

DROGAS Y SEXUALIDAD

Rompiendo el falso mito sobre los beneficios eróticos que genera la droga en la actividad sexual.



Trabajo Final de Grado

Facultad de Educación Social y Trabajo Social Pere Tarrés (URL)

Alumna: Paula Solera Falgueras

Tutora: Lisette Navarro Segura

Año académico: 2023-2024

Grado de Trabajo Social

FACULTAT
D'EDUCACIÓ
SOCIAL I
TREBALL
SOCIAL

Resumen:

El consumo de sustancias psicoactivas siempre ha estado una problemática a nivel social y sanitario que ha afectado a una gran parte de la sociedad. Este trabajo de final de grado trata sobre como el consumo del alcohol, cocaína y marihuana, puede modificar la percepción de la sexualidad de las mujeres. Se ha desarrollado una encuesta, la cual ha sido respuesta por 42 mujeres de 20 a 25 años de Barcelona, y esta, nos permitirá erradicar con la idea errónea que la sociedad tiene sobre los beneficios eróticos que pueden generar estas sustancias psicoactivas en el placer y satisfacción durante las relaciones sexuales.

Palabras clave: sustancias psicoactivas, mujeres, relaciones sexuales, sexualidad, sustancias psicoactivas, trabajo social.

Abstract:

The consumption of psychoactive substances has always been a social and health problem that has affected a large part of society. This final degree work deals with how the consumption of alcohol, cocaine and marijuana can modify women's perception of sexuality. A survey has been developed, which has been answered by 42 women aged 20-25 years in Barcelona, and this will allow us to eradicate the misconception that society has about the erotic benefits that can generate these psychoactive substances in the pleasure and satisfaction during sexual intercourse.

Key words: psychoactive substances, women, sexual relations, sexuality, social work.

Resum:

El consum de substàncies psicoactives sempre ha estat una problemàtica a nivell social i sanitari que ha afectat una gran part de la societat. Aquest treball de final de grau tracta sobre com el consum de l'alcohol, la cocaïna i la marihuana pot modificar la percepció de la sexualitat de les dones. S'ha desenvolupat una enquesta, la qual ha estat resposta per 42 dones de 20 a 25 anys de Barcelona, i aquesta ens permetrà erradicar amb la idea errònia que la societat té sobre els beneficis eròtics que poden generar aquestes substàncies psicoactives en el plaer i satisfacció durant les relacions sexuals.

Paraules clau: substàncies psicoactives, dones, relacions sexuals, sexualitat, treball social.

ÍNDICE:

1. Introducción y justificación	6
2. Pregunta inicial y objetivos	7
3. Marco teórico	8
3.1. Drogodependencias	8
3.1.1. Aproximación al concepto droga	8
3.1.2. Patrones de consumo	9
3.1.3. Clasificación de las drogas	9
3.1.4. Formas de consumo y efectos del alcohol, marihuana y cocaína	10
3.1.5. Diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres en el ámbito de drogodependencias	14
3.1.6. <i>Craving</i> /Ansia de droga	16
3.2. Sexualidad	18
3.2.1. ¿Qué es la sexualidad?	18
3.2.2. Identidades sexuales	19
3.2.3. Violencia de genero	20
3.3. Drogas y sexualidad	22
3.3.1. Impacto del consumo en la sexualidad	22
3.3.2. Conductas de riesgo vinculadas a la actividad sexual: psicológicas y físicas	24
3.3.3. Impacto del consumo del alcohol, la marihuana y la cocaína sobre la fertilidad	28
3.4. Trabajo social	29
3.4.1. Orígenes del Trabajo Social	29
3.4.2. Qué es el Trabajo Social y sus funciones	30
3.4.3. Actuaciones del Trabajo Social con diferentes colectivos	31
3.4.3.1. Mujeres	31

3.4.3.2. Sexualidad	33
3.4.3.3. Drogodependencias	34
4. Metodología	37
4.1. Diseño de la investigación	37
4.2. Participantes (muestra)	37
4.3. Instrumentos	38
4.4. Aspectos éticos	39
5. Resultados	39
6. Discusión	60
7. Conclusiones	64
8. Referencias bibliográficas	68
9. Anexo	75
9.1. Encuesta realizada	75

ÍNDICE FIGURAS:

Figura 1: Drogas que afectan al SNC	10
Figura 2: Iceberg de la violencia de género	21
Figura 3: Recursos de la Red de Atención a las Drogodependencias	35
Figura 4: Gráfica 1	40
Figura 5: Gráfica 2	41
Figura 6: Gráfica 3	41
Figura 7: Gráfica 4	42
Figura 8: Gráfica 5	42
Figura 9: Gráfica 6	43
Figura 10: Gráfica 7	44
Figura 11: Gráfica 8	44

Figura 12: Gráfica 9	45
Figura 13: Gráfica 10	46
Figura 14: Gráfica 11	46
Figura 15: Gráfica 12	48
Figura 16: Gráfica 13	50
Figura 17: Gráfica 14	52
Figura 18: Gráfica 15	54
Figura 19: Gráfica 16	55
Figura 20: Gráfica 17	56
Figura 21: Gráfica 18	57
Figura 22: Gráfica 19	58

ÍNDICE TABLAS:

Tabla 1: Formas de consumo y efectos del alcohol	10
Tabla 2: Formas de consumo y efectos de la marihuana	12
Tabla 3: Formas de consumo y efectos de la cocaína	12
Tabla 4: Diferencias y desigualdades del consumo de sustancias psicoactivas entre hombres y mujeres	14
Tabla 5: Impacto del alcohol, marihuana y cocaína en la sexualidad	23
Tabla 6: Impacto del alcohol, marihuana y cocaína sobre la fertilidad	28
Tabla 7: Diseño de la investigación	37

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas siempre ha estado una problemática a nivel social y sanitario que ha afectado a una gran parte de la sociedad. Según Folgar y Boubeta (2015), históricamente, las drogas han existido con un sentido cultural y religioso, asociado a ritos y ceremonias, estilos que por sus características no constituían factores que quebrantaran de forma significativa la salud. Los seres humanos siempre han explorado con sustancias que les conceden un aumento de su placer sexual, y por ese motivo han recurrido a diferentes sustancias naturales o sintéticas, por lo que constituye un aspecto de gran importancia la asociación entre la sexualidad y el consumo de drogas.

Según Gallego (2019), esta problemática ha existido siempre, pero a lo largo de la historia han ido evolucionando las pautas de consumo y con ellas el tipo de intervención por parte de los profesionales. Fue en los años 60-70, cuando se produjo una expansión del consumo de drogas en nuestro país.

El colectivo adolescente tiene la falsa creencia que el uso de drogas implica una mayor estimulación para la sexualidad, pero la realidad es mucho más perjudicial. De acuerdo con González et al. (2005), los principales efectos de las drogas en la sexualidad femenina constituyen la alteración del ciclo menstrual, y, por tanto, trastornos en la ovulación, la disminución del deseo sexual, la anorgasmia, la disminución de la lubricación vaginal, el bloqueo de la respuesta sexual, la disfunción sexual y la infertilidad, y en el caso del sexo masculino se identifica como principales efectos de las drogas la disminución de las hormonas masculinas (testosterona), la disminución en la producción de espermatozoides, la disfunción eréctil, la disminución del deseo sexual, la impotencia, la infertilidad, el aumento del tamaño de la próstata (en el caso del uso de esteroides), el retraso en la eyaculación y la disfunción sexual.

Esta investigación está centrada en el colectivo de mujeres de 18 a 25 años de Barcelona, y como su percepción de la sexualidad se ve modificada y alterada al consumir alcohol, marihuana y cocaína. La investigación se basa en estas tres sustancias psicoactivas, ya que cada una forma parte de una clasificación distinta y, por lo tanto, tiene afectaciones diferentes en el Sistema Nervioso Central (SNC) de sus consumidores. De acuerdo con Gállego (2007), la forma más sencilla de clasificar las drogas es en tres bloques:

- Estimulantes: aquellas que activan el SNC: Cocaína.
- Depresoras: aquellas que disminuyen el grado de actividad del SNC: Alcohol.
- Psicodélicas: aquellas que modifican la realidad: Marihuana/Cannabis.

Considero esencial el desarrollo de esta investigación, ya que contribuirá a erradicar con el falso mito existente y persistente en la sociedad de los beneficios afrodisíacos y eróticos de las sustancias psicoactivas en las relaciones sexuales y en la potenciación del placer.

2. PREGUNTA INICIAL Y OBJETIVOS

Todo el desarrollo de nuestro trabajo de investigación aplicada gira en torno a la pregunta planteada; “*¿Se modifica la percepción de la sexualidad de las mujeres entre 18-25 años bajo el consumo de alcohol, marihuana y cocaína en Barcelona?*”.

Una vez establecida la pregunta inicial, los objetivos que se quieren alcanzar durante el desarrollo y realización de esta investigación son:

- Clasificar las diferentes sustancias tóxicas planteadas y sus afectaciones.
- Exponer el impacto del alcohol, la marihuana y la cocaína en la sexualidad.
- Comparar la percepción de la sexualidad de las mujeres entre 18 y 25 años bajo los efectos del alcohol, marihuana y cocaína, y sin el consumo de estas.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Drogodependencias

3.1.1. Aproximación al concepto droga:

Uno de los mayores problemas, a nivel social y sanitario, que siempre ha perseguido a nuestra sociedad, ha sido el consumo de sustancias psicoactivas.

Aunque antiguamente el consumo estuviera más normalizado que en la actualidad, según Gallego (2019), esta problemática siempre ha existido, y ha sido con el paso del tiempo que se han ido evolucionando las pautas de consumo y con ellas el tipo de intervención por parte de los profesionales. En los años 60-70, fue cuando se produjo una expansión del consumo de drogas en nuestro país, y no fue hasta el siglo XX que la población fue tomando consciencia de la problemática, ya que esta aumentó.

Según Andrés et al. (2002), la Organización Mundial de la Salud (OMS), define el concepto droga como “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”. Esta definición no es concisa, ya que, los fármacos recetados por prescripción médica (por ejemplo), también podrían englobarse bajo esta definición. Siguiendo con los mismos autores, las drogas se caracterizan por crear hábito, producir sintomatología psíquica y/o dependencia, ser nocivas para la salud en función de su dosis y permanencia en el organismo, y está penalizado su tráfico en todos los países civilizados.

Hay que destacar que, aunque exista una complicación a la hora de definir lo que coloquialmente entendemos como droga, el término “drogas de abuso” es el que define mejor el concepto. Según Gállico (2007), las drogas de abuso son aquellas sustancias de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptibles de ser autoadministradas.

Este contraste entre definiciones permite aclarar el concepto y poder observar la diferencia entre una sustancia que se consume por un uso médico, a todas aquellas que se administran sin la finalidad de curación de una dolencia.

Las drogas de abuso hacen referencia a las adicciones por sustancias. Según Del Castillo (2013), las adicciones conductuales (adicción al juego, sexo, compras, comida, tecnología...) siguen aún en proceso de estudio, calificándolas más de un problema del control de impulsos que de una verdadera adicción. Por ese motivo, se tienen que entender como problemas de conducta y no como drogodependencias.

3.1.2. Patrones de consumo

Dependiendo de la regularidad en que una persona consume drogas, se pueden distinguir diferentes patrones de consumo (Zaragoza, 2002):

- Consumo experimental: Consumo casual e inesperado. Se suele relacionar con la primera toma de contacto con las drogas, es decir, el objetivo es vivir y sentir los efectos de la droga.
- Consumo ocasional: Consumo intermitente. No hay una frecuencia, pero aun así tiene un peligro mayor en acabar desarrollando una drogodependencia.
- Consumo habitual: Consumo diario en el que la persona ya implica gran parte de su tiempo en pensar en la droga y en cuando podrá consumirla. Tiene un doble fin; aliviar el malestar psicorgánico que la persona sufre, y mantener el rendimiento.
- Consumo compulsivo: Consumo intenso, si vida gira entorno al consumo. Las personas que practican este tipo de consumo suelen estar frecuentemente bajo los efectos de la droga de consumo y tienen dificultades para afrontar su rutina y problemas del día a día.

3.1.3. Clasificación de las drogas

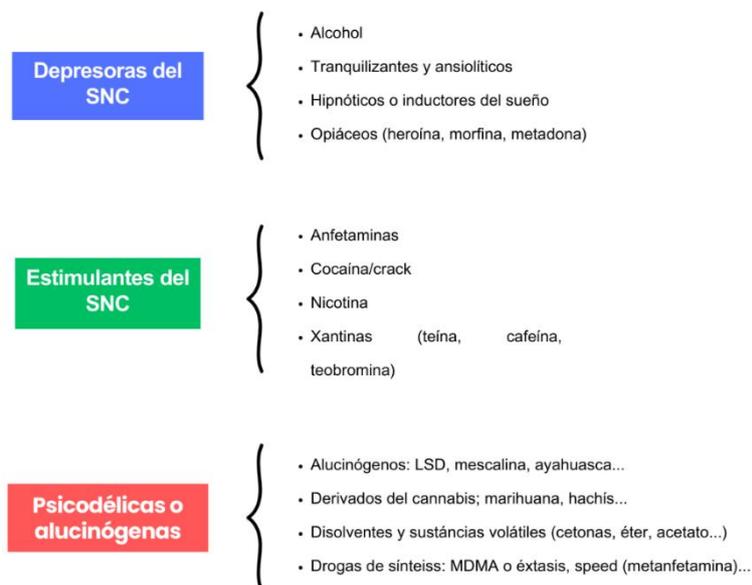
Además de las dificultades existentes para definir el concepto, también existe una problemática para ordenar las sustancias e implementar una clasificación de estas. Se destaca la clasificación de drogas según los efectos que producen en el Sistema Nervioso Central (SNC).

Según de Zaragoza (2002), se clasifican en:

- Depresoras del SNC: Sustancias que enlentecen el funcionamiento del sistema nervioso central. En general son calmantes del dolor, disminuyen los reflejos, producen sueño, y en dosis altas, el coma e incluso la muerte.
- Estimulantes del SNC: Sustancias que aceleran el funcionamiento del cerebro. Este aumento de la actividad cerebral provoca en la persona una sensación de euforia.
- Psicodélicas o Alucinógenas: Sustancias que distorsionan la percepción. Sus efectos varían ampliamente y pueden ser impredecibles

Clasificación de las drogas según los efectos que producen en el Sistema Nervioso Central (SNC):

Figura 1: Drogas que afectan al SNC.



Fuente: Elaboración propia a partir de Zaragoza (2002).

De acuerdo con Santander (2018), la pérdida de control implica el pensamiento obsesivo y el comportamiento compulsivo por consumir la droga a pesar de sus consecuencias, hecho que no es producto de la función consciente, sino de la modificación biológica en el sistema nervioso central (SNC) y que se conoce como dependencia y abuso de sustancias psicoactivas

3.1.4. Formas de consumo y efectos del alcohol, marihuana y cocaína

Tabla 1: Formas de consumo y efectos del alcohol.

ALCOHOL (OH)	
DEFINICIÓN	El nombre científico del alcohol es etanol, y se trata de una droga depresora del sistema nervioso central y por lo tanto ralentiza las funciones vitales. Está verificado que los efectos globales del alcohol, tanto hacia el hombre como la mujer, son negativos, pero, aun así, el alcohol sigue teniendo la popularidad de ser un excitante sexual.

	<p>Según Energy Control (2024), el alcohol que encontramos en las bebidas alcohólicas es el etanol o alcohol etílico. Es un líquido incoloro de olor característico y soluble en agua.</p>
<p>FORMA DE CONSUMO</p>	<p>Forma de consumo: Ingestión oral</p> <p>Existe una clasificación basada en la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Abstinerente total</u>: persona que refiere que nunca ha bebido alcohol (del Sol Padrón et al., 2010). - <u>Bebedor excepcional u ocasional</u>: persona que refiere beber cantidades moderadas de alcohol (menos de 20 ml de etanol o sus equivalentes) en situaciones muy puntuales, no más de 5 veces al año (del Sol Padrón et al., 2010). - <u>Bebedor moderado</u>: persona que refiere beber cantidades de alcohol menores de 100 ml con periodicidad no mayor de 3 veces a la semana (300 ml de etanol semanal o sus equivalentes) o experimente menos de 12 estados de embriaguez en un año. Grupo de riesgo para convertirse en bebedores excesivos (del Sol Padrón et al., 2010). - <u>Bebedor excesivo</u>: persona que refiere beber cantidades de alcohol iguales o mayores de 100 ml, con periodicidad mayor de 3 veces a la semana (300 ml de etanol semanal o sus equivalentes) o experimente 12 o más estados de embriaguez en un año (del Sol Padrón et al., 2010). - <u>Bebedor patológico o alcohólico</u>: persona bebedora de alcohol (independientemente de la cantidad y frecuencia) que presente regularmente síntomas y signos de dependencia del alcohol, ya sean físicos o psíquicos (del Sol Padrón et al., 2010).
<p>EFFECTOS</p>	<p>El consumo excesivo de alcohol puede provocar trastornos digestivos, como la acidez estomacal, vómitos, diarrea..., hipotermia, sed, dolor de cabeza, deshidratación, enfermedades cardiovasculares y, si la intoxicación es muy elevada, problemas respiratorios e incluso coma etílico.</p> <p>Inicialmente hay una desinhibición, relajación, euforia, relajación, somnolencia... afectando posteriormente a los sentimientos, la reflexión, la memoria, la atención y los reflejos.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de Frago y Sáez (2012).

