



Trabajo de Final de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

¿Consumir para consumir?: efectos del alcohol y la cocaína en
la satisfacción sexual y la autoestima

Realizado por Dina Rahwan

Tutorizado por Xavier Carbonell Sánchez

Fecha: 20 de enero de 2021

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Blanquerna

Resumen

A lo largo de la historia, el consumo de alcohol y drogas ha estado altamente ligado a la conducta sexual, además de verse relacionado con la autoestima. Sin embargo, las drogas tienen efectos negativos en las relaciones sexuales y en la manifestación de la sexualidad en general. El objetivo de este estudio es evaluar en qué grado la tríada de variables de uso o abuso de cocaína y/o al alcohol, la satisfacción sexual y el nivel de autoestima se encuentran interrelacionadas, juntamente con la diferenciación de género, el tiempo de abstinencia, la cantidad de consumo y el tiempo en tratamiento. Participaron 72 pacientes en tratamiento en el Centro de Atención y Seguimiento Garbivent para el tratamiento de su consumo problemático de alcohol y/o cocaína; de los cuales 24 fueron mujeres y 48 hombres, con edades comprendidas entre 18 y 72 años. Los resultados indican que, aunque los niveles de autoestima y satisfacción sexual estaban por debajo de la media, la relación del consumo de drogas con la satisfacción sexual y la autoestima. Los pacientes señalaron la necesidad de abordar la sexualidad en las terapias para superar el consumo de drogas, preferentemente con un profesional psicólogo.

Palabras clave: Satisfacción Sexual, Autoestima, Valoración subjetiva y Autoimagen.

Abstract

Throughout history, the use of alcohol and drugs has been highly linked to sexual behavior, and can also be associated to self-esteem, considered to be a predisposition and maintenance factor of the substance use. Nevertheless, drugs have negative effects in sexual relations and sexuality in general. The objective of this study is to evaluate in which degree the variable triad which includes abuse of cocaine and/or alcohol, sexual satisfaction and self-esteem are related, with the distinction between gender, time abstinence, quantity of consumption and therapy period. The investigation was carried out with a total sample of 72 patients from the "Centro de Atención y Seguimiento Garbivent" for their problematic use

of alcohol and/or cocaine; from which 24 were women and 48 men, between the ages of 18 and 72. Although the levels of self-esteem and sexual satisfaction were lower than the average, significant results were found, concluding the existence of relation between use of drugs with both variables. The need of approaching this issue was also found significant on behalf of patients, from which 9 out of 10 preferred psychological treatment.

Key words: *Sexual Satisfaction, Self-Esteem and Self-image.*

¿Consumir para consumir?: efectos del alcohol y la cocaína en la satisfacción sexual y la autoestima

Millon considera al individuo como una unidad de movimiento integrado, con una interrelación de todos los elementos biológicos, sociales, emocionales, situacionales, rasgos de personalidad, entre muchos otros (Pedrero, 2008). Cada ser humano se relaciona con las sustancias de forma peculiar, se vincula al tratamiento de forma distinta y, en general, se enfrenta a la vida en un estilo característico.

Según Hayaki et al. (2008) las expectativas con una sustancia en particular se producen tanto de experiencias directas como indirectas y, por lo general, se clasifican como positivas o negativas. Se definen como creencias relativamente inmediatas de los efectos de una sustancia, en contraposición a las consecuencias a largo plazo en un consumo continuado y tienen tal poder, que la presunta influencia sobre la experiencia con la sustancia excede el efecto fisiológico real de la droga en sí. De hecho, estudios experimentales demuestran que las expectativas respecto el consumo de alcohol se mantienen a pesar de las contradicciones entre los efectos esperados y los reales (Hayaki et al., 2008; Schafer y Brown, 1991).

Alcohol y cocaína

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central que a bajas dosis actúa como desinhibidor para dejar de lado ciertos tabúes y prejuicios, además de aumentar el deseo y la excitación sexual subjetiva, aunque a dosis más elevadas estas expectativas se ven frustradas (Aguilar et al., 2008; López y Soriano, 2014; Pérez et al., 2012; Vallejo y Sierra, 2013). Los síntomas iniciales de afectación de la sustancia aparecen entre los 5-10 primeros años de consumo, aunque varían en función de la cantidad ingerida y la existencia de antecedentes familiares de alcoholismo (Duany y Hernández, 2012).

Una sustancia estimulante con propiedades analgésicas locales como la cocaína, incrementa los niveles dopaminérgicos mediante el bloqueo de los transportadores de dopamina (Rawson et al., 2002; Shirley et al., 2009) y se relaciona con el aumento y la duración del deseo sexual, junto con la producción de orgasmos y erecciones espontáneas

(Peugh y Belenko, 2001). Pero un consumo crónico de la sustancia disminuye el deseo y la habilidad de llegar al orgasmo tanto en mujeres como en hombres (Frohman et al., 2009). Siguiendo con esta idea, Bruno et al. (2012) encontraron correlaciones entre el consumo de cocaína tanto en el aumento como en la disminución del deseo sexual.

Sexualidad y consumo

La sexualidad es una figura básica de la condición humana, presente a lo largo de la vida y que se vive y se manifiesta mediante conceptos, fantasías, deseos, convicciones, posiciones, valores, conductas, praxis, funciones y relaciones, y se ve influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, emocionales, ambientales, interpersonales, económicos, culturales, éticos, religiosos, espirituales e históricos (Basson, 2004; Carrobbles et al., 2011; Duany y Hernández, 2012). Las personas consumen drogas para obtener placer y desinhibición, y para evitar el rechazo, mitigar el miedo o la vergüenza o incluso facilitar el contacto social. A pesar de ello, se puede afirmar que no existe sustancia que aumente el deseo sin afectar a otras funciones del organismo (Pérez et al., 2012). Según la revisión de Peugh y Belenko (2001), los efectos del consumo a corto plazo y en bajas dosis, indican una mejora en el funcionamiento sexual de una manera fugaz, pero existe un amplio consenso con relación a los efectos y consecuencias negativas, tanto a nivel fisiológico como psicológico, si se consumen dosis elevadas y en un largo periodo de tiempo (La Pera et al., 2003; Smith, 2007).

La función sexual se puede ver influenciada por el consumo de alcohol y drogas mediante el cambio de niveles de neurotransmisores como la dopamina, serotonina y norepinefrina, afectando así en diversas hormonas relacionadas con la excitación u otros mecanismos fisiológicos de los órganos sexuales (Peugh y Belenko, 2001). Según el estudio de Fernández (2017), una de las principales finalidades para el consumo de sustancias psicoactivas cuando se tienen relaciones sexuales es acentuar las sensaciones agradables. Diversos entrevistados, explicaron que estaban satisfechos con su vida sexual, aunque gran parte señaló aspectos a cubrir para completar esta satisfacción como: no estar satisfecho emocionalmente, no sentirse cómodo o relajado en espacios donde percibe que

no tiene el control de la situación, tener problemas de erección o que tendrían una mejor vida sexual si el sexo no estuviera acompañado del consumo de drogas. También estudió la diferencia entre sexo sobrio y sexo con drogas, donde uno de los entrevistados comentó “lo ideal es consumir lo suficiente para tener un sexo satisfactorio”. En general, se describe que el sexo es más intenso, fogoso, agresivo y más fuerte cuando se consumen drogas; el sexo con drogas es preferido porque aumenta la duración del acto; se producen desinhibiciones que uno no podría realizar cuando está sobrio; entre otros (Fernández, 2017, p. 84).

Resulta complejo precisar los efectos del consumo en la respuesta sexual con exactitud, puesto que la sustancia implica diversos factores implícitos como los efectos farmacológicos, la dosis, la predisposición psicológica, rasgos de personalidad, la motivación, entre otros. Aun así, las sustancias psicoactivas pueden provocar alteraciones en las diferentes fases de la respuesta sexual: deseo, excitación y orgasmo (Pérez et al., 2012).

El consumo continuado provoca un descenso de la libido, por ejemplo, en consumidores de alcohol y de otras sustancias y, en usuarios crónicos de cánnabis (Pérez et al., 2012). Colombo (2010) concluye que los hombres alcohólicos sufren frecuentemente de disfunción eréctil, eyaculación precoz o prolongada, hipogonadismo y anorgasmia y, la disfunción sexual más habitual en el género femenino es la disminución del deseo sexual. La fase de excitación se ve perjudicada, en alguna medida, por la mayoría de las sustancias psicoactivas provocando dificultades en la lubricación de las mujeres y problemas para lograr la erección en los hombres (41% en consumidores de alcohol y 33% en consumidores de cocaína), además de presentar dificultades en la autoestima sexual o autoestima en general. Respecto la fase del orgasmo aparecen trastornos eyaculatorios como eyaculación retrógrada, retraso o incapacidad en el 5-10% de los hombres alcohólicos y daños en la disposición orgásmica de las mujeres. Además, propicia conductas sexuales de riesgo (Pérez et al., 2012), mantener relaciones sexuales indeseadas, forzar el encuentro sexual o ser física y psicológicamente abusivo (Bruno et al., 2012).

Estos problemas en el ámbito de la sexualidad pueden considerarse secundarios, es decir, trastornos surgidos de la derivación de un consumo abusivo de sustancias, aunque igualmente podría suceder que el trastorno sexual sea antecedente al consumo de sustancias. Por tanto, hay que enfatizar la idea de que la principal motivación e inquietud de personas con problemas de abuso o dependencia, es la búsqueda de sustancias y, en consecuencia, la sexualidad pasa a formar parte de un segundo plano (Pérez et al., 2012).

La excitación sexual subjetiva radica en la consciencia de la excitación sexual fisiológica junto con la percepción de excitación sexual a nivel psicológico, teniendo en cuenta los afectos sexuales y las combinaciones afectivo-cognitivas (Sierra et al., 2017). De acuerdo con Hurlbert et al. (1993), las fases de deseo, excitación y la consistencia del orgasmo se relacionan con una mayor satisfacción sexual, identificada como la última fase de la respuesta sexual (González et al., 2017).

La concepción de satisfacción sexual, de ahora en adelante SS, es considerada como la última etapa del ciclo de respuesta sexual y un derecho sexual (World Health Organization, 2010). Una de las definiciones de SS más aceptada fue propuesta por Lawrance y Byers (1995), quienes la definieron como *“una respuesta afectiva proveniente de la evaluación subjetiva de las dimensiones positivas y negativas de uno mismo, asociadas con la relación sexual de uno”* (Sánchez et al., 2013). Es también considerada un factor clave en la calidad de vida general del individuo, ya que, unos mayores estados físicos y psicológicos saludables (Scott et al., 2012) y el bienestar general han sido asociados con una elevada SS. Por otro lado, Pinney et al. (1987) definen la SS subjetiva como *“una evaluación subjetiva del agrado o desagrado en el que una persona está satisfecha con su vida y aunque, tanto factores físicos como psicológicos, deben tenerse en consideración para evaluar su satisfacción sexual, los factores psicológicos, en general, son los más influyentes”*.

Siguiendo con la misma idea, se entiende la SS como un fundamento subjetivo y psicológico céntrico de la sexualidad (González et al., 2017) y es atribuida a factores intra e interpersonales, y no a variables sociodemográficas (Auslander et al., 2007). Por tanto, la

SS también es medida como un constructo o valoración subjetivos, incluyendo aspectos emocionales, la autoimagen y la ejecución del propio acto sexual (González y Hernández, 2019).

