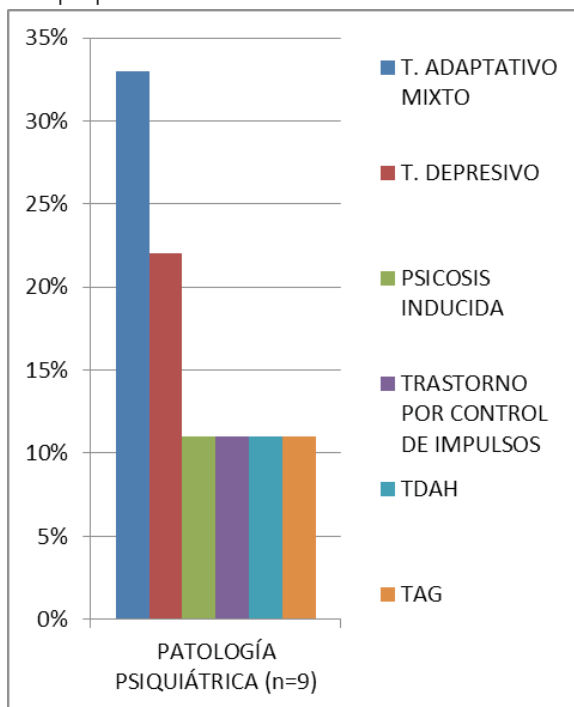




Figura 3. Comorbilidad psiquiátrica



DISCUSIÓN

La mefedrona representa la sustancia problema en nuestra muestra, siendo las dificultades asociadas a su consumo el motivo para iniciar tratamiento. Esta sustancia es considerada la mayoritaria en el *chemsex* con una prevalencia de consumo estimado en este ámbito del 90% (Bourne et ál., 2014). Su utilización de forma recreativa con finalidad de potenciar la estimulación sexual y la duración de sesiones de *chemsex* es frecuente (McCall et ál., 2015) (Ma y Perera, 2015) así como su utilización por vía intravenosa (*slamsex*), que según diversos estudios se cifra entre un 33-38% (Bourne et ál., 2015; Gilbert et ál., 2015; Pufall et ál., 2016). Mefedrona y

otras catinonas sintéticas cuentan con efectos psicoactivos y simpaticomiméticos similares a las anfetaminas y poseen propiedades entatógenas tales como intensificación sensorial, aumento de sociabilidad, desinhibición y excitación sexual (Miliano et ál., 2016). Se han descrito efectos secundarios físicos (taquicardia, hipertensión, parestesias, vómitos, fallo renal, hipertermia, entre otros) (Karila, Megarbane, Cottencin, y Lejoyeux, 2015) y un riesgo aumentado de presentar sintomatología psicótica (ideas delirantes, alucinaciones, discurso desorganizado o ideación suicida) derivados de su consumo (Banks, Worst, Rusyniak, y Sprague, 2014). De hecho, esta sustancia se ilegalizó en 2010 tras detectarse varios casos de muertes relacionadas con su



consumo, habiendo sido considerada previamente como un euforizante legal (Artieda y Gómez-Arnau, 2015; Hockenhull, Murphy, y Paterson, 2016).

Además de que el precio de mefedrona es bajo y su obtención es bastante sencilla, cuenta con un gran potencial adictivo. Estudios realizados en voluntarios compararon las pautas de consumo en relación con MDMA, observando un inicio de acción más rápido y a una menor duración de los efectos. Esto podría dar indicios sobre el patrón de consumo compulsivo que presentan estos pacientes (Papaseit et ál., 2016). Sobre todo, en el consumo IV, se ha observado la necesidad de redosificar en periodos de tiempo cada vez más cortos, llegando hasta 15- 20 inyecciones al día. Esta práctica favorece las infecciones en el sitio de la inyección por el propio traumatismo de la aguja, escasa higiene o el compartir jeringuillas (Van Hout y Bingham, 2012).