Tabla 2: Formas de consumo y efectos de la marihuana.

MARIHUANA (THC)	
DEFINICIÓN	<p>La marihuana es un derivado del cannabis.</p> <p>El cannabis procede de una gran planta que crece en países cálidos y secos. El tetrahidrocannabinol (THC), es el principal activo de la planta.</p> <p>La marihuana es una droga psicodélica/ alucinógena, y se elabora mediante la trituración de hojas, flores y tallos. Genera dependencia psicológica.</p>
FORMA DE CONSUMO	<p>Forma de consumo: fumado o ingerido (normalmente en pasteles)</p>
EFFECTOS	<p>Cuando se consume en pocas dosis, provoca risa, estimula la creatividad y acentúa las sensaciones.</p> <p>Esta droga relaja, provocando un efecto de somnolencia y de dificultad de concentración.</p> <p>Su consumo hace que los ojos del consumidor se pongan rojos y haya sequedad en la boca.</p> <p>Tiene efecto depresor y acción desinhibidora.</p> <p>Un cigarro de marihuana puede llegar a ocasionar más daño a los pulmones que un cigarro de tabaco. Esto se debe a que la marihuana contiene más alquitrán y normalmente se fuma sin filtro.</p> <p>A largo plazo, puede generar dificultades en la memoria.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de Frago y Sáez (2012).

Tabla 3: Formas de consumo y efectos de la cocaína.

COCAÍNA (COC)	
DEFINICIÓN	<p>La cocaína es un polvo blanco cristalino que se obtiene sacando las hojas de la planta de coca.</p> <p>Se trata de una droga estimulante del sistema nervioso central, es por eso por lo que puede favorecer una transmisión más eficiente de los mensajes nerviosos.</p> <p>Al tratarse de un estimulante del SNC, provoca en el individuo euforia, exceso de energía e hiperestimulación después de su consumo.</p>

	<p>Origina una fuerte adicción y el desarrollo de graves problemas mentales y físicos, e incluso con una sola toma, es posible llegar a la sobredosis y morir.</p>
FORMA DE CONSUMO	<p>Forma de consumo: inhalado (nasal), fumado con tabaco (oral) e inyectado (intravenosa).</p>
EFFECTOS	<p><u>Inmediatos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La cocaína genera una adicción muy rápida - Tras el consumo de una pequeña cantidad: experimentación de aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, e incremento de la tensión arterial y de la temperatura corporal. - Tras el consumo de grandes cantidades (más de 100 mg): alteraciones de la conducta. <p><u>A largo plazo</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Efectos psicológicos: <ul style="list-style-type: none"> - Dependencia a la sustancia si esta deja de generar hiperestimulación tras su consumo. - Tras un consumo reiterado: nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, trastornos del sueño y pérdida de peso. - Problemas emocionales, escolares, laborales, familiares y relacionales. - Problemas psiquiátricos: psicosis, depresión, ansiedad y delirios. 2. Efectos físicos: <ul style="list-style-type: none"> - Si se consume por inhalación de forma repetida, puede producir lesión en las fosas y congestión nasales. - Si se inyecta, aumenta el riesgo de contraer VIH y hepatitis - Si se fuma, hay más probabilidad de contraer infecciones respiratorias graves - Todas las formas de consumo se relacionan con la presentación de infarto de miocardio, dolor torácico, insuficiencia respiratoria, dolor abdominal y náuseas.

Fuente: Elaboración propia a partir de Frago y Sáez (2012).

3.1.5. Diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres en el ámbito de las drogodependencias

Aun habiendo avanzado y evolucionado como sociedad, actualmente siguen existiendo desigualdades entre hombres y mujeres, y eso se ve reflejado también en el ámbito de las drogodependencias.

El consumo de drogas es un concepto perjudicial del que la sociedad tiene conciencia, pero, aun así, la imagen social que existe en torno a la mujer consumidora es más negativa que la del hombre.

Tabla 4: Diferencias y desigualdades del consumo de sustancias psicoactivas entre hombres y mujeres.

DIFERENCIAS Y DESIGUALDADES DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES	
HOMBRES	MUJERES
El consumo de las sustancias psicoactivas es mayor en hombres que en mujeres, excepto en las hipnosedantes.	La droga más consumida por las mujeres son los hipnosedantes.
Consumen y mezclan más sustancias psicoactivas.	Consumen sustancias legalizadas y aceptadas socialmente (alcohol, tabaco, cannabis).
Mayoritariamente son más hombres los que solicitan tratamiento de adicciones a sustancias psicoactivas (consumo problemático).	Los datos actuales del consumo de sustancias de mujeres dan lugar a la hipótesis de la convergencia, ya que las diferencias y la distancia entre el consumo de hombres y mujeres se está acortando.
El consumo forma parte de la identidad masculina.	El consumo pone en cuestionamiento la feminidad de las mujeres. Esto genera un sentimiento de culpa y vergüenza.
Tanto los hombres como las mujeres están iniciando el consumo a una edad cada vez más temprana. La edad media de consumo se establece aproximadamente entre los 13 y los 16 años en ambos.	
El inicio del consumo lo realizan en compañía de sus amistades (tanto en grupos mixtos, como grupos únicamente	El inicio del consumo lo realizan en compañía de sus parejas y amistades.

de hombres). El protagonismo de la pareja en el inicio del consumo es casi inexistente.	Mayoritariamente empiezan a raíz de la pareja.
A nivel general las principales motivaciones para iniciar el consumo tanto en mujeres y en hombres es el placer, la diversión, la curiosidad, experimentación de riesgo, rebeldía, aceptación por el grupo de iguales, estados de ánimo (ansiedad, falta de confianza...), desinhibición...	
La motivación del inicio de consumo en hombres normalmente suele estar relacionada a tensiones familiares, a la búsqueda y encuentro de placer, sensación de riesgo, sentimiento de poder, estados de ánimo o situaciones laborales vinculadas a las relaciones de poder. Motivación del inicio de consumo relacionada con: entorno, situaciones de riesgo, poder y situaciones de agresividad.	La motivación del inicio de consumo en mujeres normalmente suele estar relacionada a situaciones problemáticas con el entorno familiar, presión por el grupo de iguales, condiciones laborales o estados de ánimo. Motivación del inicio de consumo relacionada con: entorno, familia, personal/emocional y aceptación.
Perciben menos riesgo para todas las drogas excepto los hipnosedantes.	Tienen mayor riesgo ante el consumo de sustancias psicoactivas en general.
Menor sensibilización y consciencia sobre el consumo de sustancias.	Mayor sensibilización y consciencia sobre el consumo de sustancias. Al tener más consciencia tienen más herramientas de control y de reducción de daños.
Imagen social: <ul style="list-style-type: none"> - El consumo de drogas pone en valor su masculinidad. - A nivel social el hombre se ve divertido, gracioso, atrevido... Y si tiene consumo problemático, se ve como peligroso, marginal y genera compasión. 	Imagen social: <ul style="list-style-type: none"> - El consumo de drogas provoca desviación y transgresión de rol (suceso alejado de la feminidad). - A nivel social la mujer se ve promiscua, sin responsabilidad maternal, agresividad, viciosa.
Las relaciones sociales de los hombres se ven menos afectadas:	Las relaciones sociales de las mujeres se ven más perjudicadas:

<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica familiar: más comprendidos. Más sujetos de apoyo. - Paternidad: La mujer le muestra apoyo, respaldo y comprensión al hombre, e incluso asume responsabilidad de su consumo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica familiar: más incomprendidas y juzgadas. Menos ayuda y soporte. - Maternidad: se vive como un fracaso, reproches y falta de cumplimiento del rol tradicional de madre. - Violencia de género: Hay más posibilidades de ser víctimas de violencia machista y abusos.
<p>En cuanto a la obtención de la sustancia psicoactiva, los hombres asumen un rol más activo y protagonista a la hora de buscarla y conseguirla.</p>	<p>Obtención de la sustancia psicoactiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios sanitarios. - Calle. - Amistades. <p>La calle y las amistades son el primer canal para obtener las sustancias ilegales.</p>
<p>Formas de ganarse la vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pequeñas tareas en la calle (recogedor de chatarra, buscar aparcamiento para los coches...). - Trapicheo. - Hurtos y delitos. 	<p>Formas de ganarse la vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pequeñas tareas en la calle (recados, limpieza...). - Trapicheos. - Prostitución.
<p>Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejores pronósticos en el tratamiento. 	<p>Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menos presencia y permanencia en los centros terapéuticos. - Peores pronósticos en el tratamiento. - Mayor deterioro físico y mental.

Fuente: Elaboración propia a partir de Atenea 2016.

3.1.6. *Craving*/Ansia de droga

Según Casas et al. (2011), el deseo incoercible de consumir, provocado por ideas, recuerdos, estímulos condicionados, situaciones estresantes, etc., muy difícil de controlar por el paciente y que propicia la búsqueda de las sustancias apetecidas, se

describe como “ansia de droga” y se denomina habitualmente con el término inglés “*craving*”. El *craving* tiene un papel muy relevante en las recaídas después de pasar episodios de abstinencia. Funciona de incentivo motivacional para volver al consumo, ya que se esperan efectos positivos.

De acuerdo con Castillo y Bilbao, existen diferentes tipos de *craving*:

- Respuesta a síntomas de abstinencia:

Sucede a aquellas personas que tienen un consumo muy elevado y frecuente. Estas personas que pasan por este tipo de *craving*, la sustancia consumida ya no les produce tanto placer, pero, aun así, al dejar de consumirla sienten un gran malestar. En este caso, el *craving* aparece como una necesidad de sentirse bien y así aliviarse de todos los efectos y sensaciones a partir de la abstinencia. Este es el ejemplo de *craving* (por ejemplo), que experimenta una persona adicta al tabaco, cuando fuma para reducir su ansiedad (Castillo y Bilbao, 2008).

- Respuesta a la falta de placer:

Corresponde a aquellas personas que quieren mejorar su estado de ánimo de una manera más veloz y eficaz. Se trata de una forma de «automedicación» para aquellos momentos en que el individuo se encuentra aburrido, decaído o no tiene habilidades para afrontar distintas actividades (Castillo y Bilbao, 2008).

- Respuesta condicionada a las señales relacionadas con la adicción

La relación de estímulos neutrales al refuerzo obtenido a partir del consumo. Aquí se puede situar el ejemplo de una persona que presenta un problema de alcohol e intenta abandonar el consumo. Simplemente, para esta persona, mirar el bar desde fuera le provocaría deseos de entrar y consumir alcohol. Esto sucede porque han vinculado el entorno de un bar con la ingesta de alcohol (Castillo y Bilbao, 2008).

- Respuesta a los deseos hedónicos

Este tipo de *craving* se experimenta cuando una persona desea incrementar una sensación positiva. Esto sucede porque las personas han aprendido que ciertos comportamientos le producen una gran satisfacción si lo acompañan del consumo de sustancias. Por ejemplo, esto le puede suceder a aquellas personas que han encontrado efectos positivos en combinar el sexo con el consumo. Es probable que, al tener relaciones sexuales sin estar bajo los efectos de las drogas, sientan *craving* por volver a consumir en ese instante (Castillo y Bilbao, 2008).

Por otro lado, también se distinguen otros tipos de *craving* según el tiempo de abstinencia de la sustancia adictiva

- Uso reforzado

El deseo surgiría en la fase de consumo de la sustancia, y desaparecería al abandonarlo

- Interoceptivo

Este es el *craving* que aparece un mes después de abandonar el consumo o conducta adictiva. Aparece por síntomas físicos o por pensamientos

- Encubierto

El deseo o querencia vuelve a surgir sobre los dos meses después de haber dejado la sustancia. Se caracteriza por un autoconvencimiento o autoengaño de que ya no se quiere volver a consumir esa sustancia (negación de deseo)

- Condicionado a señales internas y externas

Este se mantiene hasta dos años tras dejar el consumo y se produciría a causa de estímulos tanto internos como externos que nos recuerden a las sustancias (sentimientos, señales visuales...)

3.2. Sexualidad

3.2.1. ¿Qué es la sexualidad?

Aun habiendo evolucionado, la sexualidad sigue siendo un tema tabú en la sociedad. La educación sexual es algo muy reciente, pero es fundamental para acabar con los prejuicios existentes, para conocernos y aceptarnos, prevenir consecuencias negativas en la iniciación y desarrollo de la sexualidad y para expresar nuestra erótica y así poder sentirnos satisfechos/as.

Según Pauta y Hermida (2015), hasta 1980 no se empezó a hablar de educación sexual (en ese momento llamada educación para la salud). Esto se produce a causa del incremento de enfermedades de transmisión sexual y al reconocimiento de altos índices de embarazo adolescente.

El concepto de sexualidad es muy amplio, complejo y personal. Es una función de la personalidad de los humanos, que se inicia con el nacimiento y finaliza en la muerte. Incluye como te sientes como persona, que sientes de ser hombre o mujer y como te desarrollas con los miembros de tu mismo sexo y del sexo opuesto. La sexualidad no

es “una cosa”. Somos sexuales globalmente, es decir, todo lo que tenemos es sexual (cada célula, órgano, función, conducta...).

La Organización Mundial de la Salud señala que, la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006).

Según Gómez et al. (2005), la Sexualidad es la manera que cada persona tiene de vivir “el hecho de ser sexuado”. Es una categoría subjetiva y no hace referencia exclusivamente a planteamientos anatomofisiológicos. Su referencia más clara son “las vivencias”, lo que cada persona “se siente” en su intimidad. Es por eso por lo que cada persona vive la sexualidad a su manera (cada uno vive la sexualidad de manera distinta al resto).

En ocasiones se confunde la sexualidad con atracción física o al desarrollo de relaciones sexuales, pero la realidad va mucho más allá. La sexualidad implica todo aquello que una persona siente y es.

3.2.2. Identidades sexuales

Según Bardi et al. (2005), la orientación sexual es la dirección de los intereses eróticos y afectivos, es la preferencia o atracción que tiene un individuo por otro.

Hay una diferencia entre identidad de género y sexual. Según Cáceres et al. (2013), la identidad de género se refiere a la identificación de una persona como hombre o mujer, independientemente de su sexo biológico, y la identidad sexual hace referencia a la identificación de una persona como hombre/mujer heterosexual, gay o bisexual.

Por otro lado, está la diversidad sexual, que es la que hace referencia a estas distintas identidades sexuales. Según Herrera (2011), la diversidad sexual reivindica la aceptación de cualquier comportamiento sexual, con iguales derechos, libertades y oportunidades, como prácticas amparadas por los derechos humanos. Es la pluralidad de opciones sexuales y manifestaciones de la identidad de género que no se limitan a

la heterosexualidad como norma ni se circunscriben a lo masculino y femenino como exclusivo de hombres y mujeres, respectivamente.

Orientaciones sexuales:

- Monosexuales: Personas que sienten atracción, ya sea sexual, romántica, afectiva/emocional y/o espiritual, hacia las personas de un solo género o sexo biológico (Esteban et al., 2022).
 - o Heterosexuales: Afinidad psicoafectiva-sexual con personas del sexo opuesto. Relación entre personas de diferentes sexos (Herrera, 2011).
 - o Homosexuales (gais y lesbianas): Afinidad psicoafectiva-sexual con personas del mismo sexo. Relación entre personas del mismo sexo (Herrera, 2011).
 - Gais: Hombre Homosexual
 - Lesbianas: Mujer Homosexual
- Asexuales: Personas que tienen ausencia o poca atracción sexual por otras personas (Esteban et al., 2022).
- Plurisexuales: Personas que sienten atracción emocional, romántica, sexual y/o espiritual hacia más de un género o sexo biológico (Esteban et al., 2022).
 - o Bisexual: Personas que se caracterizan por sentir atracción emocional, romántica, sexual y/o espiritual tanto hacia hombres como mujeres (Esteban et al., 2022).
 - o Pansexual: Personas que se sienten atraídas sexual, emocional, romántica y/o espiritualmente a otras personas, sin importar su identidad o expresión de género, sexo biológico u orientación sexual, ya que lo importante son sus cualidades (Esteban et al., 2022).

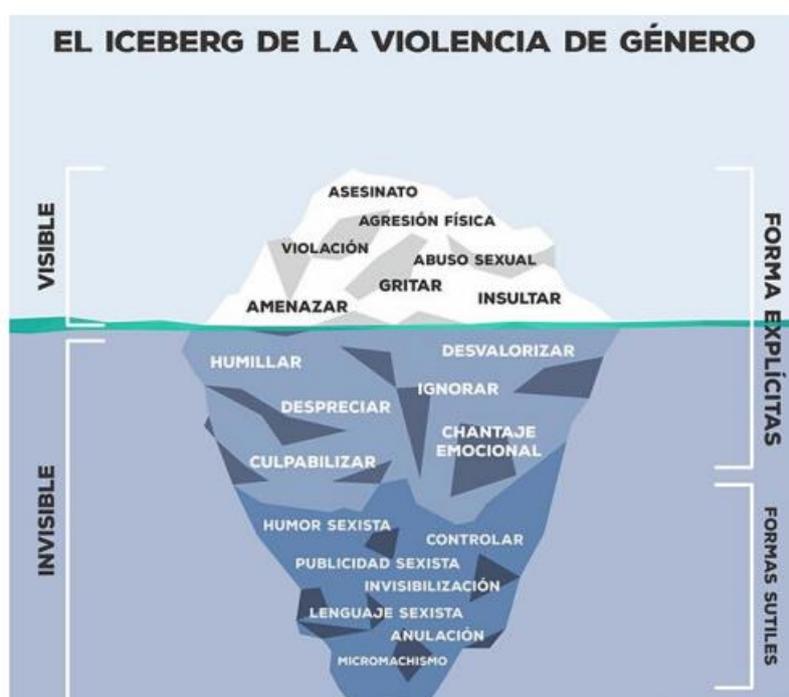
3.2.3. Violencia de género

En las últimas décadas, la sociedad ha experimentado un significativo avance respecto a la concienciación sobre la problemática de la violencia de género. Gracias a distintos movimientos sociales, cambios legislativos y campañas de sensibilización, la población ha tomado consciencia sobre el peligro y la gravedad de esta violencia ejercida hacia las mujeres, pero todavía queda mucho camino por recorrer y para erradicarla. Según García (2011), la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la Violencia de Género como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que pueda

tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada.