Algunos estudios han encontrado una relación entre el buen funcionamiento sexual y una elevada SS (Henderson et al., 2009; Sánchez et al., 2013). Al estudiar la relación entre la SS y el consumo de alcohol, tanto en mujeres como en hombres, se ha encontrado que existe una gran variedad de mecanismos a través de los cuales el alcohol puede originar alteraciones sexuales, oscilando entre un 75% y 86% de disfunciones sexuales durante el consumo y reduciéndose a la mitad (41%) estando en abstinencia (López y Soriano, 2014; Pérez et al., 2012). Otros factores que influyen en la prevalencia son la edad (De Ryck et al., 2012; Lindau y Gavrilova, 2010) y la cantidad ingerida. Pérez et al. (2012) estudiaron la frecuencia de disfunciones sexuales en pacientes alcohólicos tanto en el período de consumo como en la abstinencia y, concluyeron que el funcionamiento sexual de las mujeres en las distintas fases del ciclo sexual era relevantemente peor que en los hombres, sin embargo, las puntuaciones de los participantes en abstinencia eran similares a aquellos que seguían en consumo activo.

La relación entre cómo los sujetos con adicción experimentan su vida sexual con cómo se relacionan con su pareja sexualmente, ha sido poco estudiada (Bruno et al., 2012). La adicción se correlaciona con dificultades psicopatológicas en relación con el autoconcepto y a la habilidad de generar vínculos interpersonales adaptativos, así como con la depresión, la ansiedad y el enfado, considerados como indicadores de una vida sexual inadecuada (Carvalho y Nobre, 2011).

Autoestima y consumo

Una definición de autoestima fue propuesta por Coopersmith (1967): *“la evaluación que realiza el individuo y que mantiene habitualmente hacia sí mismo; expresa una actitud de aprobación o desaprobación, e indica el grado en que el individuo se cree a sí mismo capaz, significativo, exitoso y digno”* (Gossop, 1976). Entonces, se concibe como una experiencia individual, personal o íntima de la propia estimación de valía;

independientemente de una validación social o externa, se entiende que la persona se considera con una alta autoestima si hace una alta valoración de sí misma (Cogollo et al., 2015).

Fort (1955) sugiere que el nivel de autoestima puede ser bajo en personas adictas a sustancias. Bajos niveles de autoestima incrementan la probabilidad de consumo en los individuos para diligenciar la agravación de sentimientos y emociones negativas, caracterizados como vulnerables, ansiosos, solitarios y depresivos (Zhai et al., 2015). También son más propensos a tener niveles elevados de estrés y bajos niveles de autoestima como resultado indirecto del uso de alcohol para gestionar el estrés. Así, los niveles de autoestima sirven como predictores más resistentes en la previsión y en el grado de consumo y de dependencia de sustancias psicoactivas (Ikechwu et al., 2013).

Siguiendo con la misma línea, un nivel de autoestima bajo puede promover la animadversión y la agresividad provocando que los sujetos lidien con los problemas de manera nociva y utilicen mecanismos insalubres de defensa (D'Zurilla et al., 2003). Estos, aumentan la dependencia y, a su vez, limitan las capacidades de una adhesión a comportamientos adaptativos saludables; con lo cual, los individuos con falta de mecanismos de supervivencia efectivos acuden al alcohol para gestionar emociones negativas (Zhai et al., 2015). Por tanto, los mecanismos de defensa pueden servir como mediador entre el consumo y la autoestima. Además, un nivel considerable de autoestima presenta influencia a lo largo de todo el proceso de cambio en el consumo, en el inicio del cambio, la mejora en las recaídas y contribuye de forma positiva en el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo (Ikechukwu et al., 2013).

Neumann et al. (2009) concluyeron que individuos con una elevada autoestima eran más propensos a consumir alcohol, aunque el género masculino presentaba menor desasosiego en las consecuencias negativas de la sustancia y también menos propenso a mostrar intenciones de reducción del consumo. Resultados similares obtuvieron Khajehdaulee et al. (2013), quienes encontraron una relación del uso de sustancias ilegales con bajos niveles de autoestima, aunque un consumo problemático de alcohol puede no ser

necesariamente una consecuencia del nivel de autoestima (Zhai et al., 2015). Cabe añadir que Gossop (1976) al comparar los niveles de autoestima en grupos consumidores de sustancias con un grupo control, obtuvo niveles de autoestima más bajos en las mujeres, pero sin diferencias significativas entre el grupo control y el consumidor.

Sexualidad y autoestima

La autoestima sexual se concibe como una propiedad del concepto global de autoestima referido por Snell y Papini (1989) como “*la estima positiva y la confianza en la capacidad para experimentar la sexualidad de un modo satisfactorio y placentero*” y refleja un aspecto positivo relacionado con el sexo, seguido de la exclusión de sentimientos de culpa sexual, ansiedad sexual y depresión. En consecuencia, influye en el comportamiento de las personas a nivel sexual, repercutiendo notablemente sobre su salud sexual. La escasez de autoestima se vincula significativamente con trastornos de erección en hombres y trastornos de la excitación sexual en mujeres (Sierra et al., 2018). Es decir, dado que forma parte de un índice específico de la autoestima global, la autoestima sexual puede verse repercutida (Soler et al., 2016).

El concepto de autoestima sexual se distingue del aspecto de sexualidad y, por tanto, puede ofrecer una focalización para identificar la posible relación entre sexualidad y el proceso de recuperación para consumidores de sustancias. Entre estos aspectos relacionales se incluyen: comportamiento sexual arriesgado, orientación sexual, imagen corporal negativa y disfunción sexual. Si se ha adquirido una autoestima negativa caracterizada por sentimientos de insatisfacción, decepción, confusión, vulnerabilidad o inseguridad, puede contribuir al abuso de sustancias, adicción y recaídas si no es abordado en terapia (James, 2011).

El principal objetivo de este estudio es estudiar la relación del consumo de alcohol y/o de cocaína con la SS y el nivel de autoestima para averiguar en qué nivel se encuentran correlacionadas entre sí en una muestra de personas en tratamiento por su consumo problemático de drogas, teniendo en cuenta aspectos diferenciales de los individuos como el género, la edad, la cantidad y el tiempo de consumo, el tiempo de abstinencia y tiempo

actual de tratamiento, la consciencia de los efectos del consumo y la posibilidad y necesidad de incorporar la sexualidad al tratamiento.

Método

Participantes:

Participaron 72 pacientes en tratamiento en el CAS Garbivent del barrio de Sant Andreu de la ciudad de Barcelona, para el tratamiento de su consumo problemático de alcohol y/o cocaína; de los que 24 fueron mujeres (33.3%) y 48 hombres (63.7%), con edades comprendidas entre 18 y 72 años. Un 40.3% (n=29) de los cuales estaba en tratamiento por alcohol, un 36.1% (n=26) por cocaína y un 23.6% (n=17) por consumo de ambas sustancias. Los criterios de inclusión fueron el uso de las sustancias de alcohol, cocaína o ambas, en sujetos que actualmente están realizando tratamiento en el centro. El único criterio de exclusión fue el consumo principal de otras sustancias.

Tabla 1.

Edad, género y sustancia que motiva el tratamiento de los 72 participantes

	Edad	Sustancia primaria			Género	
		OH	Cocaína	Ambas	F	M
M	42.21	-	-	-	-	-
Dt	10.44		0.79		0.47	
Porcentaje	100%	40.3%	36.1%	23.6%	33.3%	66.7%
Total	72	29	26	17	24	48
	Edad	OH	Cocaína	Ambas	F	M
	Edad	Sustancia primaria			Género	

M = Media; Dt = Desviación típica; OH = Alcohol; F = Femenino; M = Masculino

Instrumentos:

Cuestionario sociodemográfico y de conducta sexual: Se administró un cuestionario que recogió: a) variables sociodemográficas: género, edad, tipo de sustancia y cantidad aproximada de consumo semanal, tiempo de abstinencia y de tratamiento en el centro, estado civil y, b) variables de conducta sexual: presencia o no de dificultades para

iniciar, mantener y terminar con el acto sexual diferenciando el consumo activo y la abstinencia, miedos en las expectativas de las relaciones sexuales, necesidad de querer tratarlo en terapia, entre otros. El principal objetivo de este cuestionario es obtener información sobre la introducción de la sexualidad en la terapia o la importancia de los encuentros sexuales actuales con la satisfacción de estos, ya que hoy en día, permanecen como tema tabú, tanto para los usuarios como para los profesionales y, para poder investigar la necesidad por parte de los pacientes de introducir estos temas a la psicoterapia.

Escala de Satisfacción Sexual Subjetiva (ESSS; González, Veray, Santiago, Castro y Quiñones, 2017). Tiene el propósito de medir el constructo satisfacción sexual mediante un total de 20 ítems, donde se incluyen cuatro dimensiones: a) *valoración subjetiva* (5 ítems), que hace referencia a la autoevaluación positiva o negativa que la misma persona realiza sobre su vida sexual y que, por tanto, puede ser placentera y satisfactoria o bien repulsiva, rutinaria e insatisfactoria; y dependerá tanto de las necesidades como las expectativas sexuales cumplidas a nivel personal; b) *aspecto emocional* (5 ítems), que examina las emociones negativas que podrían experimentar los individuos durante o después de la actividad sexual, evaluando también la satisfacción emocional en relación a la frecuencia de coitos sexuales y la frecuencia y consistencia de orgasmos alcanzados durante el acto sexual; c) *ejecución sexual* (5 ítems), entendida como el resultado directo de la actividad sexual placentera y la calidad de su propia ejecución. Contempla la duración del acto sexual, el fingimiento del placer, la dificultad para alcanzar orgasmos, el conocimiento de las partes del cuerpo que producen placer y satisfacción respecto a la cantidad de sexo practicado a la semana; y d) la *autoimagen* (5 ítems), referido al rol del individuo en el acto sexual, es decir, la imagen que los propios individuos tienen de sí mismos que influye en su expresión sexual y, por tanto, en su SS. Los ítems constan de cuatro opciones de respuesta (*totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo*). La suma de las puntuaciones en cada una de las escalas se considera un índice general de satisfacción sexual subjetiva, y las puntuaciones posibles

fluctúan de 20 a 80, con puntuación directa: a mayor puntuación obtenida, mayor SS exhibe el individuo. Las propiedades psicométricas reflejan indicadores adecuados de validez y confiabilidad (0.91). La escala original fue propuesta por Pinney, Gerard y Danney (1987) y contenía 40 ítems con las mismas cuatro opciones de respuesta, pero tras diversas revisiones, no presentaba un buen ajuste para los datos ($p < .000$).

Escala de Autoestima de Rosenberg traducida al español (RSE; Rosenberg, 1965; Rojas, Zegers y Förster, 2009): Esta prueba tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que tiene la persona de sí misma, es decir, trata de explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. La escala consta de 10 ítems, con cinco frases enunciadas de forma positiva y las restantes de forma negativa, para controlar el efecto de la aquiescencia auto-administrada. Cada ítem, tanto de autoestima positiva como negativa, consta de cuatro opciones de respuesta (*muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo*). De los ítems 1 al 5, las respuestas se puntúan de 4 a 1, y de los restantes, se puntúan de 1 a 4; obteniendo como resultado una autoestima elevada en puntuaciones entre 30 y 40 puntos, una autoestima media en puntuaciones de 26 a 29 puntos, y baja autoestima en puntuaciones menores o iguales a 25 puntos. La consistencia interna de las escalas se encuentra entre 0.76 y 0.87. La fiabilidad es de 0.80.