En nuestra muestra de pacientes, la dosis media por consumo fue de 3 gramos por sesión. Si se toma en cuenta el posible tiempo de duración por consumo, el cual puede llegar hasta las 72 horas (McCall et ál., 2015) (Bourne et ál., 2014), hablaríamos de 1 gramo aproximadamente por día, en combinación con otras drogas. Además, 8 de 15 pacientes reconocen el consumo de mefedrona de forma IV, lo que favorece la adicción a esta sustancia y las complicaciones derivadas.

En el *chemsex* el policonsumo es la norma frente a los consumidores de una única sustancia (Bourne et ál., 2015). Este hecho se ve reflejado en nuestra muestra, donde la combinación de tres drogas (mefedrona y otras dos) se dio en el 100% de los pacientes. La asociación con estimulantes como cocaína en un 67% y anfetaminas (sobre todo metanfetamina, en un 60%) es llamativa y coincide con otros estudios publicados (Daskalopoulou et ál., 2014).

El uso habitual de metanfetamina se asocia con un riesgo elevado de dependencia, problemas de salud mental, como depresión y/o psicosis, y contagio de virus, principalmente VIH (Darke, Kaye, McKetin, y Dufflou, 2008). El consumo de esta sustancia ha sido ampliamente descrito entre HSH. En la encuesta nacional de estrategia sobre drogas de Australia, se detectó que los HSH presentaron 4 veces más probabilidad de usar metanfetamina en los últimos 12 meses en comparación con varones heterosexuales (9,7 vs 2,5%) (Roxburgh, Lea, de Wit, y Degenhardt, 2016).

Según estudios recientes, el uso de esta sustancia por vía IV se ha incrementado en relación con *chemsex*. En este contexto, la metanfetamina incrementa la confianza sexual, duración e intimidad. También facilita la participación en conductas de alto riesgo sexual, como múltiples parejas, sexo en grupo o sexo braqui-rectal (*fisting*) (Lea et ál., 2016). Hay que reseñar que, en mayor grado que otras drogas, metanfetamina provoca opiniones polarizadas entre los participantes en sesiones de *chemsex*. A pesar de ser considerada por muchos como la sustancia ideal para este contexto, algunos estudios estiman en un 20% de participantes que nunca la han consumido y aseguran no querer hacerlo en el futuro por el temor a su capacidad adictiva y su asociación con la administración intravenosa (*slamming*) (Bourne et ál., 2014).

La asociación con GHB es también elevada, hasta en un 67%. GHB es un depresor del SNC que tiene un efecto desinhibidor percibido como afrodisiaco y una leve acción analgésica (Palamar y Halkitis, 2006). GBL es el precursor del GHB y su venta es legal a través de internet como producto de limpieza (Parro, 2015). El efecto anestésico de GHB favorece la realización prácticas sexuales agresivas como el *fisting*, ya que relaja el músculo liso y disminuye el umbral doloroso (Coll y Fumaz, 2016). Esta sustancia se administra



habitualmente de forma oral, en pequeñas dosis diluidas en agua o en otras bebidas. Con el tiempo, se acumula y, su efecto se potencia al combinarlo con alcohol, mefedrona o metanfetamina. Por tanto, las sobredosis con depresión respiratoria por GHB durante la práctica de *chemsex* pueden ser frecuentes, lo que puede provocar pérdidas del estado de conciencia, lagunas de memoria y vulnerabilidad ante posibles abusos sexuales (Bourne et ál., 2015). De hecho, el papel potencial del GHB en casos de abusos sexuales ha sido abordado en varios artículos sobre el tema (Kapitány-Fövényi et ál., 2015).

La cocaína también es frecuente como parte de la "combinación estimulante" en nuestra muestra (hasta un 67%). Esta sustancia es habitualmente consumida en España, con cifras oficiales que indican que el 3,3% de los jóvenes de entre 15 y 34 años la han consumido en el último año, lo que sitúa a España como el segundo país europeo en prevalencia, sólo por detrás del Reino Unido (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2015). Asimismo, se ha colocado a la cocaína como la tercera droga más consumida en el colectivo gay (Folch et ál., 2015) así como asociada al *chemsex* (Bourne et ál., 2014).