Existe una división entre todos aquellos elementos y situaciones que entendemos y vemos como violencia de género y aquellos que se mantienen ocultos. Esta clasificación entre lo oculto y visible se relaciona y compara con la figura de un Iceberg, ya que según Sandoval López (2020), en un iceberg únicamente se ve la punta que sobresale del agua, como es también, dentro de la violencia de género, la violencia directa, mientras que la cultural y la estructural quedan ocultas y escondidas.

Figura 2: Iceberg de la violencia de género.



Fuente: Guridi (2022).

Según Guridi (2022), en este iceberg de la violencia de género existen formas explícitas y visibles, y formas sutiles e invisibles de violencia:

En la parte izquierda de la imagen se observa la primera división, la cual separa aquellas situaciones visibles e invisibles para la sociedad. Las situaciones visibles son aquellas más perceptibles para la sociedad, es decir, aquellas situaciones que la sociedad relaciona directamente como violencia de género, ya que las observa. La parte visible incluye las agresiones físicas, el abuso sexual, violaciones, amenazas, gritos, insultos y en el caso más extremo el asesinato (violencia física, sexual y/o algún tipo de violencia

psicológica). Por otro lado, las situaciones invisibles, que constituiría la base del iceberg sumergida en el océano, ya que son aquellas situaciones/acciones que pasan desapercibidas. Aquí ubicamos los micromachismos, el lenguaje, el humor y la publicidad sexista, el control, la anulación e invisibilización.

En la parte derecha de la imagen se observa la segunda división, la cual separa las formas explícitas de las sutiles. Las formas explícitas son aquellas que notamos y percibimos como violencia de género, y las sutiles son aquellas que cuestan de detectar y que incluso no clasificamos como violencia de género.

Esta clasificación y diseño del Iceberg de la Violencia, permite que la sociedad tome consciencia de las desigualdades existentes y que sufren las mujeres hoy en día. Esta comparativa con el Iceberg permite observar de forma mucho más evidente y visual las discriminaciones que sufren las mujeres, ya que evidencia que estas no disfrutan de los mismos derechos y privilegios que los hombres.

Esta división y desarrollo del Iceberg, permite entender mejor el concepto de violencia de género, ya que esta no es solo las violaciones, agresiones y asesinatos, ya que estos casos y situaciones serían las más extremas (punta del iceberg). La violencia de género empieza en situaciones de la rutina y cotidianidad, desde comentarios machistas, el control, la publicidad sexista..., es por eso por lo que hemos de tomar consciencia de estas situaciones que aparecen en nuestro día a día para poder erradicarla.

3.3. Drogas y sexualidad

3.3.1. Impacto del consumo en la sexualidad

Según Diehl et al. (2014), hay una búsqueda incesante, especialmente entre adolescentes y adultos jóvenes, por sustancias psicoactivas capaces de aumentar la libido y el placer, de facilitar una aproximación entre las personas, prolongar el orgasmo y ayudar a la erección.

Según Diputación de Alicante (2012), está bastante extendido el mito de que el consumo de alcohol u otras drogas facilita las relaciones sexuales y potencia el placer sexual, por más que carezca de una base científica que lo justifique. El consumo de alcohol u otras drogas, tiene a largo plazo un efecto negativo en la actividad sexual, afectando al ciclo: DESEO → EXCITACIÓN → ORGASMO

Es importante tener presente que este mito es erróneo, ya que la realidad es mucho más compleja y perjudicial. El consumo de drogas no beneficia las relaciones sexuales,

sino que genera consecuencias negativas en la salud sexual y reproductiva, desde dificultades para alcanzar el orgasmo como problemas en la fertilidad.

Existen diferentes efectos del consumo de alcohol, marihuana y cocaína que pueden afectar a la actividad y respuesta sexual de hombres y mujeres:

Tabla 5: Impacto del alcohol, marihuana y cocaína en la sexualidad.

EFECTOS ALCOHOL	EFECTOS MARIHUANA	EFECTOS COCAÍNA
<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de control en ciertas emociones. - Desinhibición. - Pérdida de timidez. - Pérdida de estimulación. - Al tratarse de una droga depresora del SNC, dificulta el acto sexual. - Disminución del placer y excitación sexual provocando impotencia en los varones y dificultad para alcanzar el orgasmo en mujeres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Impacto significativo y negativo en la fertilidad en hombres y mujeres. - Su consumo habitual y rutinario provoca una disminución del deseo y apetito sexual. - Disminución de la lubricación vaginal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida deseo. - Pérdida placer sexual, ya que la cocaína se trata de un anestésico local. - Sensación de euforia. - Deterioro del SNC, provocando un declive de la función sexual. - En las mujeres suele producir amenorrea (suspensión del flujo menstrual) y otras alteraciones menstruales.

Fuente: Elaboración propia a partir de Frago y Sáez (2012), y Diputación de Alicante (2012).

Teniendo en cuenta el papel de las mujeres, quiero destacar que estas son más vulnerables a los efectos de las sustancias psicoactivas, y que estas generan efectos muy concretos y distintos en ellas.

Según Frago y Sáez (2012), aparentemente, cuando las mujeres consumen alcohol, experimentan que hay un aumento del deseo y de la excitación sexual, ya que se sienten más desinhibidas. Aun así, es importante remarcar que el deseo sexual antes del

consumo ya es existente, pero a partir de la ingesta de esta sustancia se hace más perceptible. El consumo de alcohol tiene impactos negativos en la mujer, como por ejemplo, dificultades para alcanzar el clímax/orgasmo, sienten más dolores a la hora de tener relaciones sexuales, aparición de desinterés y reducción de la excitación e impulso sexual.

Por otro lado, según Diputación de Alicante (2012), el consumo de marihuana en las mujeres provoca la reducción de los ciclos menstruales y la aparición de ciclos menstruales sin ovulación, lo que reduce la fertilidad. Las investigaciones científicas confirman que su uso crónico se relaciona con la disminución del apetito sexual, sin que avalen los supuestos efectos afrodisíacos que señalan algunos consumidores. Por otro lado, según Frago y Sáez (2012), el consumo de esta sustancia psicoactiva reduce la lubricación vaginal, provocando un aumento del dolor en el acto sexual, disminución de la fertilidad, disminución de ciclos menstruales y aparición de ciclos menstruales sin ovulación.

Finalmente, el consumo de cocaína en mujeres provoca una dificultad más elevada de llegar al clímax, ya que hace un efecto anestésico local. Además, suele producir diferentes alteraciones menstruales como la amenorrea, que según Bretault y Christin-Maitre (2015), se define por la ausencia de ciclo menstrual en la niña después de los 15 años, con o sin desarrollo puberal (amenorrea primaria) o por una interrupción en una mujer con menstruación previa (amenorrea secundaria).

3.3.2. Conductas de riesgo vinculadas a la actividad sexual: psicológicas y físicas

Según García (2020) hay un falso mito (mito generalizado) sobre los beneficios eróticos (efectos afrodisíacos) que genera la droga en la actividad sexual. Hay mucha falta de información en torno a esta problemática, ya que la realidad va mucho más allá. El hecho de consumir drogas antes o durante la actividad sexual no implica una mejora de las relaciones ni del alcance del placer, no existe ninguna certeza que garantice que ninguna droga, excepto algunas hormonas masculinas en mujeres, tenga efectos beneficiosos para la sexualidad, al contrario, ya que estas pueden causar daños cerebrales irreversibles, lejos de ser beneficioso.

La confluencia entre el consumo de drogas y la actividad sexual puede llevar a la práctica de conductas de riesgo, incrementando la posibilidad de contraer

Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), embarazos no deseados o pérdida de consciencia y control de nuestro cuerpo y mente.

Conductas de riesgo vinculadas a la actividad sexual:

- Propagación de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

Las enfermedades de transmisión sexual son enfermedades infecciosas. Según Atenea (2020), el contagio habitualmente es de persona a otra durante una relación sexual que puede o no haber penetración (vaginal, anal u oral). Los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual no siempre son obvios, y van a depender de su etiología, por esta razón pueden ser no tratadas, desencadenando complicaciones irreparables como infertilidad, lesiones en órganos, determinados tipos de cáncer o la muerte.

El tratamiento dependerá de la etiología, condición y fase de la enfermedad, este debe ir dirigido no solo a la persona infectada si no a la pareja, es por ello por lo que esta infección se debe de ver de manera familiar, global y comunitaria (Atenea, 2020).

Por otro lado, según Reyes Martínez (2019), las ETS también se pueden transmitir por medios no sexuales, como las transfusiones de sangre, trasplantes de órganos y de madre a hijo durante el embarazo o parto (transmisión vertical), aunque estas son poco frecuentes.

Las ETS pueden ser causadas por bacterias, virus, hongos, protozoos o parásitos, y pueden generar secuelas graves y permanentes en el cuerpo, pero aun así cada año sigue habiendo más contagios entre la población, sobre todo entre adolescentes. Esto se debe a la falta de información y de educación sexual que recibimos. Muchas personas desconocen los peligros que puede generar mantener conductas de riesgo vinculadas a la actividad sexual, y por esta razón no son capaces de detectar la sintomatología y tomar consciencia de la importancia de la prevención.

Enfermedades de Transmisión Sexual:

- o Clamidia: Según Araya et al. (2019) se estima que a nivel mundial la Chlamydia Trachomatis, es una de las enfermedades de transmisión sexual bacteriana más frecuente presentando cada año 131 millones de nuevos casos. Se caracteriza por ser asintomática y por eso se subestima el riesgo de esta entre la gente joven. Puede causar complicaciones y secuelas a largo plazo como la enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico que, según Campas et al. (2017), es un embarazo que se desarrolla fuera de la cavidad uterina, y se trata de una

urgencia debido al riesgo de ruptura tubárica y de hemoperitoneo, dolor pélvico crónico, cervicitis y un daño significativo en el sistema reproductor masculino y femenino provocando infertilidad en ambos sexos.

- Herpes genital: Según Sánchez-Crespo et al. (2010), el Herpes genital es una infección de transmisión sexual vírica que representa la causa más frecuente de úlcera genital en nuestro medio. Clínicamente, cursa con episodios recurrentes que pueden ser asintomáticos o con lesiones características vesículas-úlceras. El virus permanece latente en los ganglios nerviosos sensitivos sacros a partir de los cuales se reactiva. Esta infección puede ser asintomática o sintomática.
- Gonorrea: La gonorrea es una de las Enfermedades de Transmisión Sexual más antiguas y que más afecta anualmente a los seres humanos a nivel mundial. Según Catorceno (2010), la Gonorrea, es enfermedad producida por *N. Gonorrhoeae*, o conocida también como "blenorragia", "purgaciones" o "gota militar". Los signos y síntomas que la acompañan afectan a los órganos de la reproducción (órganos sexuales o genitales). En ambos sexos, cuando la infección gonocócica afecta al recto, puede aparecer dolor rectal, especialmente al defecar. También puede haber secreción, picazón y sangrado. La Gonorrea ocurre solo en humanos. La transmisión se da por contacto persona-persona a través del contacto sexual o en período perinatal.
- Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana (SIDA): Según Kramer et al. (2009), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana (SIDA), ocasionado por la infección Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), se identificó en los principios de la década de 1980, y se la consideró durante algunos años como específica de varones que hacían sexo con varones, profesionales del sexo y usuarios de drogas. Según Farago et al. (2018), el VIH causa la infección de su mismo nombre, la cual ataca al sistema inmunológico del individuo, destruyendo sus linfocitos. En su fase más avanzada, el VIH lleva al SIDA.
- Virus del Papiloma Humano (VPH): Según Bustamante-Ramos et al. (2015), el virus del papiloma humano (VPH) ocasiona la infección de transmisión sexual más importante en el mundo y se le considera como el principal agente para el desarrollo del cáncer cervicouterino. Existen diferentes tipos de VPH que pueden producir el papiloma oral, papiloma laríngeo y algunos otros el papiloma en la conjuntiva y nasal, aunque los

de mayor importancia epidemiológica son aquellos que ocasionan verrugas en el cuello del útero, vagina, uretra, pene y ano. El contagio más común ocurre por contacto del virus con alguna lesión relacionada durante el acto sexual vaginal, anal u oral.

- Sífilis: Según Valderrama et al. (2004), la sífilis es una sistémica causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. El período de incubación de la enfermedad es de 10 a 90 días y de tres semanas en promedio. Se transmite principalmente durante las relaciones sexuales y a veces también por contacto con las lesiones o por transfusión de sangre cuando el donante está en fase temprana de la enfermedad. Siguiendo con estos autores, la sífilis primaria se caracteriza por la aparición de una úlcera indolora que dura de dos a seis semanas. Después de semanas o meses puede producirse una erupción cutánea y síntomas generales inespecíficos, como el cansancio y la pérdida del apetito. Cuando la sífilis se deja sin tratar puede haber un período que se caracteriza por ausencia de síntomas y por poca contagiosidad (sífilis latente). Cerca de un tercio de las personas que han padecido sífilis secundaria desarrollan las complicaciones de la sífilis terciaria. En esta etapa se afectan el corazón, las articulaciones, el cerebro, el sistema nervioso y casi cualquier parte del cuerpo.
- Tricomoniasis: Según Carrada-Bravo (2006), la tricomoniasis es una infección de transmisión sexual causada por el protozoo flagelado *Trichomonas vaginalis*. El período de incubación según Zhon (2016), es de 4 a 28 días, y la sintomatología común en las mujeres es; flujo vaginal, vulvitis, endometritis puerperal, erosiones cervicales y carcinomas de cuello. En el caso de los hombres, se puede llegar a desarrollar una prostatitis y en alguna ocasión esterilidad reversible. Según Diéguez (2014), la Tricomoniasis predomina en mujeres en edad fértil (pico entre los 16 y 35 años), y puede ser asintomática, causando mayor riesgo.

- Embarazo no deseado

El consumo de drogas puede tener consecuencias negativas a la hora de tomar decisiones durante las relaciones sexuales. Los efectos de las sustancias psicoactivas pueden modificar la percepción del riesgo, aumentando las situaciones de peligro. Esto puede dar pie a embarazos no deseados, un problema de salud pública de carácter mundial.

Según Winkler et al. (2005), el embarazo no deseado se caracteriza por la ausencia de una intención consciente de tener un(a) hijo(a). El hecho de no usar métodos anticonceptivos da lugar a la fecundación no planificada.

- Pérdida de consciencia y control de nuestro cuerpo y mente.

Desde una perspectiva de la corporalidad, según Pérez y Martínez (2007), el consumo de drogas puede ser considerado como una práctica que implica un proceso de transformación subjetiva-corporal al comportar una peculiar forma de relacionarse con el propio cuerpo. Cualquier acto sexual tiene que estar basado en el consentimiento, placer mutuo, bienestar y comunicación. El consumo de sustancias psicoactivas durante las relaciones sexuales puede llevar a situaciones de riesgo que afectan tanto a nivel mental, emocional como físico.

Cada droga provoca diferentes afectaciones en nuestro cuerpo y mente, pero influye a la hora de tener la capacidad de comunicarnos con claridad con la otra persona y marcar nuestros límites, necesidades y deseos para que la relación sexual sea placentera y consentida. Además, a nivel físico, esta pérdida de control puede provocar disminución de la percepción del dolor y el aumento de situaciones arriesgadas.

3.3.3. Impacto del consumo del alcohol, la marihuana y la cocaína sobre la fertilidad

El consumo de alcohol, cocaína y marihuana provoca consecuencias significativas en la salud sexual y reproductiva. El consumo de sustancias psicoactivas puede generar una disminución de la fertilidad.

Según Diputación de Alicante (2012), el consumo de alcohol, cocaína y marihuana provoca diferentes efectos sobre la fertilidad:

Tabla 6: Impacto del alcohol, marihuana y cocaína sobre la fertilidad.

EFFECTOS ALCOHOL	EFFECTOS MARIHUANA	EFFECTOS COCAINA
- Ciclos menstruales irregulares.	- Trastornos menstruales.	- Alteración de los ciclos menstruales.
- Ausencia de ovulación.	- Ciclos sin ovulación.	- Ausencia de la menstruación.

<ul style="list-style-type: none"> - Augmento de riesgo de abortos. - Aparición menopausia precoz. 	<ul style="list-style-type: none"> - Abortos espontáneos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción del número de ciclos ovulatorios. - Secreción láctea de la mama fuera del embarazo y lactancia.
--	--	--

Fuente: Elaboración propia a partir de Diputación de Alicante (2012).