Procedimiento:

Los participantes fueron informados por los profesionales del centro sobre la realización del estudio y se les hizo entrega del consentimiento informado de confidencialidad y de no divulgación de datos personales que puedan identificarlos. Seguidamente respondieron al cuestionario en papel o mediante un código QR facilitado por la investigadora principal de forma auto-administrada y en el mismo centro de tratamiento. El código QR fue creado tras la preferencia de diversos participantes de realizarlo desde el teléfono móvil y las respuestas se registraban de forma automática a la base de datos de

Google Forms. En algún caso, el cuestionario fue hetero-administrado debido a la dificultad de comprensión lectora.

Resultados

En la Tabla 1 se muestra el género, la media de edad y la sustancia del motivo de consulta de los 72 consumidores de alcohol y/o cocaína en tratamiento. Cuando fueron entrevistados llevaban una media de 19.28 años consumiendo alcohol, 15.63 consumiendo cocaína y los que consumían ambas sustancias, 17.5 años, con un mínimo de 1 año y un máximo de 40 en el alcohol, 7 meses y 45 años en la cocaína y 7.5 años y 32 años en ambas sustancias. La media estimada de la duración aproximada del episodio de tratamiento actual fue de 0.74 años (270 días), comprendida entre un mínimo de 7 días y un máximo de 6 años de tratamiento. En cuanto al tiempo de abstinencia refiere, la media fue de 0.22 años (78.88 días) comprendida entre un mínimo de 0 días de abstinencia, y un máximo de 3 años. Y, por último, el consumo semanal aproximado fue de 59.20 unidades de bebida estándar (UBE) y 8 gramos de cocaína.

Antes de iniciar el análisis de los resultados es importante reflejar el efecto de los descriptivos de las principales escalas (véase Figura 1 y 2 y Tabla 2). Los niveles de autoestima de los participantes fueron relativamente bajos con una media de 19.97, teniendo en cuenta que una autoestima baja equivale a puntuaciones iguales o menores a 25. Lo mismo sucede con la SS y sus subescalas, obteniendo puntuaciones por debajo de la media, a excepción de la subescala de autoevaluación.

Se encontró una correlación baja, aunque estadísticamente significativa entre la escala de SS subjetiva y el nivel de autoestima: por un lado, el género femenino mostró bajos niveles de SS con relación a una autoestima elevada ($r = -0.456$); por el contrario, los hombres presentaron mayor satisfacción sexual cuanto mayor era el nivel de autoestima ($r = 0.305$) (véase Tabla 3). No se encontraron resultados significativos en la distinción de la sustancia principalmente consumida. Cabe destacar las elevadas correlaciones entre la SS junto con todas las subescalas evaluadas.

La correlación de la edad con la ejecución sexual fue significativa para los consumidores de cocaína ($r = 0.403$), pero no para los consumidores de alcohol ni de ambas sustancias.

Relacionando las subescalas de SS subjetiva con la SS general, los participantes realizaban destacadas autovaloraciones sobre su placer y ejecución sexual, sentían mayor satisfacción emocional del acto sexual, se mostraban más propensos a la autoevaluación sobre su vida sexual y revelaban mejor imagen de sí mismos cuanto mayor era el nivel de SS. Sin embargo, encontramos ciertas diferencias de SS en cuanto a sustancias refiere: el grupo consumidor de alcohol presentaba mayores niveles de valoración subjetiva y ejecución sexual y los consumidores de cocaína mostraban correlaciones más elevadas en el aspecto emocional y la autoimagen.

Por otro lado, se observaron correlaciones entre el aspecto emocional y la ejecución sexual en consumidores de cocaína ($r = 0.482$), además de una relación positiva de 0.410 entre la autoevaluación sobre su propio rol en el acto sexual. No se encontraron resultados significativos en los grupos de alcohol y consumidores de ambas sustancias.

A continuación, se estudió la diferencia de medias entre los grupos de: a) género; b) el consumo con pareja; y c) el tipo de sustancia primaria (véase Tabla 4). Las mujeres presentaron más calidad de ejecución sexual, con una significación de 0.007 y los hombres mejor valoración de los aspectos de su vida sexual, con significación equivalente a 0.021. También se evaluaron las posibles afectaciones de un consumo en pareja ($r = 0.029$) en el nivel de autoestima. No se obtuvieron diferencias significativas en distinción a la sustancia primaria.

Seguidamente, se llevó a cabo una comparación de varianzas sobre la valoración personal de las relaciones sexuales actuales (mediante una escala Likert del cuestionario sociodemográfico y conducta sexual) con la escala de SS subjetiva (véase Tabla 5). Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas con $F = 3.687$; $p < 0.05$, destacando aquellos sujetos quienes indicaron una satisfacción entre 8 y 10 en la escala Likert, por lo tanto, este grupo estaba sexualmente más satisfecho que aquellos quienes indicaron estar

satisfechos entre 0 y 7 o indicaron no tener relaciones sexuales en el momento actual. No se dieron diferencias significativas en la importancia otorgada a las relaciones sexuales con la SS.

La tabla 6 refleja la relación entre las etapas sexuales (iniciar, mantener y terminar) y la percepción de placer, habiendo consumido y sin consumir, con las principales escalas del estudio, el tiempo de abstinencia y el tiempo en tratamiento. Un nivel de autoestima más elevado influenciaba con dificultades para iniciar ($r = 0.464$) y terminar ($r = 0.517$) sin los efectos de la cocaína y del alcohol ($r = 0.473$) siendo más significativa en la última etapa del acto sexual. En contraposición, una autoestima más baja contribuía a presentar más dificultades para terminar en la muestra total ($r = -0.12$).

Siguiendo con las dificultades para terminar sin los efectos, sólo el grupo consumidor de ambas sustancias presentó relación con la SS ($r = -0.584$), refiriendo que más dificultades resultaban en menos SS. También se demostró que un periodo de abstinencia más elevado ayuda a disfrutar más del acto sexual sin estar bajo los efectos del alcohol y/o la cocaína en la muestra total ($r = -0.235$).

A continuación, se realizó un estudio de comparación de varianzas con la finalidad de evaluar la incidencia del tipo de sustancia consumida en la percepción de placer o disfrute junto con las distintas etapas de la sexualidad y, con distinción del género. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las distintas etapas sexuales ($F = 15.007$; $p < .001$), experimentando mayor frecuencia de dificultades estando bajo los efectos, tanto en el género femenino como en el masculino ($F = 4.373$; $p = 0.040$), aunque las mujeres presentaban más dificultades que los hombres (Tabla 7 y Figura 3).

La diferencia más significativa fue en el momento de terminar, con presencia de más dificultades habiendo consumido (1.903), que sin consumir (0.750), seguida de disfrutar y mantener el acto sexual. No se determinaron diferencias significativas en la etapa de inicio, ni en distinción de la sustancia primaria (véase Tabla 7).

Seguidamente, se expuso un listado de problemáticas en las relaciones sexuales con distinción de las épocas de consumo activo y de abstinencia (Tabla 8). Las diferencias

entre las etapas más destacadas fueron: el placer obtenido, dificultad para llegar al orgasmo, problemas de erección y eyaculación retardada en los hombres. También, aunque en menor medida, se obtuvieron diferencias estadísticas con los conceptos de no estar a la altura, perder las ganas durante la relación, sentir dolor durante la penetración en ambos géneros y dificultad para lubricar en las mujeres. Por tanto, estando en consumo activo, los sujetos experimentaban más problemas sexuales. El género femenino mostró un funcionamiento sexual relevantemente peor que el masculino, tanto en periodo de consumo activo como en abstinencia.

En la misma línea se evaluó la diferencia entre las sustancias, obteniendo resultados similares, aunque los consumidores de alcohol y de ambas presentaron mayor cantidad de diferencias percibidas según el periodo. Cabe destacar la mayor presencia de problemas de eyaculación precoz en consumidores de cocaína ($r = 0.012$) en el periodo de abstinencia.

Una vez analizados los efectos del consumo en el listado de problemáticas en las relaciones sexuales, se quiso averiguar en qué medida el tiempo de consumo y la creatividad sexual en abstinencia obstaculizan la calidad y la cantidad de las relaciones sexuales (Tabla 9). Los resultados indicaron que una mayor calidad en las relaciones sexuales contribuye a un aumento de la cantidad. No obstante, independientemente de tener una pareja estable, las dificultades en la creatividad sin haber consumido implican menos calidad y cantidad de relaciones sexuales en la muestra total, en el género masculino y en consumidores de cocaína. Y un tiempo de consumo de alcohol más prolongado, influenciaba en la calidad y la cantidad de relaciones en la muestra total y en el género femenino. De manera semejante, se evaluaron las incidencias en los niveles de autoestima y SS, pero no se obtuvieron resultados concluyentes.

Se aprovecharon las preguntas referentes a la percepción de los efectos positivos y negativos del consumo en las relaciones sexuales: “¿Considera que el consumo puede afectar positivamente/negativamente en sus relaciones sexuales?”, con la finalidad de evaluar la posible percepción errónea de la autoestima y la SS subjetiva (Tabla 10) así como la incidencia del tiempo en tratamiento y periodo de abstinencia (Tabla 11). No se

encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la percepción de los efectos del consumo con los niveles de SS, autoestima y tiempo de abstinencia. No obstante, se hallaron correlaciones en la muestra total con un valor de 0.242, indicando que cuanto mayor era el tiempo en tratamiento, más conciencia presentaban de los efectos negativos del consumo. Inversamente, el grupo consumidor de ambas sustancias consideró que el consumo afectaba positivamente cuanto menor era el tiempo de tratamiento ($r = -0.625$). Por otro lado, el género femenino presentaba menos percepción de consecuencias positivas cuanto más elevado era tiempo de consumo de alcohol ($r = -0.718$), y lo mismo ocurre en la muestra total, aunque en menor medida. No se encontraron resultados significativos en el periodo de abstinencia, ni en consumidores de cocaína y de ambas sustancias.

A continuación, se evaluó la influencia del tiempo y la cantidad de consumo, el tiempo de abstinencia y en tratamiento actual, en la autoestima y la SS, pero no se encontraron correspondencias en nuestra población. Aun así, cuanto más prolongado era el episodio actual de tratamiento en la muestra total ($r = 0.268$), en el género femenino ($r = 0.785$) y en los consumidores de alcohol ($r = 0.715$), mayor era su periodo de abstinencia (véase Tabla 12). Por tanto, el tiempo de abstinencia se encontró relacionado en buena medida con la vinculación al tratamiento en estos tres grupos.

Por último, se relacionó la opinión de los participantes para tratar los problemas sexuales con su necesidad de abordarlo en terapia. Los resultados en la muestra total ($r = 0.415$), el género masculino ($r = 0.537$) y los consumidores de cocaína ($r = 0.715$) indicaron que, una mayor disposición para tratar el tema en terapia implicaba una mayor necesidad (Tabla 13). Y seguidamente, se preguntó por su preferencia respecto a los profesionales del centro: “¿Con qué profesional del CAS se sentiría más cómodo/a hablando de ello?”, opciones de las cuales aparecían las figuras del/la psicólogo/a, trabajadora social, enfermera, educadora social y médica o psiquiatra. El efecto obtenido fue de un 90.3% ($n = 65$) para la figura del psicólogo; es decir, 9 de cada 10 querrían comentar el tema en

psicoterapia y, la proporción fue más elevada en el género masculino (93.8 %) que en el femenino (83.3 %).