Ketamina se consume en un 23% de la muestra. Se trata de un anestésico disociativo derivado de la fenciclidina que se ha utilizado de forma lúdica en los contextos de música electrónica, generalmente asociado a la MDMA (Gómez-Arnau y Dolengevich, 2015). Su uso en HSH que practican *chemsex* también ha sido notificado (Bourne et ál., 2014).

En nuestra muestra, el 70% de los pacientes han utilizado aplicaciones de geolocalización para encontrar/participar en sesiones de *chem* o *slamsex*. Estos programas utilizan sistemas GPS (*Global Positioning System*) para establecer la proximidad entre usuarios. Desde 2009, el uso de estas aplicaciones dirigidas al público gay ha ido incrementán-

dose de manera exponencial: Grindr, Scruff, Wapo, entre otras. La geolocalización facilita el hallazgo prácticamente inmediato de potenciales compañeros sexuales situados en la proximidad, lo que propicia un encuentro diligente. Como se observa en nuestra muestra, de manera reciente se ha reportado el uso de estas aplicaciones para facilitar conductas de alto riesgo así como la búsqueda y compra de drogas o la localización de compañeros para sesiones de *chemsex* o *party and play* (Bourne et ál., 2014; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2016).

Ha sido descrito que los HSH que utilizan aplicaciones, en comparación con los que no lo hacen, tienden a ser más jóvenes, con mayor nivel educativo y mayor nivel adquisitivo. Asimismo, han mostrado mayor probabilidad de involucrarse en conductas sexuales de riesgo y más ETS (Zou y Fan, 2016). Por otro lado, estos usuarios parecen estar en mayor riesgo de sufrir abuso por parte de la pareja sexual, el cual está íntimamente ligado al consumo de drogas (Duncan et ál., 2016). Dada la amplísima difusión de estas aplicaciones, ha sido planteada la posibilidad de crear plataformas para reducir riesgos potenciales en cuanto al consumo de drogas o el contagio de ETS/VIH/otros (Besoain, Perez-Navarro, Caylà, Aviñó, y de Olalla, 2015; Holloway et ál., 2013).

En nuestro estudio, un 60% de pacientes presentaron patología psiquiátrica concomitante al diagnóstico de dependencia a sustancias. Entre los aspectos psicológicos que se han vinculado a problemas de salud mental y consumo de sustancias en HSH se han descrito la sensibilidad al rechazo, victimización y la homofobia internalizada (Sattler, Wagner, y Christiansen, 2016). Estos elementos serían claves en el estudio de usuarios de *chemsex* para poder prevenir patología mental, dependencia a sustancias y conductas sexuales de riesgo.



De nuestros pacientes, el 20% presentaron trastornos adaptativos mixtos y dos pacientes trastornos depresivos. Es escasa la literatura respecto a la presencia de trastornos psiquiátricos en HSH que practican *chemsex*. En un estudio, el 38% de los HSH que participaban en *chemsex* habían sido diagnosticados de depresión y/o ansiedad en comparación con 24% de HSH que no lo hacían (Pufall et ál., 2016). Por otro lado, existen varios reportes de casos de psicosis en relación con consumo de mefedrona, uno en el contexto de *slamsex* (Dolengevich-Segal, Rodríguez-Salgado, Gómez-Arnau, y Sánchez-Mateos, 2016).