3.4. Trabajo social

3.4.1. Orígenes del Trabajo Social

Según Cintora (2001), a finales del siglo XIX, en todos los países se fundaron Escuelas para formar a las primeras asistentes sociales con mayor o menor rigor científico y profesional. En 1932, se fundó en España, Barcelona, la primera “Escuela de Asistencia Social para la mujer”. Durante esos primeros años de la II República, se inició un intento democratizador y modernizador de la sociedad española. En 1939, durante el período de Franco, se fundó en Madrid la segunda escuela llamada “Escuela de Formación Familiar y Social”. Se trataba de una carrera femenina, cuyas finalidades se basaban en la preparación de la mujer para ser buena madre de familia y servir a la sociedad. Esta concepción de asistencia social se mantuvo durante todo el periodo del franquismo, y no fue hasta finales de este régimen que empezó a liberarse esta concepción de la profesión de estas limitaciones.

Francisco Franco muere el 20 de noviembre de 1975, causando una intensificación de los movimientos que luchan por las libertades democráticas y los derechos fundamentales de la ciudadanía. Siguiendo con el mismo autor, los trabajadores y las trabajadoras sociales tuvieron un rol esencial, en lo que supuso una definición legal y puesta en marcha de un sistema público de servicios sociales. En 1978, es aprobada la Constitución por el pueblo. Esta define a España como un Estado social y democrático de derecho, el cual garantiza los derechos y libertades fundamentales a todos los ciudadanos y ciudadanas. En la Constitución, se obligaba a los poderes públicos a ejecutar los sistemas públicos de educación, asistencia sanitaria, seguridad social, se reconoce el derecho al empleo, una vivienda digna para toda la ciudadanía y protección a muchos de los sectores de los que se ocupa servicios sociales (familia, infancia, tercera edad...). El trabajo social tuvo un papel muy importante a la hora de elaborar

leyes autonómicas de servicios sociales, con el objetivo de erradicar el modelo franquista y centrarse en los colectivos de riesgo y/o vulnerabilidad social.

3.4.2. Qué es el Trabajo Social y sus funciones

Según Martínez (2004), el Trabajo Social es la actividad de ayuda técnica organizada, ejercida sobre las personas, grupos y las comunidades, con el fin de procurar su más plena realización y mejor funcionamiento social, y su mayor bienestar, mediante la activación de los recursos internos y externos, principalmente ofrecidos por los Servicios Sociales y por las instituciones y los sistemas del Bienestar social. El objetivo del Trabajo Social es acabar con todo aquello que genera desigualdades entre las personas.

De acuerdo con Izquierdo et al., las funciones profesionales de los Trabajadores Sociales en España son las siguientes:

- Función preventiva: Actuar sobre las causas que generan problemáticas tanto a nivel individual como a nivel colectivo. Elaborar y ejecutar proyectos de intervención para la población que se encuentra en una situación de riesgo y/o vulnerabilidad social (Izquierdo et al., 2013).
- Función de atención directa: Atender a aquellas personas/grupos que se encuentran en una situación de riesgo social, potenciando el desarrollo de las capacidades de estas personas para que afronten por sí mismas futuros problemas y se integren satisfactoriamente en la vida social (Izquierdo et al., 2013).
- Función de planificación: Ordenar y conducir un plan de acuerdo con los objetivos planteados, contenidos en un programa determinado, mediante un proceso de análisis de la realidad y del cálculo de las probables evoluciones de esta (Izquierdo et al., 2013).
- Función docente: impartir enseñanzas teóricas y prácticas de Trabajo Social y de Servicios sociales, tanto en las propias escuelas universitarias de Trabajo Social, como en otros ámbitos académicos (Izquierdo et al., 2013).
- Función de promoción e inserción social: Actuaciones encaminadas a restablecer, conservar y mejorar las capacidades, la facultad de autodeterminación y el funcionamiento individual o colectivo (Izquierdo et al., 2013).

- Función de supervisión: Los/as titulados/as en Trabajo Social, reciben la ayuda de una profesional del Trabajo Social, con la finalidad de aprovechar sus conocimientos y habilidades, y perfeccionar sus aptitudes (Izquierdo et al., 2013).
- Función de evaluación: Constatar los resultados obtenidos de las distintas actuaciones realizadas, en relación con los objetivos propuestos (Izquierdo et al., 2013).
- Función de investigación: Descubrir, describir, interpretar, explicar y valorar una realidad, a través de un trabajo sistematizado de recogida de datos, establecimiento de hipótesis y verificación de estas, empleando técnicas profesionales y científicas para así contextualizar una adecuada intervención y/o acción social planificada (Izquierdo et al., 2013).
- Función de coordinación: Determinar las actuaciones de un grupo de profesionales, dentro de una misma organización o pertenecientes a diferentes organizaciones, a través de la concentración de medios, técnicas y recursos, con el objetivo de determinar una línea de intervención social y objetivos comunes (Izquierdo et al., 2013).

3.4.3. Actuaciones del Trabajo social con diferentes colectivos

3.4.3.1. Mujeres

El objetivo del trabajo social es erradicar las desigualdades existentes entre las personas, por esa razón, una de sus principales actuaciones tiene como objetivo erradicar la desigualdad existente más antigua; la que sucede entre el hombre y la mujer.

Según Santana-Hernández (2010), se trata de una desigualdad sistémica, por lo que requiere un abordaje transversal e integral. Una manifestación cotidiana de esta desigualdad existente es la que se produce en las relaciones con las familias y parejas.

Desde el Trabajo Social, se necesita estar dotado de diferentes conocimientos para abordar esta problemática y actuar con este colectivo. Es esencial que los profesionales sociales estemos dotados de conocimientos y habilidades sociales para abordar la problemática, acompañar y dar soporte a las mujeres de forma eficaz (Santana-Hernández, 2010):

- Conocimientos sobre la construcción histórica y social de la violencia contra las mujeres.
- Conceptos y teorías explicativas sobre la violencia.

- La prevalencia de la violencia contra las mujeres en la relación de pareja.
- El impacto de la violencia en los niños/as.
- La protección de las víctimas en el ámbito europeo, estatal y autonómico.
- La actuación ante los abusos en los contextos de salud y servicios sociales.
- El trabajo Social en los juzgados de violencia de género.
- El trabajo con las mujeres y niños que se encuentran en centros de acogida.
- La evaluación del desarrollo de buenas prácticas en la prevención y atención a las mujeres supervivientes de la violencia de pareja o expareja.
- El Trabajo Social en contextos de prevención y actuación de las víctimas.
- El trabajo con maltratadores.
- Etc.

El Ayuntamiento de Barcelona, Cataluña, dispone de diversos recursos y servicios dirigidos a la mujer:

- Servicio de Atención, Recuperación y Acogida (SARA) y Servicio de Atención, Recuperación y Acogida (SARA Joven): servicio ambulatorio que ofrece atención ambulatoria específica a personas víctimas de situaciones de violencia machista (mujeres, niños y adolescentes, y personas LGTBI o personas de su entorno próximo directamente afectadas por esta violencia). También ofrece atención al personal profesional y a las personas del entorno de las víctimas. Por otro lado, SARA Joven es el mismo servicio (atención ambulatoria), pero a jóvenes de entre 12 y 17 años (Ajuntament de Barcelona, 2024).
- Servicios de acogida por violencia de género: recurso residencial para mujeres (y sus hijos) que se encuentran en situaciones de violencia de género. El Ayuntamiento de Barcelona brinda la acogida a todos aquellos casos en las que la mujer y sus hijos (si los tiene), se encuentran en una situación alta de riesgo y/o en una situación en las que el agresor las puede localizar y amenazar (a ellas, a sus hijos o a quién le esté alojando) (Ajuntament de Barcelona, 2024).
- Unidad Municipal contra la Trata de Seres Humanos (UTEH): ofrece atención integral a cualquier persona (menor o mayor de edad), víctima de trata (comercio ilegal de seres humanos con el propósito de convertirlos en esclavos y apropiarse de su dignidad, libertad y trabajo), independientemente de cuál sea la finalidad de la explotación. También asesora a los y las profesionales y personas del entorno de las víctimas (Ajuntament de Barcelona, 2024).
- Punto de Información y Atención a las Mujeres. PIAD: Servicio público, gratuito y confidencial del Ayuntamiento de Barcelona. Ofrece información, asesoramiento y orientación a las mujeres en diferentes ámbitos, además de

ofrecer servicios gratuitos de atención psicológica y asesoramiento jurídico (Ajuntament de Barcelona, 2024).

- Teléfono de Atención contra la Violencia Machista: Se trata de un servicio gratuito y confidencial, activo las 24 horas del día, los 365 días del año, que atiende las demandas relacionadas con cualquier situación de violencia contra las mujeres. La línea de atención a las mujeres en situación de violencia es; 900 900 120 y el correo electrónico es; 900900120@gencat.cat (Ajuntament de Barcelona, 2024).

3.4.3.2. Sexualidad

Según Otero y Fondo (2020), la sexualidad es una dimensión determinante para las personas, con implicaciones culturales, políticos, económicos, religiosos, espirituales y biopsicosociales y está vinculada con múltiples aspectos y modula los roles y comportamientos sociales, convirtiéndola así en un objeto de interés para la intervención desde el Trabajo Social.

Según Correa (2021), la Educación Sexual Integral, no se puede llevar a cabo exclusivamente en un programa educativo, a un único curso o a una institución concreta, ya que es esencial que se trate también de un trabajo colaborativo y continuo en el tiempo, en el que la sociedad se vea inmersa. Esto incluye a la familia y a los trabajadores y trabajadoras sociales.

Siguiendo con el mismo autor, desde el Trabajo Social se plantean diferentes actuaciones esenciales en relación con la sexualidad: (Correa, 2021):

- Repercutir en el paso del modelo tradicional y del modelo preventivo al modelo integrador de educación sexual.
- Acabar con la difusión de mitos infundados sobre los efectos de educar en sexualidad a partir de la Educación Infantil.
- Fomentar las intervenciones en las que no se prejuzgue ni encasille a las personas con las que se interviene.
- Hay que destacar el papel del/la Trabajador/a Social como figura de información, apoyo y asesoramiento sexual.

De acuerdo con l'Ajuntament de Barcelona (2021), existen diferentes recursos y servicios dirigidos a la sexualidad en la ciudad de Barcelona:

- Atención a la salud reproductiva:

- Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de los CAP (ASSIR).
- Centre Jove d'Atenció a les Sexualitats (CJAS): servicio de atención específica a adolescentes y jóvenes (chicos y chicas hasta los 25 años). Es gratuito y confidencial. Atienden y acompaña a los jóvenes y su entorno en el proceso de crecimiento para favorecer la vivencia de una sexualidad positiva y responsable.
- Atención a la interrupción voluntaria del embarazo en los Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR).
- Infecciones y Enfermedades de Transmisión sexual:
 - Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de los CAP (ASSIR).
 - Centros de Urgencias de Atención Primaria (para atención urgente de las ITS y ETS).
 - Consultas de ITS y ETS para jóvenes en el CJAS.
- Atención a la salud sexual y reproductiva para jóvenes:
 - Tardes joves dels ASSIR: asesoramiento y atención para jóvenes hasta los 24 años.
 - Consultas de anticoncepción de urgencia, pruebas de embarazo y derivaciones para la interrupción del embarazo – CJAS.

3.4.3.3. Drogodependencias

El Trabajo Social tiene como finalidad erradicar las desigualdades y dar soporte y acompañamiento a todos aquellos colectivos y personas que se encuentran en una situación de riesgo y vulnerabilidad social. Desde siempre, el colectivo drogodependiente ha estado un grupo aislado por la sociedad, lleno de estigmas y con escasa visibilidad, causando uno de los mayores problemas sociales y sanitarios.

Según Mayor (1995), las drogodependencias son consideradas como un objeto propio del ámbito disciplinar y profesional del Trabajo Social, ya que en la intervención sobre ellas desempeña un papel de suma importancia el cambio social. Siguiendo con este autor, el rol del/la trabajador/a social es fundamental para comprender el origen y la forma en que se solucionan las drogodependencias, a la vez que, cómo se ha de intervenir para que nuestras actuaciones sean eficaces para minimizar o erradicar este fenómeno

Según la Generalitat de Catalunya (2024), existen diversos recursos y servicios dirigidos a las drogodependencias:

Figura 3: Recursos de la Red de Atención a las Drogodependencias.



Fuente: Elaboración propia a partir de Generalitat de Catalunya (2024).

- Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CAS): Se trata de centros ambulatorios públicos distribuidos por todo el territorio dirigidos a mayores de 18 años. Recursos asistenciales especializados en el tratamiento de las adicciones centrados a personas con problemas de consumo de sustancias y/0 a sus familias. En caso de que la persona atendida sea menor de edad, se dirigirá al Programa de atención a adolescentes con conductas de consumo de sustancias (Generalitat de Catalunya, 2024).
- Centro/Área de Reducción de Daños (REDAN): Centros o programas dirigidos a consumidores que tienen problemas con las drogas en activo y que no quieren o no se ven actualmente en condiciones de iniciar un tratamiento y persisten en el consumo. El objetivo es reducir al máximo los problemas de salud, tanto física como psicosocial, y así motivar su inicio y vinculación a un tratamiento (Generalitat de Catalunya, 2024).
 - o Calor y café.
 - o Unidades Móviles.
 - o Trabajo de calle.
 - o Espacio de venopunción asistida.
- Hospital de Día/Centros de Día: Recursos educativos y terapéuticos de estancia diurna y continuada, destinados a rehabilitar a personas que consumen

- sustancias psicoactivas. Los usuarios necesitan una intervención integral sobre la conducta adictiva mediante trabajo psicológico, emocional, social y de inserción laboral (Generalitat de Catalunya, 2024).
- Comunidades Terapéuticas: Servicios de acogimiento residencial, con finalidad terapéutica de proporcionar a los usuarios un tratamiento integral. Proporciona acogimiento y atención a la vida comunitaria para facilitar la integración social. El objetivo es conseguir el control y la extinción de las conductas adictivas (Generalitat de Catalunya, 2024).
 - Unidades de Patología Dual: Unidades de ingreso hospitalario de estancia corta para personas diagnosticadas con un trastorno por abuso y/o dependencia de sustancias y trastorno mental grave que, por sus características clínicas, requieren de un tratamiento integral de las dos patologías. Su derivación puede ser desde un CAS, desde un Centro de Salud Mental (CSMA), u otras unidades de hospitalización (Generalitat de Catalunya, 2024).
 - Unidad de Crisis: Centro residencial de corta estancia que ofrece un ingreso rápido e inmediato a usuarios en situación de crisis, asociada al consumo y producida por una combinación de factores de tipo médico, social, psicológico o con todos estos factores a la vez, y que no son atendidos, ni tributados de los servicios de urgencias sanitarias o sociales. Dispone de atención médica y psicológica, la cual facilita durante unos días la contención suficiente a los/las drogodependientes, para que se puedan estabilizar y tomar decisiones sobre su futuro (Generalitat de Catalunya, 2024).
 - Unidades Hospitalarias de Desintoxicación (UHD): Unidades de estancia corta, en la que se atienden a pacientes con dependencia a sustancias psicoactivas que requieren tratamiento en régimen hospitalario siempre que el tratamiento ambulatorio no sea viable. Cuando se le da de alta al paciente, se le deriva al CAS, donde seguirá el proceso terapéutico (Generalitat de Catalunya, 2024).
 - Centros de Integración Social:
 - o Centros de Día.
 - o Pisos terapéuticos: Servicios residenciales de estancia limitada para personas drogodependientes. Facilitan a los usuarios un espacio de convivencia adecuado en el que se abordan aspectos relacionados con la adicción, para conseguir potenciar sus habilidades sociales y hábitos de convivencia, conseguir el mayor grado posible de autonomía personal y conseguir la capacidad de adaptación y manejo del entorno (Generalitat de Catalunya, 2024).

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de la investigación

En este apartado se presenta un breve resumen de la metodología empleada en la investigación:

Tabla 7: Diseño de la investigación.

Investigación-Acción	Indagar sobre si existe una modificación de la percepción de la sexualidad de las mujeres entre 18 y 25 años, bajo el consumo de alcohol, marihuana y cocaína
Finalidad	La finalidad de esta investigación consiste en desarrollar las afectaciones que genera el consumo de alcohol, marihuana y/o cocaína, exponer el impacto de estas sustancias psicoactivas en la sexualidad y comparar la percepción de la sexualidad de las mujeres participantes (de 18 a 25 años), bajo los efectos de estas drogas, y sin su consumo.
Población	42 mujeres entre 20 y 25 años, que han mantenido relaciones sexuales y consumido alcohol, marihuana y/o cocaína
Instrumentos	Desarrollo de una encuesta. La metodología seleccionada para la investigación aplicada es mixta, ya que aparecen elementos cualitativos y cuantitativos: <ul style="list-style-type: none">- Cualitativa: datos medibles/numéricos- Cuantitativa: datos narrativos/opiniones de las participantes

Fuente: Elaboración propia.

4.2. Participantes (muestra):

La investigación está diseñada para mujeres de Barcelona, entre 18 y 25 años, que hayan mantenido relaciones sexuales y consumido alcohol, marihuana y/o cocaína. Con su participación se podrá analizar si la percepción que tienen en torno a la sexualidad se ve modificada bajo los efectos de las sustancias psicoactivas seleccionadas.

Una vez realizada la investigación, hay que destacar que han participado 42 mujeres de Barcelona de 20 a 25 años. Todas ellas destacan haber consumido alguna vez las

drogas planteadas y haber mantenido relaciones sexuales estando bajo los efectos de estas.

4.3. Instrumentos:

En cuanto al tipo de técnica de recogida de datos (instrumentos), he diseñado e implementado una encuesta dirigida a mujeres de Barcelona, entre 18 y 25 años, que hayan mantenido relaciones sexuales y consumido alcohol, marihuana y/o cocaína. Hay que destacar que, la encuesta desarrollada ha sido la misma que se ha aplicado a todas las participantes.