Discusión

Pocas investigaciones tratan la relación entre la dependencia o abuso de sustancias en el ámbito sexual y la autoestima como conjunto. Por este motivo, el presente proyecto ha tenido como principal objetivo ampliar el conocimiento acerca de la relación entre la satisfacción sexual y la autoestima en pacientes en tratamiento por consumo problemático de alcohol y/o cocaína y ha observado que existe relación tanto en mujeres como en hombres. Tal como cabe esperar de personas en tratamiento por su consumo de drogas, los niveles de SS y autoestima se encuentran por debajo de la media, tanto en hombres (Colombo, 2010; Fernández, 2017; Khajehdaulee et al., 2013; y Pérez et al., 2012), como en mujeres. Pero el género femenino presenta puntuaciones más elevadas que el masculino en ambas escalas. Nuestros resultados discrepan de aquellos obtenidos por Neumann et al. (2009) quienes consideraron que individuos con una autoestima elevada eran más propensos a consumir alcohol, aunque, en nuestro caso se trata de personas que han perdido el control sobre el consumo de alcohol.

A continuación, se observó que el consumo en pareja influencia más en la autoestima; es decir, los participantes que no consumen con su pareja tienen niveles de autoestima más elevados.

Tras realizar un estudio exhaustivo de las variables, encontramos que la edad es el único concepto relacionado con la ejecución sexual en el grupo consumidor de cocaína, sugiriendo que, a más edad, mayor es la actividad sexual placentera y mejor calidad de ejecución presentaron, teniendo en cuenta que los estudios de Ávila et al. (2004) afirmaron la implicación de la edad con dificultades sexuales en consumidores de alcohol. La ejecución sexual relacionada con el aspecto emocional en consumidores de cocaína sugiere que, a mayor actividad placentera y calidad de su propia ejecución, más

considerables eran las emociones negativas que podrían experimentar durante o al finalizar la actividad sexual.

Seguidamente, y en contraposición a las aportaciones de Aguilar et al. (2008), Ávila et al. (2004), Duany y Hernández (2012), López y Soriano (2014), Peugh y Belenko (2001), Pérez et al. (2012) y, Vallejo y Sierra (2013), la cantidad del consumo en nuestra población no interfiere en el nivel sexual. Aunque sí encontramos cierta correspondencia con el tiempo de consumo de alcohol y de ambas sustancias que interfieren en las etapas sexuales estando bajo los efectos. Esta hipótesis es consistente con los estudios que consideraron que un periodo más elevado de consumo produce mayor cantidad de consecuencias sexuales negativas (Duany y Hernández, 2012); La Pera et al., 2003, Peugh y Belenko, 2001; Smith, 2007).

Se confirma nuestra hipótesis que relaciona las dificultades en las distintas etapas sexuales con la autoestima y la SS. Encontramos mayor coincidencia entre la autoestima y dificultades para terminar sin haber consumido en la muestra total y en consumidores de alcohol y cocaína. También, un tiempo más elevado de consumo de cocaína y de ambas implica más dificultades para iniciar y terminar el acto sexual habiendo consumido (La Pera et al., 2003; Pérez et al., 2012; Smith, 2007). Concordando con las observaciones de Ávila et al. (2004), el género femenino presentó mayor problemática en las distintas fases que el masculino. Aun así, nuestros participantes muestran una percepción de complacencia sexual equivalente a los niveles de SS obtenidos en la escala, por tanto, nos permite afirmar la hipótesis de que existe conciencia de los efectos que provoca el consumo en su funcionamiento sexual, sin embargo, las expectativas son conservadas a pesar de las contradicciones de los efectos (Hayaki et al., 2008; Schafer y Brown, 1991).

Nuestra siguiente hipótesis planteaba mayor presencia de dificultades en las relaciones sexuales estando en consumo activo. Coincidiendo con las aportaciones de Fernández (2017) en nuestra muestra predominan las dificultades sexuales en consumo activo. Por tanto, las alteraciones sexuales disminuyen considerablemente en periodos de abstinencia, hipótesis que entra en contraposición con los estudios de pacientes alcohólicos

de Ávila et al. (2004), quienes obtuvieron puntuaciones similares entre los participantes en abstinencia y aquellos que seguían en consumo activo. La única diferenciación de nuestra muestra es que los consumidores de cocaína muestran más problemáticas en la eyaculación precoz en periodos de abstinencia, coincidiendo con las observaciones de Colombo (2010) en la aparición de trastornos eyaculatorios. Referente al género femenino, se evidenció una mayor dificultad para lubricar en consumo activo y perder las ganas durante la relación (Colombo, 2010).

A continuación, se estudió la afectación del consumo en la calidad y cantidad de relaciones sexuales con la aparición de dificultades en la creatividad sin haber consumido. Afirmando la hipótesis, el hecho de tener sexo sin consumo provoca en nuestra muestra más dificultades de creatividad y, por consiguiente, una disminución de la cantidad y calidad de sus relaciones sexuales, pudiendo a su vez, afectar a su autoestima sexual y, por tanto, contribuir a un abuso o recaída si no es abordado en terapia (James, 2011). Además, encontramos que el tiempo en tratamiento y de abstinencia colaboran en mejorar la percepción de los efectos negativos de las sustancias y a presentar una sensación más placentera de la sexualidad sin drogas. Neumann et al. (2009) concluyeron que el género masculino presentaba menor desasosiego en las consecuencias negativas de la sustancia consumida, pero nuestro estudio no ha demostrado correlaciones significativas.

Seguidamente, es importante resaltar que un mayor periodo en tratamiento ayuda a mantener la abstinencia en la muestra total, en el género femenino y en consumidores de alcohol. Estos resultados podrían tenerse en consideración para persistir en el aspecto motivacional de estos grupos y para realizar una psicoeducación más intensa en los hombres y en los consumidores de cocaína y de ambas sustancias. Además, el hecho de que 9 de cada 10 participantes estarían dispuestos a hablar sobre sus dificultades sexuales con el/la psicólogo/a, podría servir como incentivo, tanto para los profesionales como los pacientes, para dejar de lado ciertos tabúes sobre la sexualidad. Cabe añadir que 8 de cada 10 mujeres y 9 de cada 10 hombres preferían tratar el tema con el/la psicólogo/a. Una

explicación razonable podría ser el género del terapeuta, ya que, la gran mayoría estaba en tratamiento con un psicólogo hombre.

Adicionalmente, se ofreció la opción de responder abiertamente sobre los efectos positivos y negativos del consumo. En primer lugar, respecto los efectos positivos, destacaron respuestas favorecedoras con relación a la predisposición, desinhibición y la excitación como, por ejemplo: *“Ayuda a retardar y controlar la eyaculación”*, *“Me siento más relajada y predispuesta”*, *“Tengo más ganas de sexo”*, *“Me excito más”*, *“Me suelto, soy más creativo”*, entre otras. Estas respuestas, armonizan con el estudio de Fernández (2017), donde los consumidores describen el sexo con drogas como más intenso y produce desinhibiciones que uno no podría realizar estando sobrio. Por el contrario, destacaron dificultades a nivel interpersonal y de facultades mentales: *“El consumo desvirtúa las sensaciones y relaciones personales”*; *“No estás con tus facultades mentales en su sitio”*; *“Me trastorna pensar que la otra persona se dé cuenta de que he consumido”*.

En segundo lugar, las opiniones respecto los efectos negativos tuvieron más cantidad de respuestas en el ámbito de vínculos interpersonales, dificultades en la erección o el orgasmo y alteración de las percepciones, como por ejemplo: *“Por mi pareja”*; *“Porque a lo mejor la otra persona no consume”*; *“Menos eyaculación y menos noción de la otra persona”*; *“Porque tienes que ser tú y saber quién te gusta”*; *“Acabar solo teniendo relaciones sexuales bajo consumo”*; *“No conseguir deseo con ejecución”*; *“Porque no controlo ni mi mente, ni mi cuerpo”*; *“Es como una anestesia”*; *“La coca te da mucho deseo, pero es solo el momento. Te engaña”*; *“No disfrutas como deberías”*; *“No se perciben de forma natural las sensaciones”*; *“No piensas con claridad”*. Tal y como indican Frohmader et al. (2009), un consumo continuado disminuye el deseo y la habilidad de llegar al orgasmo tanto en mujeres como en hombres. Estas respuestas ofrecen una información más personal y detallada sobre las afectaciones del consumo en el ámbito sexual de los consumidores y, por tanto, aportan una visión más cercana referente a sus necesidades terapéuticas secundarias.

Por último, respecto al tratamiento de los problemas sexuales en terapia, un 11% indicó que, por motivos de vergüenza e intimidad no estarían dispuestos a hablarlo en terapia. No obstante, para entender y solucionar su problemática, un 24% indicó que sí les gustaría y un 21% cree en la necesidad de tratarlo terapéuticamente. Estos porcentajes nos indican la necesidad de plantear y abordar el tema en terapia, realizando así, una mayor psicoeducación y prevención.

Una de las principales limitaciones de esta investigación es que no se estudiaron las medicaciones que tomaban los pacientes que podrían aumentar las dificultades en las relaciones sexuales. Por tanto, para futuras investigaciones, sería de gran interés tener en cuenta el posible efecto de estas, tanto en la SS como en la autoestima. Seguidamente, la respuesta sexual se encuentra relacionada con factores biológicos, sociales, emocionales, interpersonales, económicos, éticos, entre otros (Basso, 2004; Carrobes et al., 2011; Duany y Hernández, 2012), con lo cual, tener en cuenta distintas variables para una mayor fiabilidad de datos, sería una gran contribución para el estudio. Cabe añadir que el mismo estudio con una población control, podría aportar más información sobre la relación de las variables de autoestima y SS ya que su incidencia no ha sido previamente estudiada.

Referencias

- Aguilar, F., Verdejo, A., López, A., Montañez, M., Gómez, E., Arráez, F. Y Pérez, M. (2008). Cambios en la respuesta emocional ante estímulos visuales de contenido sexual en adictos a drogas. *Adicciones*, 20(2), 117-124.
<https://doi.org/10.20882/adicciones.275>
- Auslander, B., Rosenthal, S., Fortenberry, J., Biro, F., Bernstein, D. y Zimet, G. (2007). Predictors of sexual satisfaction in an adolescent college population. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20(1), 25-28.
<http://doi.org/10.1016/j.jpag.2006.10.006>
- Ávila, J.J., Pérez, A., Olazábal, J.C. y López, J. (2004). Disfunciones sexuales en el alcoholismo. *Adicciones*, 16(4), 275-280. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.393>
- Basson, R. (2004). Recent advances in women's sexual function and dysfunction. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 11(6), 714-725. <http://doi.org/10.1097/01.gme.0000138542.65917.fb>
- Bruno, A., Scimeca, G., Marino, A.G., Mento, C., Micò, U., Romeo, V.M., Pandolfo, G., Zoccali, R. Y Muscatello, M. (2012). Drugs and sexual behavior. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(5), 359-364. <http://doi.org/10.1080/02791072.2012.736801>
- Carrobbles, JA., Gámez, M. Y Almendros, C. (2011). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología*, 27(1), 27-34
- Carvalho, J. y Nobre, P. (2011). Predictors of men's sexual desire: the role of psychological, cognitive-emotional, relational and medical factors. *The Journal of Sex Research*, 48(2-3), 254-262. <http://doi.org/10.1080/00224491003605475>
- Cogollo, Z., Campo-Arias, A. y Herazo, E. (2015). Escala de Rosenberg para autoestima: consistencia interna y dimensionalidad en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Psicología: Avances de la Disciplina*, 9(2), 61-71.
- Colombo, M. (2010). Sexualidad y alcoholismo. *Tendencias en Medicina*, 126-128.