Es de sobra conocida la relación entre el consumo de droga por vía IV y el riesgo de infección por VIH. Sin embargo, se ha constatado que el consumo de otras sustancias por vías diferentes a la parenteral también incrementa de forma significativa el riesgo relativo de infección (Chesney, Barrett, y Stall, 1998). Más concretamente se hace referencia al consumo de metanfetamina y otras sustancias estimulantes como cocaína, así como los *poppers* y fármacos inhibidores de la 5-fosfodiesterasa como algunas de las que facilitan mayor desinhibición sexual entre HSH, lo que conlleva una alta probabilidad de seroconversión y transmisión del VIH (Ostrow et ál., 2009). También se ha reportado una menor percepción del riesgo en personas con VIH que se encuentran en tratamiento con terapia antirretroviral (Remien, Halkitis, O'Leary, Wolitski, y Gómez, 2005), algo que asociado al concepto de *serosorting* (elegir a compañeros del mismo estado serológico de VIH), han llevado aparejado un aumento en las conductas de riesgo, tales como reducción en el uso del condón (Bradshaw, Matthews, y Danta, 2012), hecho que se ve reflejado en un altísimo porcentaje (87%) de nuestra muestra.

Otra de las infecciones más prevalentes en este grupo de población es el VHC, con tasas estimadas en un metaanálisis de 5-6%

en HSH con VIH positivo. Se ha resaltado en algunos estudios la elevada incidencia de reinfección por VHC en HSH de diferentes ciudades europeas, alcanzando tasas cercanas al 25% de los pacientes que consiguieron eliminar el virus durante la fase aguda de la enfermedad con una mediana en el tiempo hasta la reinfección de 1,8 años (Ingiliz et ál., 2016). Debido al aumento de incidencia de VHC entre HSH infectados con VIH, se han llevado a cabo varios estudios en los que se han identificado distintos factores de riesgo independientes: sexo anal sin protección, actividad sexual en el contexto de consumo de drogas estimulantes, prácticas sexuales agresivas (*fisting*) o sexo en grupo (Vanhommerig et ál., 2015).

Respecto al consumo de drogas, resulta difícil discriminar la parte de este aumento en el riesgo de infección atribuible al propio consumo, que incluiría el hecho de compartir parafernalia (jeringuillas, recipientes y otros instrumentos) como uno de los factores en los que más claramente se ha determinado su capacidad de transmisión de VHC (Palmateer et ál., 2013) o la parte que se deriva de sus efectos desinhibidores que facilitan prácticas sexuales de mayor riesgo (Bradshaw et ál., 2012), más intensas y durante más tiempo, con la posibilidad de inflamación y sangrado de mucosas (Taylor, Swan y Mayer, 2012).

En nuestra muestra un 43% de pacientes presentaban infección por sífilis. En relación a esto es conveniente señalar que en los años 2013 y 2014, el número de casos reportados de sífilis primaria y secundaria ha aumentado en un 15 %, la mayoría de casos entre HSH. En 2014, el 83 % de los casos reportados de sífilis primaria y secundaria en hombres, de los cuales se conocía el sexo de la pareja, fueron entre HSH (Bradshaw et ál., 2012). Otras ETS que se han asociado a la práctica del *chemsex* han sido gonorrea, clamidiasis y shigelosis (Gilbart et ál., 2015).



Por último, en relación con la atención sanitaria a estos usuarios, los datos de nuestra muestra indican un período de tiempo considerable desde el inicio del consumo hasta el momento de consultar para iniciar tratamiento, con una media de 17 meses y ya con una adicción desarrollada. En otros lugares donde el fenómeno del *chemsex* apareció más tempranamente, ya se habían advertido dificultades en la captación de estos pacientes por parte de la red tradicional que daba cobertura a patologías derivadas de adicción a drogas. De ahí que se implementaran nuevas estrategias como la creación de clínicas específicas dirigidas a estos pacientes que han mostrado resultados prometedores en cuanto a creciente número de personas atendidas en los últimos años (Stuart y Weymann, 2015). En nuestro medio no existen, por ahora, dispositivos específicos de atención a usuarios de *chemsex*, aunque hay dispositivos para atención a pacientes con ETS y a pacientes con drogodependencias, por vías separadas. En este sentido, se hace necesaria la creación de dispositivos concebidos desde un enfoque multidisciplinar (Coll y Fumaz, 2016), con un abordaje desde el punto de vista sexual, de consumo de drogas y de salud mental integrado, dado que el *chemsex* engloba estas tres facetas y todas requieren de atención especializada. No obstante, la creación de nuevos dispositivos es en general complicada y puede prestarse a atención tardía en un fenómeno que precisa intervenciones precoces. En este sentido planteamos que, dado que en Madrid se cuenta con una muy buena y amplia red de drogas donde hay equipos que se ajustan rápidamente a las nuevas realidades emergentes, la formación de profesionales que trabajan en esta red en aspectos de salud sexual puede ayudar en gran medida a la atención adecuada de los usuarios de *chemsex*. En nuestro medio, puede tener más sentido y eficacia:

- 1) detectar nuevos patrones de consumo

- 2) formar rápidamente en estos patrones a profesionales que ya trabajan en centros de drogodependencias con seminarios de nuevas drogas, detección de ellas, patrones de consumo, sexología, 3) coordinación dinámica con consultas de infecciosas para derivación óptima de pacientes atendidos que requieran ayuda en el uso y problemas derivados de drogas asociadas a la actividad sexual y 4) coordinación con las asociaciones de gays, lesbianas, bisexuales y transexuales (LGBT), para poder crear una red destinada a reducción de daños, educación, formación, prevención y derivación a tratamientos específicos.

CONCLUSIONES

El *chemsex* es un fenómeno presente en España del que conocemos algunos datos parciales, sin que se haya estimado aún su magnitud real. No obstante, los efectos deletéreos de estas prácticas que aúnan consumo de drogas y relaciones sexuales de riesgo son bien conocidos y muy similares a los reportados en otras ciudades europeas.

Los usuarios de *chemsex* tardan un tiempo elevado, en caso de hacerlo, en consultar con algún profesional, probablemente porque tienen unas características diferentes al perfil de paciente habitual de los dispositivos que existen en nuestro país para los tratamientos de adicciones.

Para dar cobertura a este fenómeno resulta imprescindible un abordaje multidisciplinar que tenga en cuenta el perfil y necesidades específicas de los usuarios de *chemsex*, basados en programas de prevención y de reducción de daños. La intervención a través de las aplicaciones digitales para dispositivos móviles se propone como una de las estrategias posibles. En nuestro medio se hace necesaria la formación y coordinación de de profesionales de diversos ámbitos (red de drogas,



consultas de infecciosas) para optimizar el abordaje de usuarios de chemsex, además de la vinculación con organizaciones LGBT para crear una red de atención y de reducción de daños que permita un abordaje temprano y eficaz de estos pacientes. Asimismo, son necesarios estudios que aporten información más extensa y precisa de este fenómeno en nuestro país, así como de las medidas planteadas para su abordaje.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores no presentan conflictos de intereses.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. España: Panamericana.

Artieda Urrutia, P. y Gómez-Arnau Ramírez, J. (2015). Mefedrona y otras catinonas sintéticas. En: Dolengevich Segal, H.; Gómez-Arnau Ramírez, J.; Rodríguez Salgado, B. y Sánchez-Mateos, D. Ed, *Nuevas drogas psicoactivas* (pp.53-72). Madrid: Entheos.

Banks, M.; Worst, T.; Rusyniak, D. y Sprague, J. (2014). Synthetic Cathinones ("Bath Salts"). *The Journal of Emergency Medicine*, 46, (5), 632-642. doi:10.1016/j.jemermed.2013.11.104.

Batiste, A.; Peyrière, H.; Eiden, C.; Courné, M. y Djeddar, S. (2016). Usage de psychostimulants dans un contexte sexuel: analyse des cas rapportés au Réseau français des centres d'addictovigilance. Évaluation des risques liés à la pratique du SLAM. *Thérapie*, 71, (5), 447-455. doi:10.1016/j.therap.2016.04.003.

Besoain, F.; Perez-Navarro, A.; Caylà, J.; Aviñó, C. y de Olalla, P. (2015). Prevention of sexually transmitted infections using mobile devices and ubiquitous computing. *International Journal of Health Geographics*, 14, (1), 18-30. doi: 10.1186/s12942-015-0010-z.