La metodología escogida es mixta (cuantitativa y cualitativa), para que los resultados sean integrales:

- *Cuantitativos:* Dentro de la encuesta, hay diferentes apartados en los que los resultados obtenidos son numéricos y permiten alcanzar un porcentaje más preciso de la investigación planteada.
- *Cualitativos:* Dentro de la encuesta hay diferentes apartados donde las participantes podrán expresar y exponer su opinión acerca de los conceptos de drogas y sexualidad, permitiéndome acercarme más a la parte humana de la investigación

Hay que remarcar que, la encuesta está dividida por diferentes bloques:

- *Información sociodemográfica de la participante:* para obtener información general de la participante. En este caso se les preguntará la edad y orientación sexual.
- *Sexualidad:* para obtener información sobre su situación sexual actual. En este caso se les preguntará si se encuentran en una relación estable y si mantienen relaciones sexuales con esta, o en caso contrario si mantienen relaciones sexuales esporádicas.
- *Consumo de drogas:* para obtener información sobre si han consumido alguna vez alcohol, marihuana y/o cocaína y su frecuencia.
- *Drogas y sexualidad:* para obtener información sobre los efectos que les ha generado las sustancias psicoactivas planteadas en su percepción de la sexualidad.

En el Anexo (punto 9.1 de la investigación), aparece el diseño de la encuesta que se ha realizado y que las participantes han desarrollado, mostrando los diferentes apartados/bloques y opciones de respuesta.

4.4. Aspectos éticos

Para llevar a cabo la investigación, se ha implementado el diseño de una encuesta. Es esencial que las mujeres que participen en esta reciban toda la información antes de realizarla. Por ese motivo, antes de iniciarla, se plantea el consentimiento informado para que las participantes de la encuesta sean informadas sobre el motivo e interés de la investigación, y para que acepten realizar la encuesta planteada, dejando constancia que lo hacen con total voluntad, consciencia y libertad, habiendo obtenido toda la información necesaria para hacerlo.

El inicio del consentimiento informado tiene que dejar constancia de que trata la investigación y por quién está elaborada. Esto permite a las participantes saber cuál es el motivo de esta y los objetivos que se quiere alcanzar.

Seguidamente, hay que dejar constancia que la participación es totalmente voluntaria, y, por lo tanto, se puede interrumpir en cualquier momento. Por otro lado, hay que remarcar que la participación y las respuestas de las participantes será totalmente anónima, es decir, ni la investigadora ni el resto de las participantes conocerán la identidad de quien realizó la encuesta. Seguidamente, se destacará que la información obtenida, será analizada de manera conjunta con las respuestas del resto de participantes, para obtener resultados en torno a los objetivos planteados previamente.

Una vez las participantes hayan leído los términos y condiciones establecidas, decidirán si desean participar en la encuesta. En el caso de aceptar la participación, podrán realizarla, y en el caso de denegarla, deberán abandonar la encuesta.

5. RESULTADOS

La encuesta diseñada, además de tener el consentimiento informado, un apartado donde aparecerá la información sociodemográfica de la participante, y elementos cuantitativos y cualitativos, se divide en tres bloques; sexualidad, consumo de drogas y drogas y sexualidad. Esto permitirá a la investigación obtener resultados por bloques según la temática planteada.

Información Sociodemográfica:

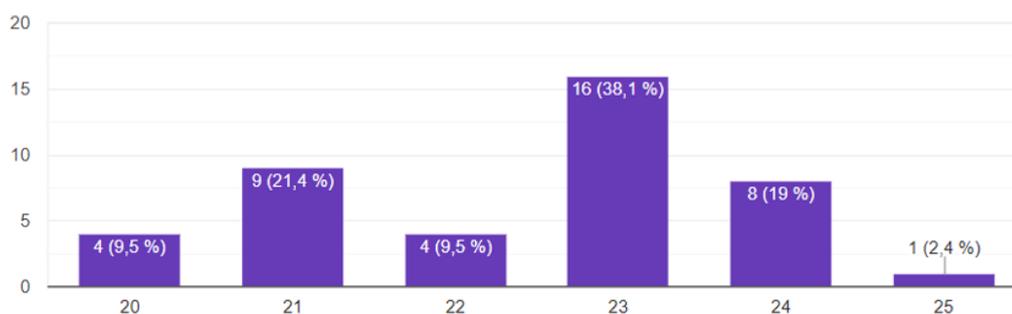
Seguidamente, se entra en el apartado de información sociodemográfica, la cual permitirá obtener datos sobre las características generales de las participantes. En este caso, se les preguntó su edad y orientación sexual, ya que era relevante para la investigación.

La investigación estaba planteada para mujeres de entre 18 y 25 años. Los resultados de la edad de las 42 mujeres que han participado en la encuesta han sido que un 9,5% tiene 20 años, un 21,4% tiene 21 años, un 9,5% tiene 22 años, un 38,1% tiene 23 años, un 19% tiene 24 años y un 2,4% tiene 25 años.

Figura 4: Gráfica 1.

Edad:

42 respuestas



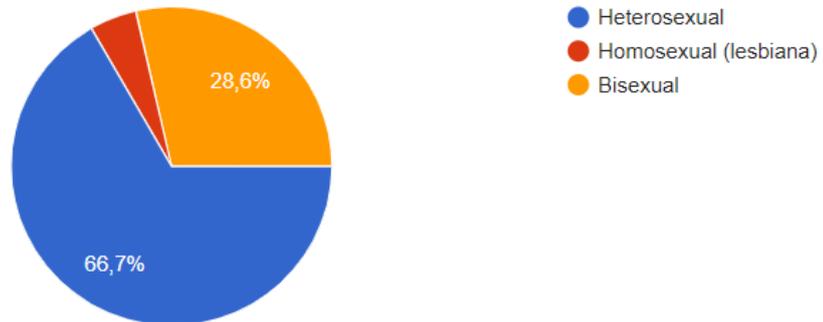
Fuente: Elaboración propia.

A continuación, y siguiendo con el apartado de información demográfica de la participante, se les preguntará sobre su orientación sexual. Se plantean tres opciones de las cuales deberán seleccionar una; heterosexual, homosexual (lesbiana) y bisexual. Un 66,7% de las participantes ha respondido que es homosexual, un 28,6% que es bisexual y un 4,8% que es homosexual (lesbiana).

Figura 5: Gráfica 2.

Orientación sexual

42 respuestas



Fuente: Elaboración propia.

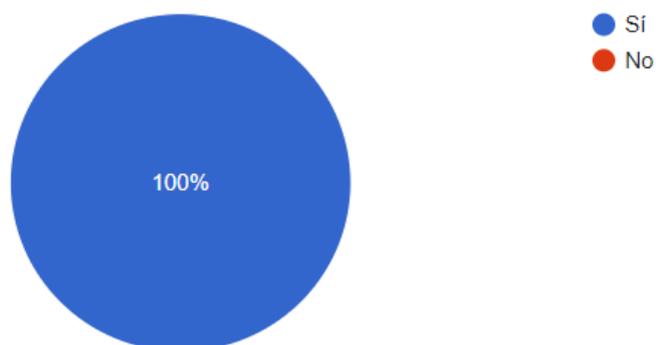
Sexualidad:

Una vez se obtiene información general (demográfica) de las participantes, se entra en el apartado de sexualidad. La primera pregunta planteada de este apartado es si las participantes han mantenido alguna vez relaciones sexuales. En la pregunta se especifica que, en el caso de no haber mantenido relaciones sexuales, deben abandonar el cuestionario. El 100% de las participantes respondió que sí había mantenido relaciones sexuales, es por eso por lo que las 42 mujeres que aceptaron la participación en la encuesta una vez leyeron el consentimiento informado, intervienen en el cuestionario.

Figura 6: Gráfica 3.

¿Alguna vez has mantenido relaciones sexuales? Si la respuesta es "No", abandona el cuestionario

42 respuestas



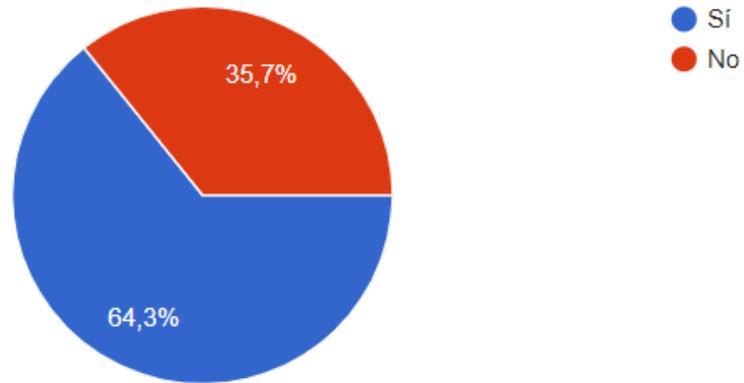
Fuente: Elaboración propia.

A las participantes se les preguntó si se encontraban actualmente en una relación estable, y un 64,3% respondió que sí y un 35,7% que no.

Figura 7: Gráfica 4.

¿Estás actualmente en una relación estable?

42 respuestas



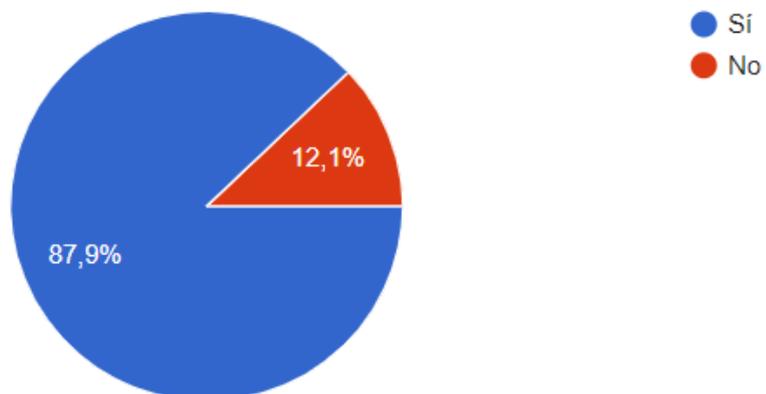
Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, se preguntó si las participantes mantenían relaciones sexuales con su pareja, y un 87,9% respondió que sí, y un 12,1% que no.

Figura 8: Gráfica 5.

¿Mantienes relaciones sexuales con tu pareja?

33 respuestas



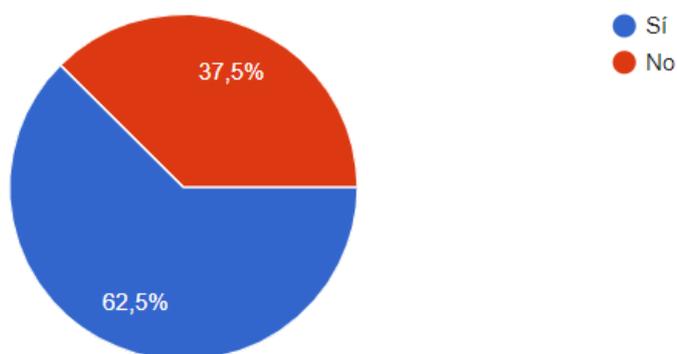
Fuente: Elaboración propia

Finalizando con el apartado de sexualidad, se preguntó si, en caso de no tener actualmente una relación estable, mantenían relaciones sexuales esporádicas, a lo que un 62,5% respondió que sí, y un 37,5% respondió que no.

Figura 9: Gráfica 6.

¿En caso de no tener actualmente una relación estable, mantienes relaciones sexuales esporádicas?

16 respuestas



Fuente: Elaboración propia.

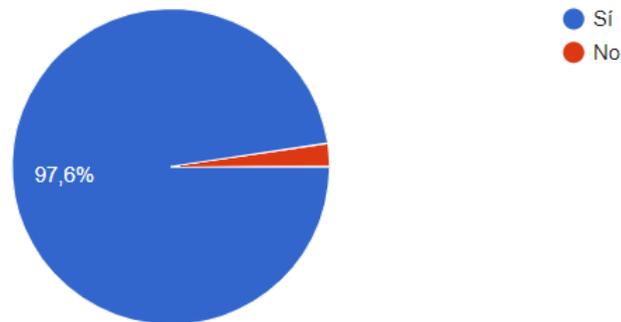
Consumo de drogas:

Una vez se ha obtenido toda la información necesaria sobre el apartado de sexualidad, se entra en el bloque de consumo de drogas. Como la investigación planteada gira en torno al consumo del alcohol, la marihuana y la cocaína, a las participantes se les pregunta si alguna vez han consumido alguna de estas sustancias. Se les deja claro que, si la respuesta es "No", deberán abandonar el cuestionario. Un 97,6% afirma haber consumido alguna vez marihuana, alcohol o cocaína, y un 2,4% no.

Figura 10: Gráfica 7.

¿Alguna vez has consumido marihuana, alcohol o cocaína? Si la respuesta es "No", abandona el cuestionario

42 respuestas



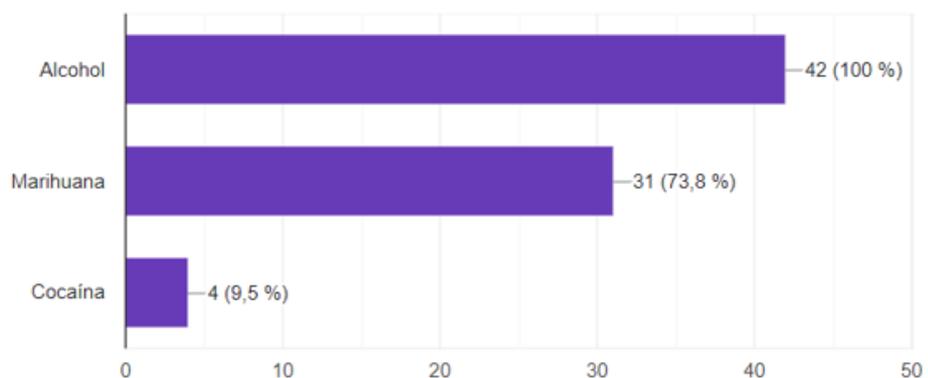
Fuente: Elaboración propia.

Seguidamente, a las participantes se les pregunta que sustancia de las tres planteadas (alcohol/marihuana/cocaína), ha consumido, remarcando que pueden seleccionar más de una opción. El 100% responde haber consumido alguna vez alcohol, el 73,8% marihuana, y el 9,5% cocaína.

Figura 11: Gráfica 8.

Menciona que sustancia has consumido (puedes seleccionar más de una opción)

42 respuestas



Fuente: Elaboración propia.

Una vez se obtiene el porcentaje de sustancias consumidas, se pregunta con qué frecuencia se consumen. Las opciones planteadas son "Nunca", "Ocasionalmente (1-2

veces al mes)”, “Regularmente (1-2 veces a la semana)” y “Frecuentemente (más de 3 veces a la semana)”.

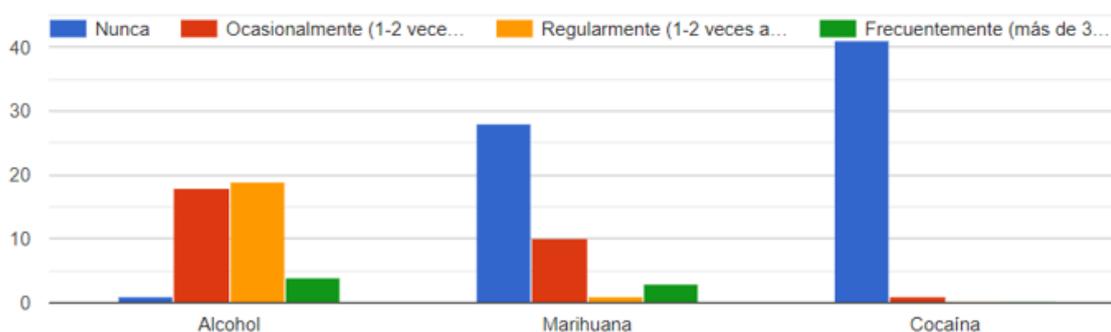
En cuanto al alcohol, un 2,38% responde “Nunca”, un 42,85% “Ocasionalmente”, un 45,24% “Regularmente” y un 9,52% “Frecuentemente”.

Seguidamente, en cuanto a la marihuana, un 66,67% responde “Nunca”, un 23,80% “Ocasionalmente”, un 2,38% “Regularmente” y un 7,14% “Frecuentemente”.

Finalmente, en cuanto a la cocaína, un 97,62% responde “Nunca” y un 2,38% “Ocasionalmente”.

Figura 12: Gráfica 9.

En caso de consumo, con que frecuencia consumes:



Fuente: Elaboración propia

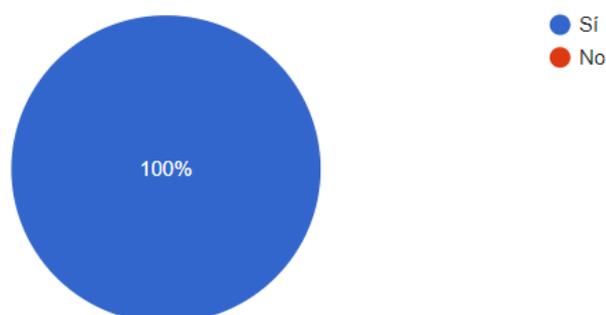
Drogas y sexualidad:

Se deja el apartado de consumo de drogas y el cuestionario se adentra en el último bloque que es el de drogas y sexualidad. La primera pregunta del apartado es si las participantes han mantenido alguna vez relaciones sexuales sin estar bajo los efectos del alcohol, marihuana o cocaína, y el 100% respondió que sí.