- D' Zurilla, T.J., Chang, E.C. y Sanna, L.J. (2003). Self-esteem and social problem solving as predictors of aggression in college student. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 22, 424-440. <https://doi.org/10.1521/jscp.22.4.424.22897>
- De Ryck, I., van Laeken, D., Nöstlinger, C., Platteau, T. y Colebunders, R. (2012). Sexual satisfaction among mwn living with HIV in Europe. *AIDS and Behavior*, 16(1), 225-230. <http://doi.org/10.1007/s10461-011-9987-x>
- Duany, A. Y Hernández, G. (2012). Alcohol, función sexual y masculinidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(4), 611-619.
- Fernández, P. (2017). Consumo de drogas y su relación con el sexo: Escuchando las voces de un grupo de hombres gais y bisexuales de la ciudad de Barcelona que practican ChemSex. *Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya [CEEIS Cat], Agència de Salut Pública de Catalunya*.
- Fort, J.P. (1955). The psychodynamics of drug addiction and group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 5(2), 150-156. <http://dx.doi.org/10.1080/00207284.1955.11508581>
- Frohman, K.S., Pitchers, K.K., Balfour, M.E. y Coolen, L.M. (2009). Mixing pleasures: Review of the effects of drugs on sex behavior in humans and animals. *Hormones and Behavior*, 58, 149-162.
- González, J.A. y Hernández, I. (2019). Validación de una versión breve de la escala de satisfacción sexual subjetiva (ESSS-B) en Puerto Rico. *Revista Evaluar*, 19(2), 43-57.
- González, J.A., Veray, J., Santiago, D., Castro, S. Y Quiñones, R. (2017). Desarrollo y validación de una escala para medir satisfacción sexual subjetiva en adultos puertorriqueños. *Salud y Conducta Humana*, 4(1), 52-63.
- Gossop, M. (1976). Drug dependence and self-esteem. *The International Journal of the Addictions*, 11(5), 741-753.

- Hayaki, J., Anderson, B. y Stein, M. (2008). Drug use expectancies among nonabstinent community cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence*, 94(1-3), 109-115.
<http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.10.013>.
- Henderson, A., Lehavot, K. y Simoni, J. (2009). Ecological models of sexual satisfaction among lesbian/bisexual and heterosexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 38(1), 50-65. <http://doi.org/10.1007/s10508-008-9384-3>.
- Hurlbert, D. F., Apt, C. y Rabehl, S.M. (1993). Key variables to understanding female sexual satisfaction: an examination of women in nondistressed marriages. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 19(2), 154-165. <http://doi.org/10.1080/00926239308404899>
- Ikechukwu, U., Siti, Y., Mansor, A.T., Sakineh, M. y Rohani, A. (2013). Effect of self-esteem in the relationship between stress and substance abuse among adolescents: A mediation in outcome. *International Journal of Social Science and Humanity*, 3(3).
<http://doi.org/10.7763/IJSSH.2013.V3.230>
- James, R. (2011). Correlates of Sexual Self-Esteem in a sample of substance-abusing women. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43(3), 220-228.
<http://doi.org/10.1080/02791072.2011.605700>
- Khajehdaluae, M., Zavar, A., Alidoust, M. y Pourandi, R. (2013). The relation of self-esteem and illegal drug usage in high school students. *Iran Red Crescent Medical Journal*, 15(11). <http://doi.org/10.5812/ircmj.7682>
- La Pera, G., Franco, C., Taggi, F. Y Macchia, T. (2003). Prevalence of sexual disorders in those young males who later become drug abusers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(2), 149-156. <http://doi.org/10.1080/00926230390155032>
- Lindau, S. y Gavrilo, N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: Evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *British Medical Journal*, 340, 1-11.
<https://www.bmj.com/content/340/bmj.c810.long>

- López, A.M. y Soriano, E. (2014). Sexual satisfaction of alcoholic patients in rehabilitation. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 132, 142-147.
<http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.290>
- Neumann, C.A., Leffingwell, T.R., Wagner, E.F., Mignogna, J. y Mignogna, M. (2009). Self-esteem and gender influence the response to risk information among alcohol using college students. *Journal of Substance Use*, 14(6), 353-363.
<http://doi.org/10.3109/14659890802654540>
- Pedrero, E.J. (2008). El tratamiento de la dependencia de la cocaína <guiado por la personalidad>. *Trastornos Adictivos*, 10(4), 226-241.
- Pérez, F., Mestre, M. Y Del Río, F.J. (2012). Cómo afectan las diferentes sustancias a la sexualidad. *Revista Adicción y Ciencia*, 2(2).
- Peugh, J. y Belenko, S. (2001). Alcohol, drugs and sexual function: A review. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(3), 223-232.
<http://doi.org/10.1080/02791072.2001.10400569>
- Pinney, E., Gerard, M. y Denney, N. (1987). The Pinney sexual satisfaction inventory. *The Journal of Sex Research*, 23(2), 233-251.
- Rawson, R.A., Washton, A., Domier, C.P. y Reiber, C. (2002). Drugs and sexual effects: role of drug type and gender. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 103-108.
[https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(01\)00215-X](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(01)00215-X)
- Rojas, C., Zegers, B. y Förster, C. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista Médica de Chile*, 137, 791-800
- Sánchez, M., Santos, P. Y Sierra, J.C. (2013). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 67-75.
- Schafer, J. y Brown, S. (1991). Marijuana and cocaine effect expectancies and drug use patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(4), 558-565.
- Scott, V., Sandberg, J., Harper, J. y Miller, R. (2012). The impact of depressive symptoms and health on sexual satisfaction for older couples: implications for clinicians.

- Contemporary Family Therapy*, 34, 376-390. <http://doi.org/10.1007/s10591-012-9198-2>
- Shirley, J., Zians, J., Strathdee, S.A. y Patterson, T.L. (2009). Sexual marathons and methamphetamine use among HIV-positive men who have sex with men. *Arch Sex Behavior*, 38(4), 583-590. <http://doi.org/10.1007/s10508-007-9292-y>
- Sierra, J.C., Arcos, A., Reina, M., Sánchez, M., Calvillo, C. y Moyano, N. (2017). Escalas de valoración de excitación sexual y valoración de sensaciones genitales: propiedades psicométricas en muestras españolas. *Revista Internacional de Andrología*, 15(3), 99-107. <http://dx.doi.org/10.1016/j.androl.2016.10.008>
- Sierra, J.C., López, F., Álvarez, A., Arcos, A.I. Y Calvillo, C. (2018). La autoestima sexual: su relación con la excitación sexual. *Suma Psicológica*, 25(2), 146-152. <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi.2018.v25.n2.6>
- Smith, S. (2007). Drugs that cause sexual dysfunction. *Psychiatry*, 6, 111-114.
- Snell, W. y Papini, D. (1989). The sexuality scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression and sexual-preoccupation. *Journal of Sex Research*, 26(2), 256-263. <http://doi.org/10.1080/00224498909551510>
- Soler, F., Gómez, M., Espada, J.P., Sierra, J.C., Marchal, L. y Vallejo, P. (2016). Adaptation and validation of the brief sexuality scale in Colombian and Spanish populations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 343-356.
- Vallejo, P. y Sierra, J.C. (2013). Effect of drug use and influence of abstinence on sexual functioning in a Spanish male drug-dependent sample: a multisite study. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(2), 333-341. <http://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02977.x>
- World Health Organization. (2010). Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators.
- Zhai, H., Yang, Y., Sui, H., Wang, W., Chen, L., Qiu, X., Yang, X., Qiao, Z., Wang, L., Zhu, Z. y Yang, J. (2015). Self-esteem and problematic drinking in China: A mediated model. *Plos One*, 10(10). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0140183>.

Tabla 2.

Descriptivos de las puntuaciones obtenidas en las escalas de autoestima y SS. Resultados correspondientes a la figura 1 y figura 2

	Mt	Media	Dt.	Mín.	Máx.	Género	Media	Dt.	Mín.	Máx.	Sust	Media	Dt.	Mín	Máx.
A u t o						GF	20.83	6.09	10	38	OH	20.76	5.73	10	38
		19.97	5.27	10	38						C	19.27	4.40	10	28
						GM	19.54	4.81	10	34	A	19.71	5.78	11	34
S S						GF	48.25	3.65	40	54	OH	48.00	4.43	40	59
		47.64	4.55	38	59						C	46.77	4.31	40	56
						GM	47.33	4.95	38	59	A	48.35	5.16	38	56
V S						GF	11.38	1.66	8	15	OH	11.90	1.61	9	15
		12.06	1.96	6	18						C	12.15	1.91	8	18
						GM	12.40	2.03	6	18	A	12.18	2.60	6	17
A E						GF	12.04	2.05	9	16	OH	11.83	1.71	8	15
		11.71	1.79	8	16						C	11.54	1.70	9	16
						GM	11.54	1.64	6	15	A	11.76	2.11	9	15
E S						GF	11.92	2.00	8	15	OH	11.24	2.28	7	16
		10.09	1.98	7	16						C	10.50	1.36	7	13
						GM	10.52	1.81	7	16	A	11.29	2.17	8	15
A						GF	13.00	1.47	9	15	OH	13.10	1.72	9	18
		12.97	1.83	9	18						C	12.65	1.96	9	16
						GM	12.96	2.00	9	18	A	13.24	1.86	10	16

Dt = Desviación típica; Mín. = Mínima puntuación obtenida; Máx. = Máxima puntuación obtenida; Sust. = Sustancia primaria; Auto = Autoestima; SS = Satisfacción Sexual; VS = Valoración Subjetiva; AE = Aspecto Emocional; ES = Ejecución Sexual; A = Autoimagen GF = Género Femenino; GM = Género Masculino; OH = Alcohol; C = Cocaína; A = Ambas sustancias

Tabla 3.

Correlación de Pearson entre las principales variables del estudio y la edad, con diferenciación de género y sustancia primaria

	SS	VS	ES
Autoestima			
MT	Ns	Ns	Ns
GF	-0.456*	Ns	Ns
GM	0.305*	0.307*	0.285*
Alcohol	Ns	Ns	Ns
Cocaína	Ns	Ns	Ns
Ambas	Ns	Ns	Ns
VS			
MT	0.552***		
GF	0.428*		
GM	0.647***		
Alcohol	0.655***		
Cocaína	0.441*		
Ambas	0.609**		
AE			
MT	0.473***	Ns	Ns
GF	0.422*	-0.425*	Ns
GM	0.507***	Ns	Ns
Alcohol	0.386*	Ns	Ns
Cocaína	0.584**	Ns	0.482*
Ambas	Ns	Ns	Ns
ES			
MT	0.651***	Ns	
GF	0.581**	Ns	
GM	0.707***	0.337*	
Alcohol	0.700***	Ns	
Cocaína	0.551**	Ns	
Ambas	0.665**	Ns	
Autoimagen			
MT	0.718***	0.333**	Ns
GF	0.614**	0.479*	Ns
GM	0.749***	0.308*	0.353*
Alcohol	0.652***	Ns	Ns
Cocaína	0.852***	0.410*	Ns
Ambas	0.618**	Ns	Ns
Edad			
MT			Ns
GF			Ns
GM			Ns
Alcohol			Ns
Cocaína			0.403*
Ambas			Ns

SS = Satisfacción Sexual; VS = Valoración Subjetiva; AE = Aspecto Emocional; ES = Ejecución Sexual; MT = Muestra Total; GF = Género Femenino; GM = Género Masculino; Ns = No significativo; *** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Tabla 4.