Bourne, A.; Reid, D.; Hickson, F.; Torres Rueda, S. y Weatherburn, P. (2014). The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine. Recuperado de <http://www.sigmaresearch.org.uk/chemsex>.

Bourne, A.; Reid, D.; Hickson, F.; Torres-Rueda, S.; Steinberg, P. y Weatherburn, P. (2015). "Chemsex" and harm reduction need among gay men in South London. *International Journal of Drug Policy*, 26, 1171-1176. doi:10.1016/j.drugpo.2015.07.013.

Bradshaw, D.; Matthews, G. y Danta, M. (2013). Sexually transmitted hepatitis C infection: the new epidemic in MSM? *Current Opinion in Infectious Diseases*, 26, (1), 66-72. doi:10.1097/qco.0b013e32835c2120.

Chesney, M.; Barrett, D. y Stall, R. (1998). Histories of substance use and risk behavior: precursors to HIV seroconversion in homosexual men. *American Journal of Public Health*, 88, (1), 113-116. doi:10.2105/ajph.88.1.113.

Coll, J. y Fumaz, C.R. (2016). Drogas re-creativas 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 Enfermedades Emergentes*, 15, (2), 77-84.

Cornejo, A.; Díaz, A.; Díez, M. y Valín, E. R. (2015). Vigilancia epidemiológica del VIH/sida. Situación en Europa y en España, 2013. *Boletín epidemiológico semanal*, 22, (18), 249-256.



Darke, S.; Kaye, S.; McKetin, R. y Duffou, J. (2008). Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug & Alcohol Review*, 27, (3), 253-262. doi:10.1080/09595230801923702.

Daskalopoulou, M.; Rodger, A.; Phillips, A.; Sherr, L.; Speakman, A.; Collins, S.; Elford, J.; Johnson, M.; Gilson, G.; Fisher, M.; Wilkins, E.; Anderson, J.; McDonnell, J.; Edwards, S.; Perry, N.; O'Connell, R.; Lascar, M.; Jones, M.; Johnson, A.; Hart, G.; Minners, A.; Gerretti, A.; Burman, W. y Lampe, F. (2014). Recreational drug use, polydrug use, and sexual behaviour in HIV-diagnosed men who have sex with men in the UK: results from the cross-sectional ASTRA study. *Lancet HIV*, 1, (1), e22-e31. doi:10.1016/s2352-3018(14)70001-3.

Dolengevich-Segal, H.; Rodríguez-Salgado, B.; Gómez-Arnau, J. y Sánchez-Mateos, D. (2016). Severe Psychosis, Drug Dependence, and Hepatitis C Related to Slamming Mephedrone. *Case Reports in Psychiatry*, 2016, ID8379562. 5 pages. doi:10.1155/2016/8379562.

Duncan, D.; Goedel, W.; Stults, C.; Brady, W.; Brooks, F.; Blakely, J. y Hagen, D. (2016). A Study of Intimate Partner Violence, Substance Abuse, and Sexual Risk Behaviors Among Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex With Men in a Sample of Geosocial-Networking Smartphone Application Users. *American Journal of Men's Health*. February 12, 2016 doi: 10.1177/1557988316631964.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2016). The internet and drug market. *Insights*, 21. Luxemburgo: Oficina de publicaciones de la Unión Europea. doi:10.2810/324608.

Fernández-Dávila, P. (2016). "Sesión de sexo, morbo y vicio": una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gays, bisexuales y otros hombres

que tienen sexo con hombres en España. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 7,(1), 41-65.

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.

Gilbart, V.; Simms, I.; Jenkins, C.; Furegato, M.; Gobin, M. y Oliver, I.; Hart, G.; Gill, O.N. y Hughes, G. (2015). Sex, drugs and smart phone applications: findings from semistructured interviews with men who have sex with men diagnosed with *Shigella flexneri* 3a in England and Wales. *Sexually Transmitted Infections*, 91, (8), 598-602. doi:10.1136/sextrans-2015-052014.