Figura 13: Gráfica 10.

Has mantenido relaciones sexuales sin estar bajo los efectos del alcohol, marihuana o cocaína?

41 respuestas



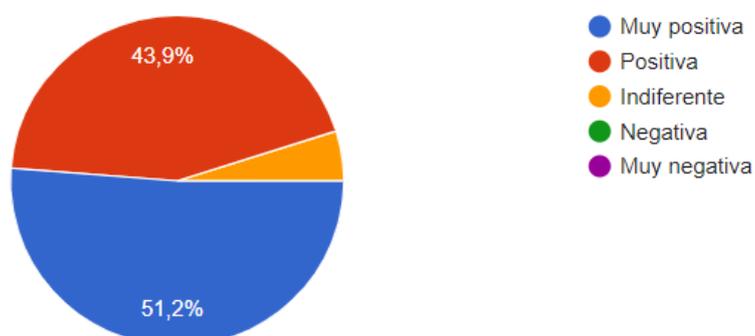
Fuente: Elaboración propia.

Seguidamente, se les preguntaba cuál era su percepción de la sexualidad sin estar bajo los efectos de las drogas planteadas, planteándoles cuatro opciones; muy positiva, positiva, indiferente, negativa y muy negativa. Un 51,2% respondió "Muy positiva", un 43,9% "Positiva" y un 4,9% "Indiferente".

Figura 14: Gráfica 11.

¿Cómo describirías tu percepción de la sexualidad sin estar bajo los efectos de estas drogas?

41 respuestas



Fuente: Elaboración propia.

Una vez se obtienen los resultados de la percepción de la sexualidad de las participantes sin estar bajo los efectos del alcohol, marihuana y cocaína, se les plantea desarrollar

una breve descripción de su percepción de la sexualidad cuando están sin los efectos de estas drogas. En este apartado se obtienen diferentes resultados cualitativos con distintos puntos de vista.

Por un lado, diferentes participantes describen que, al no estar bajo los efectos de ninguna sustancia, se sienten más expuestas provocando que no disfruten al máximo del encuentro sexual. Además, también remarcan que hay falta de educación sexual en los hombres, lo cual provoca que no se sientan satisfechas:

- *“Lo disfruto menos porque me siento más expuesta a todo, ya que soy consciente al 100% de todo lo que está pasando”.*
- *“Falta educación sexual en los hombres, lo que impide que me sienta plenamente satisfecha”.*

Otras participantes mencionan que se sienten cómodas con aquellas personas que les transmiten confianza, ya que se trata de un momento muy íntimo. Destacan que también depende de la importancia y del lugar que te den:

- *“Depende de la persona o personas, de la importancia y lugar que te den”.*
- *“Es positiva porque tengo pareja desde hace muchos años y nos conocemos muy bien en aspectos de sexualidad”.*
- *“Positiva, a veces me da un poco de vergüenza según qué cosas, pero al estar en una relación estable se genera confianza muy rápido”.*
- *“Para mí es un ámbito muy íntimo en el que me siento cómoda, con pocas personas, las cuales deben transmitirme mucha confianza para sentirme a gusto y disfrutar del encuentro sexual”.*

Por otro lado, otras mujeres participantes de la encuesta destacan que la sexualidad sin estar bajo los efectos del alcohol, marihuana o cocaína es más placentera, bonita y positiva:

- *“Mucho más desinhibida”.*
- *“Muy positiva, conexión y complicidad”.*
- *“Un momento de disfrute”.*
- *“Más amor/ personal y no tanto por buscar el placer propio de cinco minutos”.*
- *“Intensa y bonita a partes iguales”.*
- *“Exploración sensorial muy íntima, sensible y agradable”.*

Finalmente, otra parte de las participantes destacan la conciencia en la percepción de la sexualidad sin estar bajo los efectos de estas drogas. Remarcan que el hecho de no haber consumido permite que seas más consciente de lo que está sucediendo y que,

por lo tanto, las decisiones que tomas son desde la plena consciencia y por qué apetecen:

- *“Tienes plena consciencia de lo que está pasando. No tienes ninguna alteración en los sentidos”.*
- *“Percepción de la realidad muy distinta y mucha consciencia”.*
- *“Más consciente”.*
- *“Control de la situación”.*
- *“Placentera, estable y consciente, sé más lo que quiero y me apetece hacer”.*

Una vez obtenida esta información, se pregunta específicamente por cada sustancia planteada:

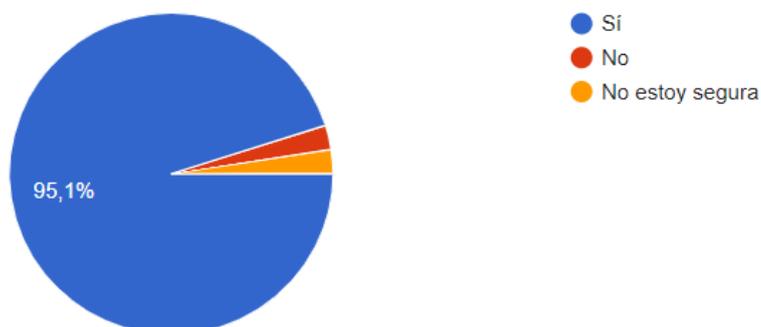
Alcohol:

Primeramente, se pregunta si han mantenido relaciones sexuales mientras estaban bajo la influencia del alcohol. Las opciones planteadas son; “Sí”, “No” y “No estoy segura”. De las mujeres encuestadas, un 95,1% ha respondido “Sí”, un 2,4% ha respondido “No” y un 2,4% ha respondido “No estoy segura”.

Figura 15: Gráfica 12.

¿Has mantenido relaciones sexuales mientras estabas bajo la influencia del alcohol?

41 respuestas



Fuente: Elaboración propia.

Las participantes que han mantenido relaciones sexuales estando bajo los efectos del alcohol, se les plantea que expresen las diferencias que han notado en sus experiencias sexuales cuando están bajo los efectos del alcohol, en comparación con cuando están sobrias.

Por un lado, algunas participantes mencionan que el alcohol las desinhibe más, provocando que tengan menos vergüenza, que tengan relaciones sexuales más intensas y alocadas, que prueben cosas nuevas y que tengan más confianza en sí mismas (seguridad), causando que los pensamientos intrusivos y complejos desaparezcan:

- *“Te desinhibes más, es un sexo más guarro no piensas lo que haces ni lo que hace la otra persona. Estando sobria, hay más pensamientos intrusivos (¿me está gustando, me estará gustando...?) borracha, todo está bien y casi todo gusta”.*
- *“Todo parece ser buena idea y dejas que tengan más poder sobre tu cuerpo”.*
- *“Más seguridad y atrevimiento”.*
- *“Te desinhibes con mayor facilidad”.*
- *“Mucho más “libre”, las situaciones o cosas que me podían dar vergüenza ya no me dan. Pruebo cosas nuevas, tengo más confianza en mí misma.”.*
- *“Más cómoda”.*
- *“Más seguridad y desinhibición”*
- *“Me dejo llevar mucho más, pienso menos en las consecuencias de mis actos y en cierta manera pierdo la vergüenza o los complejos que pueda tener cuando no he consumido alcohol”.*
- *“No tienes ningún tipo de apuro ni vergüenza y eso conlleva dejarte llevar más de lo habitual”.*
- *“Pienso que cuando estás influenciada por el alcohol al mejor no tienes tanta vergüenza o no estás tan pendiente de todo, es decir, sientes más que todo te da igual y eso te deja fluir mejor y ser tú misma”.*
- *“En comparación, estoy más despreocupada y susceptible a querer iniciar una relación sexual”*

Por otro lado, diferentes participantes mencionan que al haber consumido alcohol tienen más dificultades para llegar al orgasmo:

- *“Noto más deseo sexual pero más impotencia para llegar al orgasmo”.*
- *“La verdad es que ninguna... quizás te diría que con el alcohol me dejo llevar más y que me cuesta más llegar al orgasmo”.*

Otras participantes destacan que el hecho de mantener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol les causa tener menos control y ser menos conscientes de lo que está sucediendo y de sus actos:

- *“A veces la mañana siguiente no recuerdo algunas cosas, pero con alcohol me noto más inhibida y sexual”.*
- *“El ser menos consciente”*
- *“Menos consciencia”*
- *“Tengo menos control de la situación y pienso menos en lo que hago”*
- *“No eres tan consciente de lo que haces, es todo más intenso”*

Finalmente, hay mujeres que han respondido que no encuentran diferencias en sus encuentros sexuales estando sobrias en comparación a cuando se encuentran bajo los efectos del alcohol:

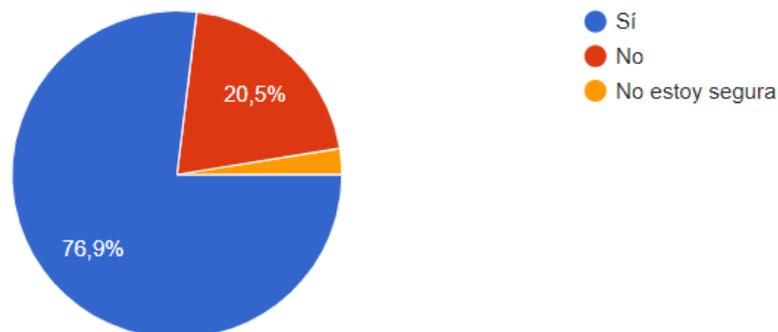
- *“Ninguna, un poco más mareada”*

Por otro lado, se les preguntaba si han notado cambios en la percepción de la sexualidad al consumir alcohol. Las opciones planteadas son; “Sí”, “No” y “No estoy segura”. De las mujeres encuestadas, un 76,9% % ha respondido “Sí”, un 20,5% ha respondido “No” y un 2,6% ha respondido “No estoy segura”.

Figura 16. Gráfica 13.

¿Has notado cambios en tu percepción de la sexualidad cuando consumes alcohol?

39 respuestas



Fuente: Elaboración propia.

Las participantes que han respondido que sí han notado cambios en la percepción de la sexualidad al consumir alcohol, se les plantea que enumeren brevemente los cambios de la percepción de la sexualidad que sienten al consumir esta sustancia.

Por un lado, algunas participantes mencionan que las inseguridades que tienen se esfuman y que eso les genera más confianza y menos vergüenza:

- *“Segura de mí misma”.*
- *“Me siento más libre”*
- *“Estoy más pre disponible”*
- *“Al no ser consciente, actúas sin pensar en las posibles inseguridades que tienes”*
- *“Con menos preocupaciones, menos obsesionada en pensar que a mi pareja le puede estar “aburriendo” buscar mi placer”.*

Aun así, otras participantes destacan que, aunque el consumo del alcohol les haga estar más desinhibidas y sin vergüenza, los efectos de esta sustancia les hace actuar sin pensar con claridad y sin ser conscientes de lo que está sucediendo:

- *“Tienes menos vergüenza y menos consciencia de lo que haces también”.*
- *“Más ganas, pero menos control de la situación”*
- *“No soy consciente del tiempo”.*
- *“Sientes más necesidad de tener relaciones, pero a veces no piensas con claridad”.*

Seguidamente, otras participantes destacan que el consumo del alcohol les hace estar más desinhibidas y excitadas, aumentando su deseo sexual y dando lugar a la experimentación.

- *“Experimentar más”.*
- *“Todo me pone más cachonda”.*
- *“Más sexual y atrevida”.*
- *“Hay más deseo sexual”.*
- *“Más excitación”.*
- *“Más intensidad”.*

Por otro lado, otras participantes destacan que, al estar más desinhibidas, les causa que disfruten más del momento y que no se sientan juzgadas por lo que dicen o hacen:

- *“Más cómoda, más segura. Menos miedo de lo que va a pensar la gente”.*
- *“Menos pudor, más disfrute del momento”*

Finalmente, otras participantes destacan que, al estar bajo los efectos del alcohol, las relaciones sexuales las dejan de ver como un acto de amor, si no que se basa en un hecho basado en el placer:

- *“No lo veo como un acto bonito de amor sino como quiero saciar mi placer ya”.*
- *“Más instintivo”.*

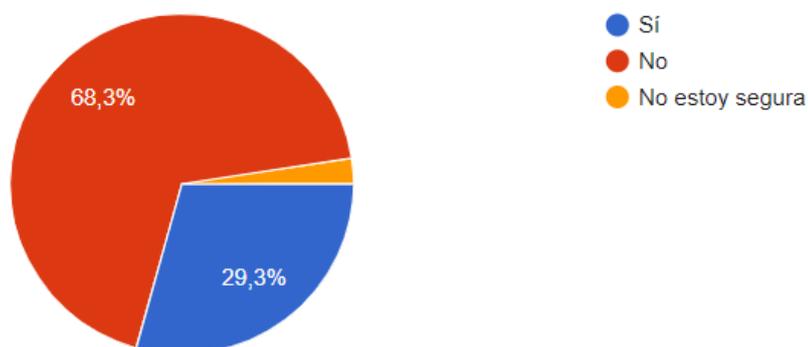
Marihuana:

En segundo se formulan las mismas preguntas, pero con la marihuana. Se pregunta si han mantenido relaciones sexuales mientras estaban bajo la influencia de la marihuana. Las opciones planteadas son; "Sí", "No" y "No estoy segura". De las mujeres encuestadas, un 68,3% ha respondido "No", un 29,3% ha respondido "Sí", y un 2,4% ha respondido "No estoy segura".

Figura 17. Gráfica 14.

¿Has mantenido relaciones sexuales mientras estabas bajo la influencia del marihuana?

41 respuestas



Fuente: Elaboración propia.

Las participantes que han mantenido relaciones sexuales estando bajo los efectos de la marihuana, se les plantea que expresen las diferencias que han notado en sus experiencias sexuales cuando están bajo los efectos de la marihuana, en comparación con cuando no lo están.

Por un lado, hay participantes que lo describen como una situación increíble y perfecta, ya que se sienten más relajadas, sensuales y sensibles:

- *“En mi experiencia es todo más tranquilo, hay más sensualidad, es como que los sentidos se multiplican y se disfruta más de un sexo lento y delicado. Sobria se hace igual, pero no tienes esas sensaciones tan sensibles”.*
- *“Estoy más relajada y sensorialmente notas una mejoría a no estar bajo la influencia del THC”*
- *“Todo se idealiza, todo es perfecto”.*

- *“Es una experiencia donde noto mucho más la sensibilidad y la calificaría como increíble”.*
- *“Más sensibilidad y me noto menos tensa”.*
- *“Más excitada”*

Por otro lado, otras participaron la comparan con los efectos que sienten cuando mantienen relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol:

- *“Parecido al alcohol, mi mente se evade y no pienso en otra cosa que en disfrutar del momento”.*
- *“Lo mismo que con el alcohol”.*

Finalmente, el resto de las participantes menciona que al estar bajo los efectos de la marihuana durante las relaciones sexuales les provoca que al día siguiente no se acuerden con claridad del encuentro sexual. Además, destacan que durante las relaciones sexuales están más pedidas y no se sienten del todo relajadas y mentalmente les supone una dificultad:

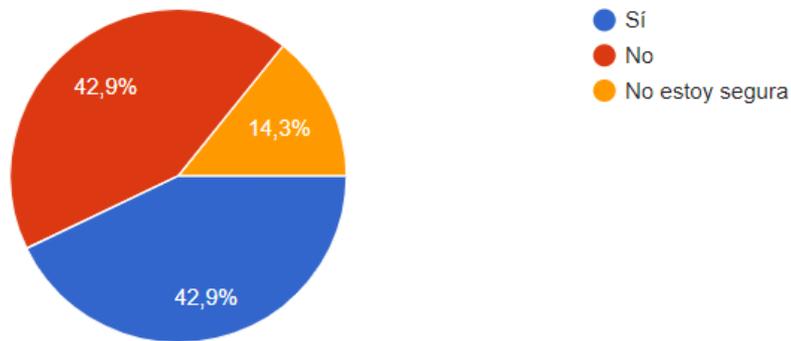
- *“Mentalmente dificultoso”.*
- *“Se siente más, pero a la vez estoy más perdida”.*
- *“A veces, a la mañana siguiente no recuerdo algunas cosas”.*

Por otro lado, se les preguntaba si han notado cambios en la percepción de la sexualidad al consumir marihuana. Las opciones planteadas son; “Sí”, “No” y “No estoy segura”. De las mujeres encuestadas, un 42,9% % ha respondido “Sí”, un 42,9% ha respondido “No” y un 14,3% ha respondido “No estoy segura”.

Figura 18. Gráfica 15.

¿Has notado cambios en tu percepción de la sexualidad cuando consumes marihuana?

21 respuestas



Fuente: Elaboración propia.

Las participantes que han respondido que sí han notado cambios en la percepción de la sexualidad al consumir marihuana, se les plantea que enumeren brevemente los cambios de la percepción de la sexualidad que sienten al consumir esta sustancia.