Pruebas T y ANOVA para muestras independientes de las principales variables del estudio, con distinción de género, consumo con la pareja y tipo de sustancia primaria

Género	FEMENINO	MASCULINO		
	M (dt)	M (dt)	P	
AUTOESTIMA	20.83 (6.09)	19.54 (4.81)	-	
SS	48.25 (3.65)	47.33 (4.95)	-	
VS	11.38 (1.66)	12.40 (2.03)	0.021*	
AE	12.04 (2.05)	11.54 (1.04)	-	
ES	11.92 (2.00)	10.52 (1.81)	0.007**	
AUTOIMAGEN	13.00 (1.47)	12.96 (2.00)	-	
CONSUMO CON PAREJA	Sí	No		
	M (dt)	M (dt)	P	
AUTOESTIMA	17.56 (4.82)	20.78 (5.20)	0.029*	
SS	47.00 (4.06)	47.85 (4.72)	-	
VS	12.22 (1.67)	12.00 (2.07)	-	
AE	11.44 (1.76)	11.80 (1.81)	-	
ES	10.94 (1.80)	11.00 (2.04)	-	
AUTOIMAGEN	12.39 (1.50)	13.17 (1.90)	-	
Sustancia primaria	Alcohol	Cocaína	Ambas	
	M (dt)	M (dt)	M (dt)	P
AUTOESTIMA	20.76 (5.73)	19.27 (4.40)	19.71 (5.78)	-
SS	48.00 (4.43)	46.77 (4.31)	48.35 (5.16)	-
VS	11.90 (1.61)	12.15 (1.91)	12.18 (2.60)	-
AE	11.83 (1.71)	11.54 (1.70)	11.76 (2.11)	-
ES	11.24 (2.28)	10.50 (1.36)	11.29 (2.17)	-
AUTOIMAGEN	13.10 (1.72)	12.65 (1.96)	13.24 (1.86)	-

SS = Satisfacción Sexual; VS = Valoración Subjetiva; AE = Aspecto Emocional; ES = Ejecución Sexual; M = Media; dt = desviación típica; P = significación; *** p<0.001; ** p<0.01; * p<0.05

Tabla 5.

ANOVA de medidas independientes entre la valoración de la SS actual junto con la importancia de las relaciones sexuales y la puntuación obtenida en la escala de SS subjetiva

Valoración SS	0-4	5-7	8-10		
	M (dt)	M (dt)	M (dt)	F	P
SS	47.28 (4.59)	46.30 (3.87)	49.95 (4.50)	3.687	0.032*
Importancia	0-4	5-7	8-10		
	M (dt)	M (dt)	M (dt)	F	P
SS	48.10 (4.51)	46.71 (4.45)	48.00 (4.66)	0.606	-

SS = Satisfacción Sexual; M = Media; dt = desviación típica; P = significación; *** p<0.001; ** p<0.01; * p<0.05

Tabla 6.

Correlación de Pearson entre dificultades para iniciar, mantener, terminar y disfrutar del acto sexual en general habiendo consumido y sin consumir, junto con la SS subjetiva, la autoestima, y el tiempo de abstinencia y de tratamiento actuales

	Iniciar sin	Iniciar con	Mantener sin	Terminar sin	Terminar con	Disfrutar sin
Autoestima						
MT	Ns			-0.412***		
Alcohol	Ns			0.473**		
Cocaína	0.464*			0.517**		
Ambas	Ns			Ns		
SS						
MT				Ns		
Alcohol				Ns		
Cocaína				Ns		
Ambas				-0.584*		
Abstinencia						
MT						-0.235*
Alcohol						Ns
Cocaína						Ns
Ambas						Ns
Tratamiento						
MT			Ns		Ns	
Alcohol			Ns		0.421*	
Cocaína			Ns		Ns	
Ambas			0.494*		Ns	
Tiempo consumo						
Cocaína						-0.315*
MT						
Tiempo ambas						
GM		0.593*				

SS = Satisfacción Sexual; MT = Muestra total; OH = Alcohol; Ns = No significativo; *** p<0.001; ** p<0.01; * p<0.05

Tabla 7.

ANOVA de medidas repetidas entre las dificultades en las distintas etapas sexuales, diferenciando el género y la sustancia primaria

Entresujetos	Suma de cuadrados	gl	F	p
Dificultades	83.860	7	15.007	<.001***
Dificultades - Género	6.610	7	1.183	-
Dificultades - Sustancia	16.33	14	1.477	-
Intrasujetos				
Sustancia	9.674	2	1.327	-
Género	15.36	1	4.373	0.040*

gl = grados de libertad; F = estadístico F; p = significación; *** p<0.001; * p<0.05

Prueba Post-Hoc	DM	Error típico	t	p
Iniciar sin – Iniciar con	0.333	0.192	-1.738	-
Mantener sin – Mantener con	0.625	0.145	-4.323	0.001**
Terminar sin – Terminar con	1.153	0.159	-7.248	<.001***
Disfrutar sin - Disfrutar con	0.653	0.171	-3.807	0.008**
Femenino - Masculino	0.346	0.166	2.091	0.040*

DM = Diferencia Media; t = estadístico de contraste; p = significación; *** p<0.001; ** p<0.01; * p<0.05

Descriptivos de la muestra total

Dificultades		Media	dt	N
Iniciar	Sin	1.028	1.100	72
	Con	1.361	1.225	72
Mantener	Sin	0.667	0.856	72
	Con	1.292	1.168	72
Terminar	Sin	0.750	0.900	72
	Con	1.903	1.177	72
Disfrutar	Sin	0.667	0.993	72
	Con	1.319	1.136	72

MT = Muestra Total; dt = desviación típica; N = Muestra total

Continuación Tabla 7. ANOVA de medidas repetidas entre las dificultades en las distintas etapas sexuales, diferenciando el género y la sustancia primaria

Descriptivos del género

Dificultades	Consumo	Género	Media	dt	N
Iniciar	SIN	Femenino	1.331	1.129	24
		Masculino	0.875	1.064	48
Mantener	CON	Femenino	1.500	1.103	24
		Masculino	1.292	1.288	48
	SIN	Femenino	0.833	0.917	24
		Masculino	0.583	0.821	48
Terminar	CON	Femenino	1.292	1.083	24
		Masculino	1.292	1.220	48
	SIN	Femenino	1.125	0.947	24
		Masculino	0.563	0.823	48
Disfrutar	CON	Femenino	2.125	1.154	24
		Masculino	1.792	1.184	48
	SIN	Femenino	0.792	0.977	24
		Masculino	0.604	1.005	48
	CON	Femenino	1.833	1.049	24
		Masculino	1.063	1.099	48

MT = Muestra Total; dt = desviación típica; N = Muestra total

Tabla 8.

Pruebas T de medidas repetidas para evaluar la diferencia percibida de los problemas en las relaciones sexuales estando en consumo activo y en abstinencia en la muestra total, diferenciando el consumo de alcohol y/o cocaína.

Muestra total	Consumo Activo		Abstinencia		P
	M (dt)	M (dt)	M (dt)	M (dt)	
No estar a la altura	1.36 (1.07)	1.06 (1.02)	1.06 (1.02)	0.025*	
No disfrutar lo suficiente	1.46 (1.03)	0.83 (0.95)	0.83 (0.95)	<.001***	
No llegar al orgasmo	1.58 (0.96)	0.96 (0.94)	0.96 (0.94)	<.001***	
No conseguir suficiente excitación	1.32 (1.03)	1.03 (0.98)	1.03 (0.98)	-	
No tener ganas de empezar	1.22 (1.19)	1.00 (1.09)	1.00 (1.09)	-	
Perder las ganas durante la relación	1.14 (1.19)	0.69 (0.98)	0.69 (0.98)	0.002*	
Sentir dolor durante la penetración	0.53 (0.89)	0.26 (0.65)	0.26 (0.65)	0.002*	
Mujeres: dificultad para lubricar	1.42 (1.14)	0.92 (0.97)	0.92 (0.97)	0.025*	
Hombres: problemas de erección	1.46 (1.24)	0.69 (0.80)	0.69 (0.80)	<.001***	
Hombres: eyacular muy pronto	1.44 (1.09)	1.33 (0.95)	1.33 (0.95)	-	
Hombres: tardar mucho en eyacular	1.81 (1.10)	1.04 (0.97)	1.04 (0.97)	<.001***	

Género	Consumo Activo			Abstinencia		
	GF	GM	p	GF	GM	p
	M (dt)	M (dt)		M (dt)	M (dt)	
No estar a la altura	1.208 (1.02)	1.438 (1.09)	-	1.375 (1.01)	0.896 (0.99)	-
No disfrutar lo suficiente	1.708 (1.00)	1.333 (1.04)	-	1.083 (1.18)	0.708 (0.80)	-
No llegar al orgasmo	1.958 (1.00)	1.396 (0.89)	0.018*	1.042 (1.08)	0.917 (0.87)	-
No conseguir suficiente excitación	1.208 (1.22)	1.375 (0.94)	-	1.500 (1.14)	0.792 (0.80)	0.003**
No tener ganas de empezar	1.542 (1.32)	1.063 (1.10)	-	1.625 (1.21)	0.688 (0.88)	<.001***
Perder las ganas durante la relación	1.667 (1.24)	0.875 (1.08)	0.007**	0.917 (1.28)	0.574 (0.77)	-
Sentir dolor durante la penetración	1.083 (1.100)	0.250 (0.60)	<.001** *	0.500 (0.89)	0.146 (0.46)	0.028**

Sustancia	OH			COCAÍNA			AMBAS		
	CA	A	P	CA	A	P	CA	A	P
	M (dt)	M (dt)		M (dt)	M (dt)		M (dt)	M (dt)	
No estar a la altura	1.07 (1.07)	0.76 (0.87)	-	1.62 (1.10)	1.39 (1.13)	-	1.47 (0.94)	1.06 (0.97)	-
No disfrutar lo suficiente	1.59 (1.12)	0.83 (0.89)	0.001* *	1.35 (1.30)	1.04 (1.15)	-	1.41 (0.71)	0.53 (0.62)	<.001* **
No llegar al orgasmo	1.59 (1.18)	0.79 (0.82)	0.006* *	1.46 (0.86)	1.19 (1.13)	-	1.77 (0.66)	0.88 (0.78)	<.001* **
No conseguir suficiente excitación	1.17 (1.10)	1.00 (0.96)	-	1.39 (0.98)	1.19 (1.13)	-	1.47 (1.01)	0.82 (0.73)	0.017*
No tener ganas de empezar	1.17 (1.07)	0.93 (1.16)	-	1.23 (1.31)	1.08 (1.09)	-	1.29 (1.26)	1.00 (1.00)	-
Perder las ganas durante la relación	1.14 (1.27)	0.54 (0.84)	0.006* *	1.04 (1.11)	0.73 (1.08)	-	1.29 (1.21)	0.88 (1.05)	-
Sentir dolor durante la penetración	0.62 (0.98)	0.24 (0.69)	0.003* *	0.42 (0.81)	0.19 (0.57)	-	0.53 (0.87)	0.41 (0.71)	-
Mujeres: dificultad para lubricar	1.36 (1.01)	0.93 (1.41)	-	1.00 (1.41)	0.60 (0.55)	-	2.00 (1.23)	1.20 (0.84)	-
Hombres: problemas de erección	1.07 (1.28)	0.47 (0.64)	0.082*	1.52 (1.29)	0.62 (0.81)	-	1.83 (1.03)	1.08 (0.90)	-
Hombres: eyacular muy pronto	1.53 (0.92)	1.07 (0.96)	0.048*	1.05 (1.12)	1.57 (0.93)	0.012*	2.00 (1.04)	1.25 (0.97)	0.005*
Hombres: tardar mucho en eyacular	1.60 (1.24)	1.00 (1.00)	-	1.91 (1.04)	1.14 (1.06)	0.003* *	1.92 (1.08)	0.92 (0.80)	0.026*

GF = Género Femenino; GM = Género Masculino; OH = Alcohol; CA = Consumo Activo; A = Abstinencia; M = Media; dt = desviación típica; p = significación; *** p<0.001; ** p<0.01; * p<0.05

Tabla 9.