Gómez-Arnau Ramírez, J. y Dolengevich Segal, H. (2015). Ketamina. En: Dolengevich Segal, H.; Gómez-Arnau Ramírez, J.; Rodríguez Salgado, B. y Sánchez-Mateos, D., Ed. *Nuevas drogas psicoactivas* (pp.229-240). Madrid: Entheos.

Hockenhull, J.; Murphy, K. y Paterson, S. (2016). Mephedrone use is increasing in London. *The Lancet*, 387, (10029), 1719-1720. doi:10.1016/s0140-6736(16)30258-6.

Holloway, I.; Rice, E.; Gibbs, J.; Winetrobe, H.; Dunlap, S. y Rhoades, H. (2013). Acceptability of Smartphone Application-Based HIV Prevention Among Young Men Who Have Sex With Men. *AIDS and Behaviour*, 18, (2), 285-296. doi:10.1007/s10461-013-0671-1.

Ingiliz, P.; Martin, T.; Rodger, A.; Stellbrink, H.; Mauss, S.; Boesecke, C.; Mandorfer, M.; Bottero, J.; Baumgarten, A.; Bhagani, S.; Lacombe, K.; Nelson, M.; Rockstroh, J. y NEAT study group. (2016). Hepatitis C virus reinfection incidence and outcomes among HIV-positive MSM in Western Europe. *International Liver Congress* (Abstract PS006). Barcelona.



- Kapitány-Fövény, M.; Mervó, B.; Corazza, O.; Kökönyei, G.; Farkas, J.; Urbán, R.; Zacher, G. y Demetrovics, Z. (2015). Enhancing sexual desire and experience: an investigation of the sexual correlates of gamma-hydroxybutyrate (GHB) use. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 30, (4), 276-284. doi:10.1002/hup.2491.
- Karila, L.; Megarbane, B.; Cottencin, O. y Lejoyeux, M. (2015). Synthetic Cathinones: A New Public Health Problem. *Current Neuropharmacology*, 13, (1), 12-20. doi:10.2174/1570159x13666141210224137.
- Lea, T.; Mao, L.; Hopwood, M.; Prestage, G.; Zablotska, I.; de Wit, J y Holt, M. (2016). Methamphetamine use among gay and bisexual men in Australia: Trends in recent and regular use from the Gay Community Periodic Surveys. *International Journal of Drug Policy*, 29, 66-72. doi:10.1016/j.drugpo.2016.01.003.
- Ma, R. y Perera, S. (2015). Safer 'chemsex': GPs role in harm reduction for emerging forms of recreational drug use. *British Journal of General Practice*, 66, (642), 4-5. doi:10.3399/bjgp16x683029.
- McCall, H.; Adams, N.; Mason, D. y Willis, J. (2015). What is chemsex and why does it matter? *British Medical Journal*, h5790. doi:10.1136/bmj.h5790.
- Mengual, E. (2016). *La peligrosa moda del ChemSex*. ELMUNDO. Recuperado de <http://www.elmundo.es/sociedad/2016/05/30/574b19fb22601d8d678b463f.html>.
- Miliano, C.; Serpelloni, G.; Rimondo, C.; Mereu, M.; Marti, M. y De Luca, M. (2016). Neuropharmacology of New Psychoactive Substances (NPS): Focus on the Rewarding and Reinforcing Properties of Cannabimimetics and Amphetamine-Like Stimulants. *Frontiers in Neuroscience*, 10, 153. doi:10.3389/fnins.2016.00153.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) (2015). En: *Informe europeo sobre drogas, tendencias y novedades*. Luxemburgo: Oficina de publicaciones de la Unión Europea. doi:10.2810/871615.
- Ostrow, D.; Plankey, M.; Cox, C.; Li, X.; Shoptaw, S.; Jacobson, L. y Stall, R. (2009). Specific Sex Drug Combinations Contribute to the Majority of Recent HIV Seroconversions Among MSM in the MACS. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51, (3), 349-355. doi:10.1097/qai.0b013e3181a24b20.
- Palamar, J. y Halkitis, P. (2006). A qualitative analysis of GHB use among gay men: Reasons for use despite potential adverse outcomes. *International Journal of Drug Policy*, 17, (1), 23-28. doi:10.1016/j.drugpo.2005.11.002.
- Palmateer, N.; Hutchinson, S.; McAllister, G.; Munro, A.; Cameron, S.; Goldberg, D. y Taylor, A. (2013). Risk of transmission associated with sharing drug injecting paraphernalia: analysis of recent hepatitis C virus (HCV) infection using cross-sectional survey data. *Journal of Viral Hepatitis*, 21, (1), 25-32. doi:10.1111/jvh.12117.
- Papaseit, E.; Pérez-Mañá, C.; Mateus, J.; Pujadas, M.; Fonseca, F.; Torrens, M.; Olesti, E.; de la Torre, R. y Farré, M. (2016). Human Pharmacology of Mephedrone in Comparison with MDMA. *Neuropsychopharmacology*, 41, (11), 2704-2713. doi:10.1038/npp.2016.75.
- Parro Torres, C. (2015). GHB y derivados. En: Dolengevich Segal, H.; Gómez-Arnau Ramírez, J.; Rodríguez Salgado, B. y Sánchez-Mateos, D. Ed. *Nuevas drogas psicoactivas* (pp.251-260). Madrid: Entheos.
- Pufall, E.L.; Kall, M.; Shahmanesh, M.; Nardone, A.; Gilson, R.; Delpéch, V. y Ward, H. (2016). Chemsex and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex



with men. *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*. (Abstract 913). Boston.

Remien, R.; Halkitis, P.; O'Leary, A.; Wolitski, R. y Gómez, C. (2005). Risk Perception and Sexual Risk Behaviors Among HIV-Positive Men on Antiretroviral Therapy. *AIDS and Behavior*, 9, (2) 167-176. doi:10.1007/s10461-005-3898-7.

Roxburgh, A.; Lea, T.; de Wit, J. y Degenhardt, L. (2016). Sexual identity and prevalence of alcohol and other drug use among Australians in the general population. *International Journal Of Drug Policy*, 28, 76-82. doi:10.1016/j.drugpo.2015.11.005.

Sattler, F.; Wagner, U. y Christiansen, H. (2016). Effects of Minority Stress, Group-Level Coping, and Social Support on Mental Health of German Gay Men. *PLOS ONE*, 11, (3), e0150562. doi:10.1371/journal.pone.0150562.

Stuart, D., y Weymann, J. (2015). Chemsex and care planning: one year in practice. *HIV Nursing*, 15, (1), 24-28.

Taylor, L.; Swan, T. y Mayer, K. (2012). HIV Coinfection With Hepatitis C Virus: Evolving

Epidemiology and Treatment Paradigms. *Clinical Infectious Diseases*, 55, (suppl 1), S33-S42. doi: 10.1093/cid/cis367.

Vanhommerig, J.; Lambers, F.; Schinkel, J.; Geskus, R.; Arends, J.; van de Laar, T.; Lauw, F.; Brinkman, K.; Gras, L.; Rijnders, B.; van der Meers, J.; Prins, M. y MOSAIC Study Group. (2015). Risk Factors for Sexual Transmission of Hepatitis C Virus Among Human Immunodeficiency Virus-Infected Men Who Have Sex With Men: A Case-Control Study. *Open forum infectious diseases*, 2, (3), 1-15.

Van Hout, M.C. y 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, 188-97. doi: 10.1016/j.drugpo.2012.01.008.

Zou, H. y Fan, S. (2016). Characteristics of Men Who Have Sex With Men Who Use Smartphone Geosocial Networking Applications and Implications for HIV Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 4, 1-10. doi:10.1007/s10508-016-0709-3.