Por un lado, hay participantes que han hecho una comparativa con el alcohol, destacando que no hay inseguridades, y que es una situación idílica que facilita el alcance del clímax:

- *“Todo es perfecto y no existen las inseguridades”.*
- *“Mucha más sensibilidad y disfrute”*
- *“Lo mismo que con el alcohol”*
- *“Aunque he consumido pocas veces marihuana, los cambios de la percepción de la sexualidad que siento al consumirla son similares a cuando he consumido alcohol”.*
- *“Más facilidad para conseguir un orgasmo”*

Por otro lado, otras participantes destacan que el consumo de esta sustancia les hace que se distorsione la realidad y que no sean conscientes de esta:

- *“No estar presente”.*
- *“Todo va más lento”.*

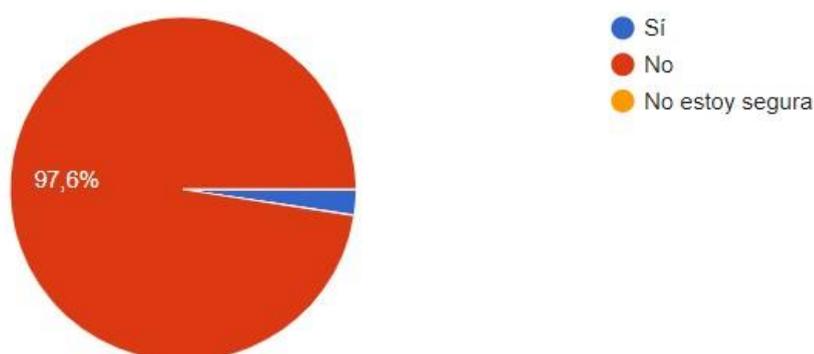
Cocaína:

Finalmente, se formulan las mismas preguntas, pero con la cocaína. Se pregunta si han mantenido relaciones sexuales mientras estaban bajo la influencia de la cocaína. Las opciones planteadas son; "Sí", "No" y "No estoy segura". De las mujeres encuestadas, un 97,6% ha respondido "No", y un 2,4% ha respondido "Sí".

Figura 19. Gráfica 16.

¿Has mantenido relaciones sexuales mientras estabas bajo la influencia de la cocaína?

41 respuestas



Fuente: Elaboración propia.

Las participantes que han mantenido relaciones sexuales estando bajo los efectos de la cocaína, se les plantea que expresen las diferencias que han notado en sus experiencias sexuales cuando están bajo los efectos de la cocaína, en comparación con cuando no lo están.

En este caso, únicamente una participante de la encuesta ha mantenido relaciones sexuales estando bajo los efectos de la cocaína. Expresa que, habiendo consumido cocaína, las relaciones sexuales realizadas se convierten en un hecho más performativo en la que estás más pendiente de lo que le muestras a la otra persona que en tus propias sensaciones en ese momento:

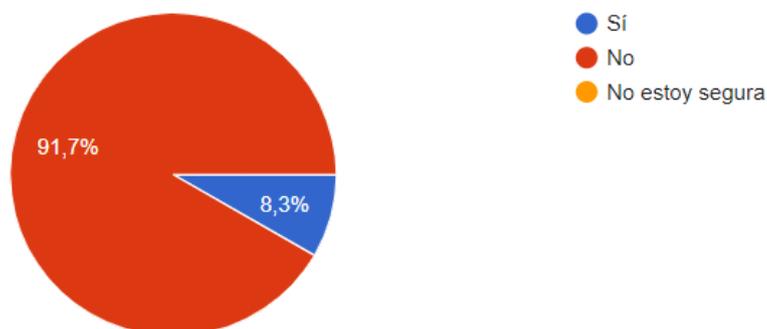
- *“Yo personalmente estaba más pendiente de lo que mostraba en vez de lo que sentía, era más "performático" de pensar vaya "polvazo" en vez de sentirlo. No sentía tanta conexión como cuando se folla sin haber consumido cocaína”.*

Por otro lado, se les preguntaba si han notado cambios en la percepción de la sexualidad al consumir cocaína. Las opciones planteadas son; “Sí”, “No” y “No estoy segura”. De las mujeres encuestadas, un 91,7% % ha respondido “No” y un 8,3% ha respondido “Sí”.

Figura 20. Gráfica 17.

¿Has notado cambios en tu percepción de la sexualidad cuando consumes cocaína?

12 respuestas



Fuente: Elaboración propia.

Las participantes que han respondido que sí han notado cambios en la percepción de la sexualidad al consumir cocaína, se les plantea que enumeren brevemente los cambios de la percepción de la sexualidad que sienten al consumir esta sustancia.

En este caso, únicamente ha respondido una participante, ha destacado que no sabría exactamente como describir los cambios de la percepción de la sexualidad que ha sentido al consumir esta sustancia, pero que lo relacionaría con una muestra de poder:

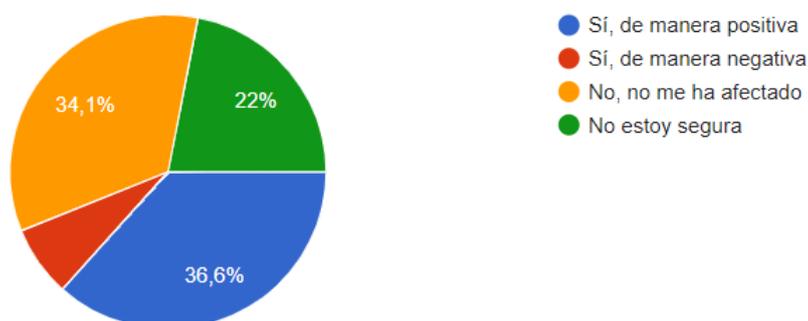
- *“No sé cómo explicarlo demasiado bien, era una muestra de poder”.*

A continuación, se les pregunta a las encuestadas si creen que el consumo de estas sustancias (la que consuman o hayan consumido) ha afectado a sus relaciones sexuales de alguna manera. Las opciones planteadas son; “Sí, de manera positiva”, “Sí, de manera negativa”, “No, no me ha afectado” y “No estoy segura”. De las mujeres encuestadas, un 36,6% ha respondido “Sí, de manera positiva”, un 34,1% ha respondido “No, no me ha afectado”, un 22% ha respondido “No estoy segura”, y un 7,3% “Sí de manera negativa”.

Figura 21. Gráfica 18.

¿Crees que el consumo de estas sustancias (la que consumas o hayas consumido) ha afectado a tus relaciones sexuales de alguna manera?

41 respuestas



Fuente: Elaboración propia.

Las participantes que en la respuesta anterior han seleccionado la opción de "Sí, de manera positiva" o "Sí, de manera negativa", se les plantea que mencionen en que aspectos específicos creen que estas sustancias les han afectado a sus relaciones sexuales

Por un lado, hay participantes que mencionan que el consumo de estas sustancias les ha afectado de forma positiva a sus relaciones sexuales. Expresan que estas drogas les han provocado más desinhibición y soltura a la hora de mantener relaciones sexuales. El efecto de estas drogas les ha generado que se dejen llevar y disfrutar más del encuentro, aun así, destacan que las relaciones sexuales son más carnales:

- *"Al ser más fácil desinhibirte pruebas cosas nuevas, te atreves más a hacer o dejarte hacer y en ese momento tienes un subidón de autoestima tremenda que aun siendo momentáneo ese ratito ha sido para ti."*
- *"Me han permitido disfrutar más el momento y no estar pensando en otras cosas (relacionadas o no con el encuentro sexual)".*
- *"Dejarme llevar".*
- *"Diría que, de manera positiva por mi personalidad, porque me ha ayudado a dejarme llevar y no pensar tanto en lo que puede pensar la otra persona sobre mi cuerpo o lo que puedo llegar a pensar yo".*
- *"Tener relaciones sexuales más carnales".*

Por otro lado, otras participantes mencionan que estas sustancias les han afectado de manera negativa, ya que a causa de su consumo han mantenido relaciones sexuales que realmente no querían y las decisiones tomadas no eran racionales:

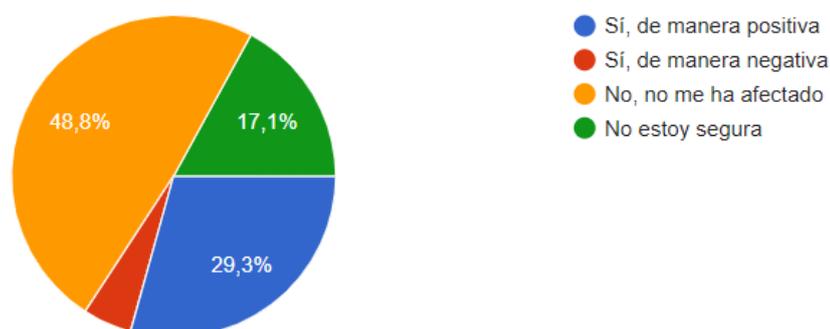
- *“Hay veces que he mantenido relaciones sexuales con gente que en realidad no quería”.*
- *“A ser menos racional”.*

Por otro lado, se les pregunta si consideran que el consumo de estas sustancias ha modificado la percepción que tienen de sí mismas a la hora de mantener relaciones sexuales. Las opciones planteadas son; “Sí, de manera positiva”, “Sí, de manera negativa”, “No, no me ha afectado” y “No estoy segura”. De las mujeres encuestadas, un 48,8% ha respondido “No, no me ha afectado”, un 29,3% ha respondido “Sí, de manera positiva”, un 17,1% ha respondido “No estoy segura”, y un 4,9% ha respondido “Sí, de manera negativa”.

Figura 22. Gráfica 19.

¿Consideras que el consumo de estas sustancias ha modificado la percepción que tienes de ti misma a la hora de mantener relaciones sexuales?

41 respuestas



Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de las participantes describen que el efecto que les ha generado las drogas en la percepción que tienen sobre sí mismas es positiva, ya que se sienten más seguras y atrevidas, lo cual les provoca que puedan experimentar más durante las relaciones sexuales. También destacan que ponen en el centro su satisfacción y no la de los otros/as:

- *“Me percibo más sexual, más empiédrala, atrevida a probar cosas nuevas, a tener iniciativa en prácticas sexuales”.*
- *“Me siento más segura de mí misma, no cuestiono todo lo que hago y me siento más sexual”*
- *“ Me ha ayudado a dejarme llevar y esto me ha servido para darme cuenta de que puedo hacer más y disfrutar más de lo que me pensaba”.*
- *“He podido descubrir otros aspectos de la sexualidad con más predisposición”.*
- *“Adrenalina”*
- *“Actuar con más seguridad”*
- *“Me ha hecho estar más despreocupada por mi pareja sexual y céntrame más en mi satisfacción”:*

Por otro lado, otras participantes lo ven como algo negativo, ya que destacan que cuando los efectos de estas sustancias se van, aparecen de nuevo sus inseguridades. También hay que destacar una reflexión desarrollada por las participantes, y es que destacan que, aunque se sientan mejor consigo mismas, la percepción que tienen de sí mismas es negativa, ya que tienen claro que consumir drogas es negativo:

- *“Me siento mejor, pero no creo que deba sentirme mejor conmigo misma por consumir, por lo que para mí es negativo”.*
- *“Como he dicho antes, cuando estás bajo estos efectos no te importa tanto que piensen de ti, ya que no lo piensas, simplemente fluyes. Entonces, cuando estos efectos no están, pueden entrar más inseguridades”.*

Finalmente, para concluir con la encuesta, se les pregunta a las participantes que percepción tienen sobre lo que ha sucedido (relación sexual), una vez ya no se encuentran bajo los efectos de estas sustancias.

Por un lado, hay participantes que destacan que su percepción de lo que ha sucedido una vez ya no se encuentran bajo los efectos de estas sustancias es positiva, ya que, aunque hayan actuado de una manera distinta a como lo harían estando sobrias, se identifican con sus actos y decisiones.

- *“Positiva”.*
- *“En mi caso soy completamente consciente cuando sucede, después de que pasen los efectos mantengo la misma percepción de lo sucedido”.*
- *“No me arrepiento porque era otra yo, pero que identifico”.*

Por un lado, hay participantes que destacan que su percepción de lo que ha sucedido una vez ya no se encuentran bajo los efectos de estas sustancias es negativa, ya que sienten vergüenza de lo que han podido decir y/o hacer, y por qué el haber disfrutado en exceso de las relaciones sexuales estando bajo los efectos de las drogas, les hace pensar que no van a poder disfrutar del sexo estando sobrias:

- *“Tenía miedo a que no me gustara tanto sin efectos de las drogas, pero me sigue gustando, simplemente es diferente”.*
- *“La verdad es que a veces he sentido vergüenza de cosas de lo que he podido hacer o decir durante las relaciones sexuales”.*
- *“Mal”.*

Para concluir, otras participantes destacan que depende de la situación se pueden llegar a sentir bien o mal:

- *“Depende, como que todo te da más igual, puedes llegar a cuestionarte tanto las prácticas sexuales, la persona o el lugar. A veces sale bien, ya que te “envalentonas” y haces aquello que sobria no te atreves y otras te das cuenta de que la has cagado”.*
- *“Depende, hay veces que me siento mal y otras que me siento igual o bien”.*

6. DISCUSIÓN

Tanto en el marco teórico como en la investigación realizada, se ha indagado sobre el consumo de sustancias psicoactivas, la sexualidad de las mujeres, y sobre como la percepción de la sexualidad de estas puede verse modificada a causa del consumo de alcohol, marihuana y cocaína.

Como se ha observado en los resultados obtenidos, en la actualidad el consumo de drogas sigue siendo una problemática presente en la sociedad. Esta problemática siempre ha existido, pero según Gallego (2019), en los años 60-70 fue cuando se empezó a expandir por nuestro país, y no fue hasta el siglo XX que la población empezó a tomar consciencia de este aumento y problemática.

Aunque existen muchos tipos de sustancias psicoactivas, nuestra investigación se ha centrado en tres; el alcohol, la marihuana y la cocaína, ya que cada una de estas forma parte de una clasificación distinta, y, por lo tanto, podemos obtener resultados más completos. Según de Zaragoza (2002), el alcohol es una sustancia depresora del Sistema Nervioso Central (SNC), ya que enlentece el funcionamiento del SNC, la

marihuana es una sustancia Psicodélica o Alucinógena, ya que distorsiona a la percepción, y la cocaína es una sustancia estimulante del SNC, ya que acelera el funcionamiento del cerebro.

Durante el desarrollo de nuestra investigación, se observa que todas las participantes, exceptuando una, han consumido alguna vez las sustancias psicoactivas nombradas. Es esencial remarcar que, además de haberlas consumido, también han mantenido relaciones sexuales estando bajo sus efectos. Los resultados indican que la percepción de la sexualidad de las mujeres mientras han estado bajo la influencia de alcohol, marihuana y cocaína, en comparación a cuando no lo han estado, se ha visto modificada. Las participantes destacan que cuando se encuentran bajo los efectos de estas sustancias psicoactivas viven y sienten con mucha más seguridad y desinhibición las relaciones sexuales. En cuanto a la percepción de sí mismas, sienten mucha más seguridad y atrevimiento con ellas y con su cuerpo, a la vez que se sienten más libres a la hora de actuar, ya que no se sienten prejuizadas ni vergüenza. Consideran que, con el consumo de estas sustancias, pueden llegar a sentir con más intensidad todo lo que está pasando y experimentar más apetito sexual (su deseo y placer). Esta creencia de que con el consumo de estas sustancias psicoactivas se consigue aumentar el deseo y placer, concuerda con la investigación realizada durante el desarrollo del marco teórico, ya que, según Diehlet al. (2014), hay una búsqueda incesante, especialmente entre adolescentes y adultos jóvenes, por sustancias psicoactivas capaces de aumentar la libido y el placer, de facilitar una aproximación entre las personas, prolongar el orgasmo y ayudar a la erección.

Es esencial que se rompa con este mito, ya que el consumo de drogas no beneficia las relaciones sexuales, sino que genera efectos negativos y perjudiciales en la salud sexual y reproductiva y en las dificultades para alcanzar el orgasmo. Es por eso por lo que hay destacar que, aunque muchas de las participantes de la investigación destacan que los efectos de estas drogas logran que desaparezcan sus complejos y que aumente su deseo, remarcan que tienen más dificultades para alcanzar el orgasmo. Los resultados obtenidos en nuestra investigación coinciden con la información alcanzada previamente en el marco teórico, ya que, según Diputación de Alicante (2012), está bastante extendido el falso mito de que el consumo de alcohol u otras drogas facilita las relaciones sexuales y potencia el placer sexual, por más que carezca de una base científica que lo justifique. El consumo de alcohol u otras drogas, tiene a largo plazo un efecto negativo en la actividad sexual, afectando al ciclo: DESEO → EXCITACIÓN → ORGASMO

Las sustancias psicoactivas planteadas, generan efectos distintos en las mujeres y en su sexualidad, aun así, es esencial remarcar que también pueden generar afectaciones parecidas entre ellas.

En cuanto a nuestra investigación, se observa como el alcohol provoca que las mujeres sientan más seguridad y atrevimiento, causando que se desinhiban más durante las relaciones sexuales. Cuanto a la percepción sobre sí mismas, las mujeres destacan que los efectos del alcohol les provoca que no se sientan juzgadas por los demás, sintiendo la libertad de probar cosas nuevas y de decir y hacer todo aquello que les apetece. El hecho de dejar los prejuicios a un lado provoca que se sientan con más seguridad y, por lo tanto, dejar los complejos que tienen cuando están sobrias. Estas respuestas nos muestran que el alcohol no es el que les genera el deseo sexual, sino que les provoca que se desinhiban y que no se sientan juzgadas. Por otro lado, hay que destacar que, las participantes de la investigación destacan que, aunque se sientan más excitadas, tienen más dificultades para alcanzar el clímax si han ingerido alcohol previamente. Esto concuerda con la información obtenida en la búsqueda de artículos científicos, ya que según Frago y Sáez (2012), aparentemente, cuando las mujeres consumen alcohol, experimentan que hay un aumento del deseo y de la excitación sexual, ya que se sienten más desinhibidas, aun así, es importante remarcar que el deseo sexual antes del consumo ya es existente, pero a partir de la ingesta de esta sustancia se hace más perceptible. El consumo de alcohol tiene impactos negativos en la mujer, como dificultades para culminar (alcanzar el *climax*, el orgasmo), sienten más dolores a la hora de tener relaciones sexuales, aparición de desinterés y reducción de la excitación e impulso sexual.