Correlación de Pearson entre dificultades de creatividad sin consumo, y calidad y cantidad de relaciones sexuales desde inicio del consumo

	Cantidad	Calidad	Dificultades de creatividad
Calidad			
MT	0.610***		-0.343**
GF	0.619**		Ns
GM	0.606***		-0.417**
Alcohol	0.522**		Ns
Cocaína	0.682***		-0.544**
Ambas	0.618**		Ns
Cantidad			
MT			-0.314**
GF			Ns
GM			-0.351*
Alcohol			Ns
Cocaína			-0.659***
Ambas			Ns
Tiempo OH			
MT	Ns	0.408**	
GF	0.477*	0.577*	
GM	Ns	Ns	

MT = Muestra Total; GF = Género Femenino; GM = Género Masculino; OH = Alcohol; SS = Satisfacción Sexual; ES = Ejecución Sexual; Ns = No significativo; *** $p < 0.001$; * $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Tabla 10.

ANOVA de medidas independientes de la SS y la autoestima y la consideración personal acerca de los efectos positivos o negativos de las sustancias en las relaciones sexuales de la muestra total

Positivamente	Sí	No	Tal vez	
	M (dt)	M (dt)	M (dt)	p
SS	45.50 (3.85)	48.27 (4.75)	46.33 (3.55)	-
Autoestima	22.50 (5.81)	19.90 (5.30)	18.58 (4.54)	-
Abstinencia	101.50 (193.1)	62.22 (106.3)	153.25 (381.1)	-
Negativamente	Sí	No	Tal vez	
	M (dt)	M (dt)	M (dt)	p
SS	47.42 (4.40)	48.13 (4.66)	47.82 (5.38)	-
Autoestima	19.67 (4.31)	20.31 (5.68)	20.73 (8.09)	-
Abstinencia	24.36 (43.11)	110.0 (272.55)	81.14 (141.95)	.

SS = Satisfacción Sexual; M = Media; dt = desviación típica; p = significación

Tabla 11.

Correlación de Pearson entre las preguntas “¿consideras que el consumo puede afectar positivamente/negativamente a tus relaciones sexuales?” con el tiempo de consumo, tiempo de abstinencia y de tratamiento

	Negativamente	Positivamente
Tiempo en tratamiento		
MT	0.242*	Ns
GF	Ns	Ns
GM	Ns	Ns
Alcohol	Ns	Ns
Cocaína	Ns	Ns
Ambas	Ns	-0.625**
Tiempo consumo OH		
MT		-0.312*
GF		-0.718***
GM		Ns

MT = Muestra total; GF = Género Femenino; GM = Género Masculino; OH = Alcohol; Ns = No significativo; *** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Tabla 12.

Correlación de Pearson entre el tiempo de tratamiento actual y tiempo abstinencia, con distinción de género y sustancia primaria

	Tiempo de tratamiento
Tiempo de abstinencia	
MT	0.268*
GF	0.785***
GM	Ns
Alcohol	0.715***
Cocaína	Ns
Ambas	Ns

MT = Muestra Total; GF = Género Femenino; GM = Género Masculino; Ns = No significativo; *** $p < 0.001$; * $p < 0.05$

Tabla 13.

Correlación de Pearson entre las preguntas “En caso de tener dificultades en sus relaciones sexuales, ¿le gustaría poder hablarlo en terapia?” y “En caso de tener dificultades en sus relaciones sexuales, ¿cree en la necesidad de tratarlo en terapia?”

Necesidad de tratarlo	Hablarlo en terapia
MT	0.415***
GF	Ns
GM	0.537***
Alcohol	Ns
Cocaína	0.715***
Ambas	Ns

MT = Muestra Total; GF = Género Femenino; GM = Género Masculino; Ns = No significativo; *** $p < .001$

Tabla 14.

Preferencia respecto al profesional del centro para el tratamiento de las dificultades sexuales: En caso de querer tratarlo, ¿con qué profesional del CAS se sentiría más cómodo@ hablando de ello?"

Psicólogo@	Género					
	Muestra total		Femenino		Masculino	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Porcentaje	90.3%	9.7%	83.3%	16.7%	93.8%	6.3%
Total	65	7	20	4	45	3

Enfermera	Sí	No
Porcentaje MT	12.5%	87.5%
Total	9	63

Trabajadora social	Sí	No
Porcentaje MT	12.5%	87.5%
Total	9	63

Educadora social	Sí	No
Porcentaje MT	13.9%	86.1%
Total	10	62

Médica/psiquiatra	Sí	No
Porcentaje MT	22.2%	77.8%
Total	16	56

MT = Muestra Total

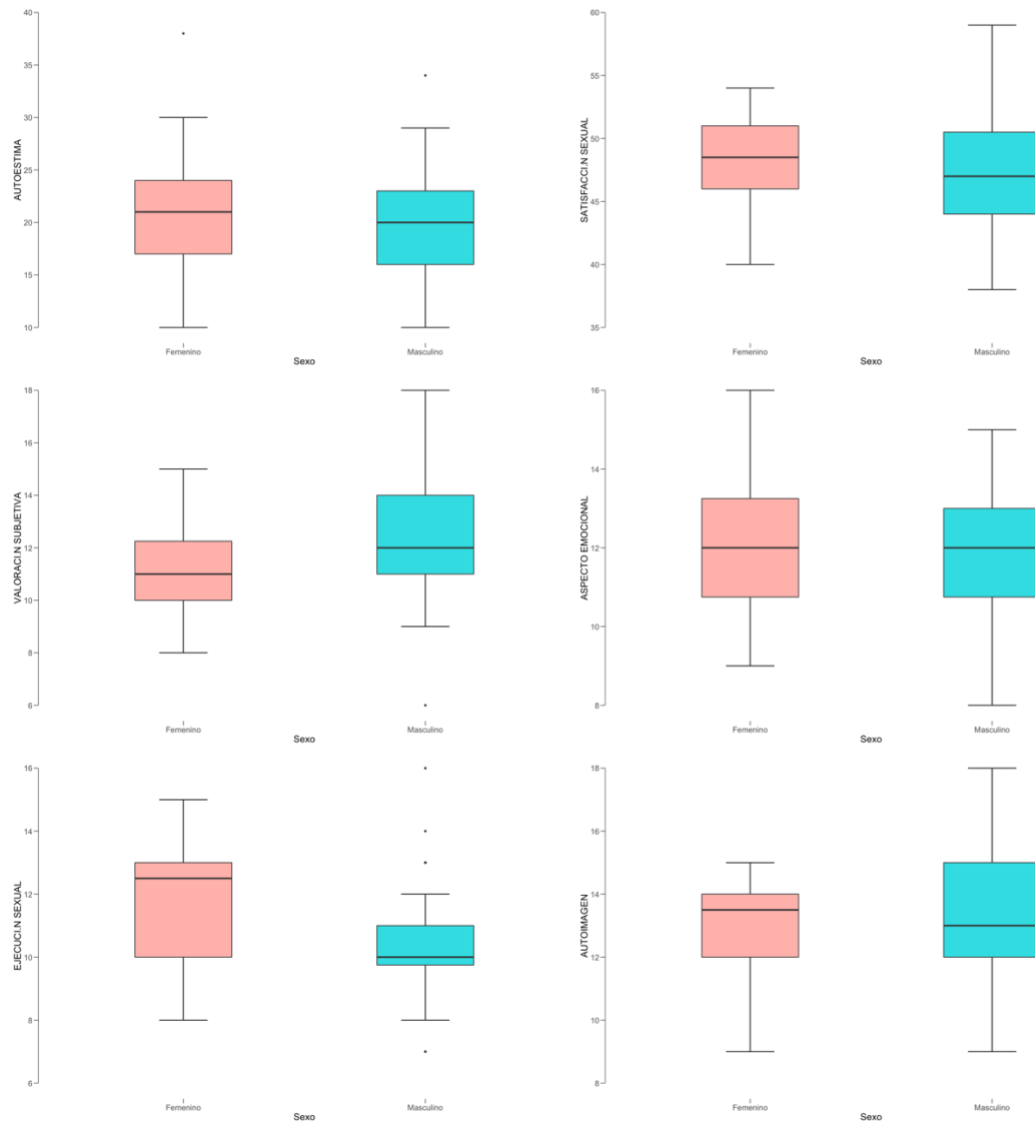


Figura 1. Descriptivos de los resultados obtenidos en la escala de autoestima y de satisfacción sexual, con distinción del género

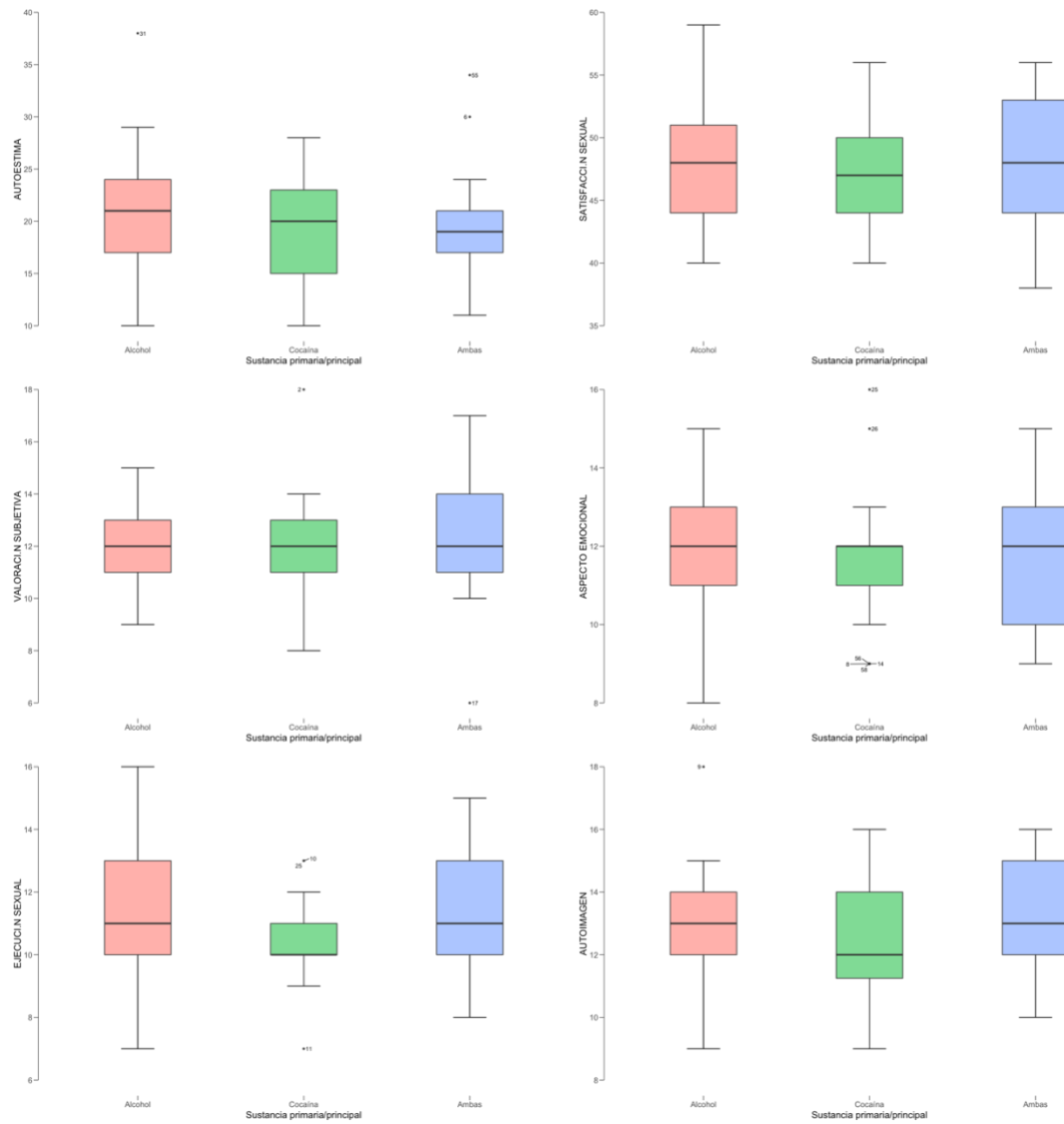


Figura 2. Descriptivos de los resultados obtenidos en la escala de autoestima y de SS, con distinción de la sustancia primaria

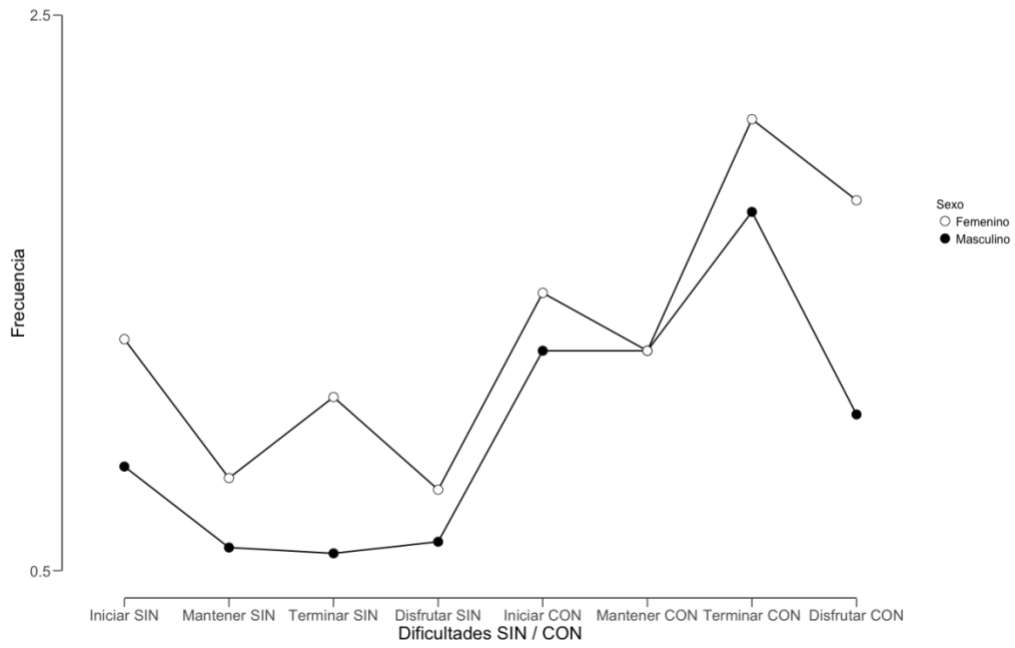


Figura 3. ANOVA de medidas repetidas de las dificultades para iniciar, mantener, terminar y disfrutar con y sin consumo diferenciando el género

Apéndice I

Consentimiento informado

Yo, _____
mayor de edad, con DNI _____, actuando en nombre e
interés propio

DECLARO QUE:

He recibido información sobre el proyecto de investigación de final de máster donde se pretende estudiar la correlación entre la satisfacción sexual, autoestima y la adicción a sustancias, para el que se solicita mi participación, he entendido su significado, me han sido aclaradas las dudas y me han sido expuestas las acciones que se derivan del mismo. Se me ha informado de todos los aspectos relacionados con la confidencialidad y protección de datos en cuanto a la gestión de datos personales que comporta el proyecto y las garantías tomadas en cumplimiento de la Ley 15/1999 de Protección de Datos Personales.

Mi colaboración en el proyecto es totalmente voluntaria y tengo derecho a retirarme del mismo en cualquier momento, revocando el presente consentimiento, sin que esta retirada pueda influir negativamente en mi persona en sentido alguno. En caso de retirada, tengo derecho a que mis datos sean cancelados del fichero del estudio.

Por todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO A:

- 1. Participar en el proyecto de investigación de final de máster*
- 2. Que Dina Rahwan Khdair como investigadora principal, pueda gestionar mis datos personales y difundir la información que el proyecto genere. Se garantiza que se preservará en todo momento mi identidad e intimidad, con las garantías establecidas en la ley 15/1999 de protección de datos y normativa complementaria.*
- 3. Que la estudiante del máster en psicología general sanitaria conserve todos los registros efectuados sobre mi persona, con las garantías y los plazos legalmente previstos, si estuviesen establecidos, y a falta de previsión legal, por el tiempo que fuese necesario para cumplir las funciones del proyecto para las que los datos fueron recabados.*

En Barcelona, a _____ de _____ del 2020

[FIRMA PARTICIPANTE]

FIRMA DEL IP]

Apéndice II

Cuestionario sociodemográfico y de conducta sexual:

1. Sexo:
 - Femenino
 - Masculino

2. Edad:

3. Sustancia principal/primaria:
 - Alcohol
 - Cocaína
 - Ambas

4. Sustancia secundaria: (Puede marcar diversas opciones)

<input type="radio"/> No consumo	<input type="radio"/> Cannabis
<input type="radio"/> Cocaína	<input type="radio"/> Alucinógenos LSD
<input type="radio"/> Anfetaminas	<input type="radio"/> Éxtasis MDMA
<input type="radio"/> Tabaco	<input type="radio"/> Benzodiacepinas
<input type="radio"/> Opiáceos	<input type="radio"/> Otras:
<input type="radio"/> Alcohol	

5. ¿Cuánto tiempo lleva consumiendo aproximadamente?

6. ¿Cuánto tiempo lleva actualmente en tratamiento en el CAS?

7. Tiempo de abstinencia (tiempo sin consumir) actual:

8. Cantidad aproximada de consumo semanal:

9. En caso de ser consumidor/a de cocaína, ¿cuál es la principal vía de consumo?

<input type="radio"/> Oral	<input type="radio"/> Intravenosa
<input type="radio"/> Nasal “esnifada”	<input type="radio"/> Pulmonar “fumada”

10. ¿Dónde consume/consumía habitualmente? (Puede marcar diversas opciones)

<input type="radio"/> En casa	<input type="radio"/> En lugar público como parques, etc.
<input type="radio"/> De fiesta/bar	<input type="radio"/> Otros:
<input type="radio"/> En el trabajo	_____

11. ¿Con quién consume/consumía habitualmente? (Puede marcar diversas opciones)

<input type="radio"/> Sol@	<input type="radio"/> Con mi pareja
<input type="radio"/> Con amig@s	<input type="radio"/> Otros: _____

12. Estado civil actual:
- Solter@ / Separad@ / Divorciad@ / Viud@ / Relaciones esporádicas
 - En pareja / Casad@
13. Indiferentemente de tener pareja o no, ¿ha notado cambios en la cantidad de las relaciones sexuales desde que consume?
- Sí, más cantidad
 - Sí, menos cantidad
 - No
14. Indiferentemente de tener pareja o no, ¿ha notado cambios en la calidad de las relaciones sexuales desde que consume?
- Sí, más calidad
 - Sí, menos calidad
 - No
15. Del 0-10 siendo 0 (muy malas) y 10 (muy buenas) ¿cómo de satisfactorias valoraría sus relaciones sexuales actuales?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- No tengo relaciones sexuales
16. Del 0 al 10 siendo 0 (Mínima importancia) y 10 (Máxima importancia), ¿Qué importancia les da a las relaciones sexuales?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
17. ¿Encuentra dificultades para iniciar con el acto sexual sin haber consumido?
- Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca
18. ¿Y habiendo consumido?
- Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca
19. ¿Encuentra dificultades para mantener el acto sexual sin haber consumido?
- Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca
20. ¿Y habiendo consumido?
- Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca
21. ¿Encuentra dificultades para terminar con el acto sexual sin haber consumido?
- Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca
22. ¿Y habiendo consumido?
- Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca
23. ¿Encuentra dificultades para disfrutar con el acto sexual sin haber consumido?
- Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca
24. ¿Y habiendo consumido?

Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca

25. ¿Surgen miedos de cara a sus expectativas en sus relaciones sexuales actuales?

Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca

26. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas en sus relaciones sexuales estando en consumo activo? (Marque con una "X")

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
No estar a la altura					
No disfrutar lo suficiente / no hacer disfrutar a mi pareja					
No llegar al orgasmo / no hacer llegar al orgasmo a mi pareja					
No conseguir suficiente excitación					
No tener ganas de empezar					
Perder las ganas durante la relación					
Sentir dolor durante la penetración					
Mujeres: Dificultad para lubricar					
Hombres: Problemas de erección					
Hombres: Eyacular muy pronto					
Hombres: Tardar mucho en eyacular					

27. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas en sus relaciones sexuales estando en abstinencia? (Marque con una "X")

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
No estar a la altura					
No disfrutar lo suficiente / no hacer disfrutar a mi pareja					
No llegar al orgasmo / no hacer llegar al orgasmo a mi pareja					
No conseguir suficiente excitación					
No tener ganas de empezar					
Perder las ganas durante la relación					
Sentir dolor durante la penetración					
Mujeres: Dificultad para lubricar					
Hombres: Problemas de erección					
Hombres: Eyacular muy pronto					
Hombres: Tardar mucho en eyacular					

28. ¿Ha hecho uso de la prostitución estando bajo los efectos del alcohol o las drogas?

Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca

29. ¿Encuentra dificultades para ser más creativ@ en sus relaciones sexuales sin estar bajo los efectos del alcohol o las drogas?
Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca
30. ¿Ha hecho uso del porno estando bajo los efectos del alcohol o las drogas?
Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca
31. ¿Se masturba estando bajo los efectos del alcohol o las drogas?
Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca
32. ¿Considera que el consumo puede afectar positivamente a sus relaciones sexuales?
 Sí
 No
 Tal vez
¿Por qué? ¿En qué aspecto podrían afectar?
33. ¿Considera que el consumo puede afectar negativamente a sus relaciones sexuales?
 Sí
 No
 Tal vez
¿Por qué? ¿En qué aspecto podrían afectar?
34. En caso de tener dificultades en sus relaciones sexuales, ¿le gustaría poder hablarlo en terapia?
 Sí
 No
 Tal vez
¿Por qué?
35. En caso de tener dificultades en sus relaciones sexuales, ¿cree en la necesidad de tratarlo en terapia?
 Sí
 No
 Tal vez
¿Por qué?
36. En caso de querer tratarlo, ¿con qué profesional del CAS se sentiría más cómod@ hablando de ello?
 Psicólog@
 Enfermer@
 Trabajador/a social
 Educador/a social
 Psiquiatra / Médic@