Por otro lado, se observa como la marihuana provoca que las mujeres se sientan más relajadas y, por lo tanto, vivan las relaciones sexuales con más sensibilidad y excitación. Los resultados obtenidos no concuerdan con la información obtenida en el desarrollo del marco teórico, ya que según Diputación de Alicante (2012), las investigaciones científicas confirman que el uso crónico de marihuana/cannabis se relaciona con la disminución del apetito sexual, sin que avalen los supuestos efectos afrodisíacos que señalan algunos consumidores. Además, según Frago y Sáez (2012), el consumo de marihuana en las mujeres reduce la lubricación vaginal provocando un aumento del dolor en el acto sexual, disminución de la fertilidad, disminución de ciclos menstruales y aparición de ciclos menstruales sin ovulación. En este caso, nuestra investigación no concuerda con la información obtenida en el marco teórico, ya que las participantes de la investigación consideran que mantener relaciones sexuales estando bajo los efectos

de la marihuana es una experiencia perfecta e idílica, donde todo es mucho más sensible y, por lo tanto, se llega al orgasmo con mucha más facilidad.

En general, la investigación muestra el mito generalizado y la falta de información que existe en torno a la sexualidad y el consumo de drogas. La mayoría de las participantes de nuestra investigación destacan que el consumo de sustancias psicoactivas genera beneficios en sus relaciones sexuales, provocando una mejora en estas y en su placer. Esto concuerda con información obtenida durante el desarrollo del marco teórico, ya que según García (2020) hay un falso mito sobre los beneficios eróticos (efectos afrodisíacos) que genera la droga en la actividad sexual. Hay mucha falta de información en torno a esta problemática, ya que la realidad va mucho más allá. El hecho de consumir drogas antes o durante la actividad sexual no implica una mejora de las relaciones ni del alcance del placer, no existe ninguna certeza que garantice que ninguna droga, excepto algunas hormonas masculinas en mujeres, tenga efectos beneficiosos para la sexualidad, al contrario, ya que estas pueden causar daños cerebrales irreversibles, lejos de ser beneficioso. La confluencia entre el consumo de drogas y la actividad sexual puede llevar a la práctica de conductas de riesgo, incrementando la posibilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS), embarazos no deseados o pérdida de consciencia y control de nuestro cuerpo y mente. Para concluir, en la investigación se ha podido observar como las participantes destacan también los efectos negativos del consumo del alcohol, marihuana y cocaína. Aunque destaquen que estas sustancias psicoactivas provocan un aumento en su placer y seguridad, también son conscientes de sus efectos negativos. Destacan que sienten una pérdida de control de su cuerpo y mente, ya que durante las relaciones sexuales son menos conscientes de lo que hacen, tienen menos control de la situación y del tiempo, se sienten más perdidas, en ocasiones cuando desaparecen los efectos no recuerdan que es lo que ha sucedido y no están centradas en lo que realmente está sucediendo. Esto concuerda con la información obtenida en el desarrollo del marco teórico, ya que, de acuerdo con Pérez y Martínez (2007), desde una perspectiva de la corporalidad, el consumo de drogas puede ser considerado como una práctica que implica un proceso de transformación subjetiva-corporal al comportar una peculiar forma de relacionarse con el propio cuerpo. Esto quiere decir que cuando te encuentras bajo los efectos de las drogas puede haber cambios en la forma en que una persona se percibe y se relaciona con su propio cuerpo, generando efectos negativos como dificultades a la hora de comunicarnos con claridad, expresar nuestro consentimiento, experimentar experiencias de riesgo...

7. CONCLUSIONES

Nuestra investigación parte de tres objetivos; clasificar las diferentes sustancias tóxicas y sus afectaciones, exponer el impacto del alcohol, la marihuana y la cocaína en la sexualidad, y comparar la percepción de la sexualidad de las mujeres entre 18 y 25 años bajo los efectos del alcohol, marihuana y cocaína, y sin el consumo de estas, y de estos se desarrolla la exploración.

Considero que los objetivos planteados se han logrado de manera exitosa. En nuestra investigación se ha podido corroborar que actualmente el consumo de tóxicos sigue siendo una problemática que afecta a la sociedad y a los habitantes de esta. No todas las sustancias psicoactivas afectan al Sistema Nervioso Central (SNC) de la misma manera, es por eso por lo que se ha desarrollado una clasificación de las diferentes sustancias psicoactivas y las afectaciones que generan en las personas. Hay una clara distinción entre las sustancias que hemos planteado, ya que el alcohol, al tratarse de una sustancia depresora del SNC provoca un enlentecimiento del funcionamiento del SNC de los consumidores, la marihuana al ser una sustancia psicodélica o alucinógena genera una distorsión de la percepción en los consumidores, y finalmente la cocaína al tratarse de una sustancia estimulante del SNC, causa un aceleramiento del cerebro de la persona que consume. Esta clasificación permite hacer una distinción de las distintas drogas planteadas y corroborar las diferentes afectaciones y efectos que provocan.

Por otro lado, nuestra investigación tiene como objetivo exponer el impacto del alcohol, la marihuana y la cocaína en la sexualidad de las mujeres. A raíz del desarrollo del marco teórico y de la encuesta implementada, se ha podido observar cómo aun siendo una problemática que siempre ha existido, sigue habiendo mucha desinformación y estigmatización en cuanto las sustancias psicoactivas y el impacto que pueden generar si se mantiene un consumo frecuente. Nuestra investigación muestra como todas las participantes han consumido alguna vez en su vida alcohol, marihuana y cocaína, e incluso destacan que el impacto que les genera es positivo. Aunque actualmente la sociedad haya avanzado y tengamos a nuestra disposición mucha información, la población no tiene la consciencia suficiente de los efectos a largo y corto plazo que pueden generar las sustancias psicoactivas, tanto a nivel físico como psicológico. Considero esencial el desarrollo de nuestra investigación para que pueda funcionar de guía informativa y plasmar todas las afectaciones que genera en los seres humanos, para así dejar atrás esta idea errónea de que las sustancias psicoactivas generan y producen afectaciones positivas en sus consumidores.

Finalmente, y, siguiendo con el último objetivo, se planteó comparar la percepción de la sexualidad de las mujeres cuando se encuentran bajo los efectos del alcohol, de la marihuana y la cocaína, y sin el consumo de estas. Considero que este ha estado el punto más relevante y esencial de nuestra investigación, ya que gracias a ella y comparándolo con lo que mencionan otros autores, hemos podido romper con el falso mito de que estas drogas facilitan las relaciones sexuales e incrementan el placer sexual. En el colectivo adolescente, sobre todo, existe una idea errónea generalizada de que estas sustancias psicoactivas causan beneficios en las relaciones sexuales, pero a partir de nuestra investigación y junto a la mención de otros autores, hemos podido llegar a la conclusión de que el problema que existe actualmente es la falta de información. Al existir este falso mito, los adolescentes llegan al punto de pensar y creer que sin el consumo de tóxicos no podrán lograr relaciones sexuales plenas y placenteras. Nuestra investigación ha permitido hacer hincapié en que, el consumo de drogas únicamente causa que no estés presente en ese momento, que te evadas de la realidad y que dejes de lado tus problemas de autoestima y de seguridad. Es por eso por lo que es esencial fomentar una educación sexual en las escuelas e institutos, ya que eso permitirá que la sociedad tome consciencia de cómo se ven a sí mismos, trabajar sus debilidades, potenciar sus habilidades, auto conocerse y autoexplorarse desde de la libertad y desde de la consciencia. Como dice nuestra investigación y los artículos y estudios mencionados en el marco teórico, la confluencia entre el consumo de tóxicos y las relaciones sexuales puede llevar a la práctica de conductas de riesgo, dando pie a que se contraigan enfermedades e infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y pérdida de control, provocando que las personas no estén presentes y conscientes durante el acto.

Todo esto genera problemas en la autoestima y en el autoconcepto de las consumidoras, ya que como se ha podido observar en nuestra investigación, tienen muy integrado que sin el consumo de estas sustancias psicoactivas no podrán disfrutar de los encuentros sexuales de la misma forma que cuando se encuentran bajo los efectos que estas les producen.

En cuanto a limitaciones de la investigación, hay que destacar que, cada persona vive la sexualidad a su manera, es por eso por lo que se trata de algo subjetivo. Cada persona tiene una historia de vida distinta, con su personalidad, sus limitaciones, sus complejos y su entorno, por lo que su percepción de la sexualidad y las relaciones sexuales serán vividas de diferente manera. Habrá personas que seguirán percibiendo la sexualidad y el sexo como un tema también lleno de prejuicios, y eso supondría una limitación para llegar a una conclusión general y eficiente de la investigación. Teniendo

en cuenta esto, vuelvo a remarcar la importancia de fomentar una educación sexual inclusiva, ya que los derechos sexuales de las personas han de ser protegidos, respetados y realizados. Si toda la sociedad pudiera acceder a una educación sexual integral e inclusiva, se romperían con los prejuicios existentes y las siguientes generaciones crecerían teniendo a su disposición todos los conocimientos e información necesaria para disfrutar de su sexualidad de forma plena, satisfecha y libre, y así acabar con la estigmatización y romper con los tabúes existentes. El hecho de recibir información veraz e informar de los beneficios y riesgos de las prácticas sexuales permite que nos conozcamos y aceptemos, que expresemos cuales son nuestros deseos y límites y así prevenir consecuencias negativas y perjudiciales.

Por otro lado, considero que sería una limitación en la investigación la variedad en el consumo de sustancias. No todas las mujeres participantes en nuestra investigación tienen el mismo patrón de consumo de las sustancias planteadas, es por eso, por lo que los resultados obtenidos pueden ser erróneos e incompletos. Sería importante hacer una distinción en las participantes según su forma de consumir y sobre como este consumo les afecta en su rutina. Sería clave agrupar a las mujeres según su patrón de consumo y seguidamente centrarnos en como perciben su sexualidad y relaciones sexuales, ya que no es lo mismo consumir experimentalmente en un ambiente de ocio que hacerlo compulsivamente.

Para finalizar con las limitaciones que pueden surgir en nuestra investigación, destacar que, aunque se haya desarrollado un consentimiento informado que deja claro que las respuestas y la información obtenida será totalmente anónima y ni las participantes ni los investigadores conocerán su identidad, algunas de ellas pueden sentirse incomodas al expresar información íntima en torno al sexo y a las drogas, llevando a que no expresen respuestas del todo sinceras o completas. Además, que, al tratarse del consumo de sustancias psicoactivas, muchas participantes pueden no acordarse (falta de memoria o falta de precisión) de lo que ha sucedido con claridad y por lo tanto no dar respuestas concisas.

En cuanto a la prospectiva, nuestra investigación se podría ampliar comparando cómo el consumo de las sustancias psicoactivas planteadas puede afectar en la percepción de la sexualidad en diferentes grupos de edad y género. Esto nos permitiría continuar con nuestra investigación y aumentar la información según las características sociodemográficas de los/las participantes.

Considero que, todo aquel que lea esta investigación podrá enriquecerse de información veraz, real y contrastada sobre el consumo de drogas y la percepción de la sexualidad. Nuestra investigación deja claro en qué grado impactan estas sustancias a nivel físico y psicológico, mencionando los prejuicios que le rodean, la desinformación existente ya que se trata de un tema tabú y de las conductas de riesgo en las que nos podemos ver envueltos. Esto permitirá que la sociedad, con la lectura de nuestra investigación, se sensibilice con la realidad y así empezar a tomar medidas de prevención.

Para concluir quiero destacar que, el desarrollo de esta investigación me ha permitido acercarme más al colectivo drogodependiente y sobre todo a las presiones que nos rodea a las mujeres. Al final, las experiencias que manifiestan las participantes de la encuesta nos muestran que el hecho de consumir estas sustancias antes y/o durante las relaciones sexuales, les provoca que se sientan más atractivas, que dejen de lado los prejuicios, que no estén pensando en que puede llegar a pensar su entorno de ellas y en que se centren en su placer sin ser juzgadas. Esto muestra las exigencias y presiones que siente el colectivo femenino y en la desinformación que tienen en torno a su placer y sexualidad. Considero que es fundamental que todos disfrutemos de una sexualidad libre, donde tomemos decisiones conscientes, expresemos nuestros deseos sin sentirnos juzgados y nos autonomozcamos des del respeto y aceptación.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajuntament de Barcelona (2021). Guia de serveis i recursos de salut sexual i reproductiva a la ciutat de Barcelona. <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxiu-documents/guia-serveis-recursos-salut-sexual-reproductiva.pdf>
- Ajuntament de Barcelona (2024). Mujeres y feminismos. Servicios de atención a la violencia machista. <https://ajuntament.barcelona.cat/dones/es/bcn-antimachista/servicios-de-atencion-contr-la-violencia-machista>
- Ampudia, M. K. M. (2020). Enfermedades de transmisión sexual en la atención primaria. *Revista médica sinergia*, 5(4), e405-e405. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/405/778>
- Andrés, J. M., Díaz, J., Castelló, J., Fabregat, A., & López, P. (2002). Drogas de abuso: evaluación de las unidades de conductas adictivas en un Área Sanitaria. *Revista de Diagnóstico Biológico*, 51(2), 63-68. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-79732002000200005#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20droga,a%20un%20grupo%20de%20sustancias
- Araya, V., Pezoa, K., Saavedra, M., & Aravena, J. (2019). Conocimiento y creencias sobre infección por Clamidia en población joven. Revisión narrativa. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 84(5), 403-415. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262019000500403&script=sci_arttext
- Atenea, F. (2016). Hombres, mujeres y drogodependencias. *Explicación social de las diferencias de género en el*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/gl/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf>
- Bardi, A., Leyton, C., Martínez, V., & González, E. (2005). Identidad Sexual: proceso de definición en la adolescencia. *Reflexiones pedagógicas*, 26, 43-51. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/35801619/20100731202502-libre.pdf?1417522383=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAgosto_2005_43_IDENTIDAD_SEXUAL_PROCESO.pdf&Expires=1702920495&Signature=SP3-dzHWMf2ta3PiPgRtLgSLdpTkn7k0D34K2EeqwY-m8tlwzQSPnuDDiRLvyFJSwnQ9zTsXBc2cFJ3WbAkEI2Mz6LeZnyQUyOZRc3

[OHlp86m7BtCI4Y2ZH~OHTGwRVM7hPITtZ0RzqsKdq4exCAYEF8UG9Wusce
Vcl3hTfd4d3zxtDpP8F2soyW-
8o1WvTWDx6oWmYP5ewU6kTo5IHcHS6km0bsVksMmxUTS4AfKwGKddkJG
RJIJmgupx6oYX6Nk-OOg1dDLXu~Jff658ub5xc8uPXOC7xNi6XMIJMKOd-v-
KIMPt6k0Csz3EpF56YvOxMKDHikaT3lsBWSHbMOcOA &Key-Pair-
Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541015697690)

- Bretault, M., & Christin-Maitre, S. (2015). Amenorrea. *EMC-Tratado de Medicina*, 19(1), 1-9.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541015697690>
- Bustamante-Ramos, G. M., Martínez-Sánchez, A., Tenahua-Quitl, I., Jiménez, C., & López-Mendoza, Y. (2015, October). Conocimiento y prácticas de prevención sobre el virus del papiloma humano (VPH) en universitarios de la Sierra Sur, Oaxaca. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 76, No. 4, pp. 369-376). UNMSM. Facultad de Medicina.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832015000500007&script=sci_arttext&lng=pt
- Cáceres, C. F., Talavera, V. A., & Mazín Reynoso, R. (2013). Diversidad sexual, salud y ciudadanía. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 30, 698-704.
https://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832013000400007&script=sci_arttext&lng=pt
- Capmas, P., Bouyer, J., & Fernandez, H. (2017). Embarazo ectópico. *EMC-Tratado de Medicina*, 21(3), 1-5.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541017860359>
- Carrada-Bravo, T. (2006). Tricomoniasis vaginal. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio*, 53(3), 151-156. <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2006/pt063e.pdf>
- Casas, M., Bruguera, E., Duro, P., & Pinet, C. (2011). Conceptos básicos en trastornos adictivos. *J. Bobes, M. Casas & M. Gutiérrez. Manual de Trastornos Adictivos*, 17-25.
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/66294674/Manual_de_trastornos_adictivos-libre.pdf?1618771028=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DManual_de_TRASTORNOS_ADICTIVOS_2a_Edicio.pdf&Expires=1702927549&Signature=BsAOTPAJiv~BJKNvVaZpawJ

[TfKaSI~MAq-
LmXul2HMPbflglLfZWKaK8s1G3G0MEldrPctYLwmA4wxrLjw8XYCasD11J2cyx
E1wilXa62oR8dsuhHZc27BCphKRjH3YDHxmjO4u00L5dZ84~Az6xswdL O5h3
Wp-
tZkSW2gWEQPKpDmt7CgaPlmt8Tmu2m36zVtkwyfkcffRSikW96xJN5AJp1iKrx
7xTnLW0lcrxSSXWPNIB1LY~Vp8IHK3YGr33OJohL5PXHdI7TaG8iUzbw4McoJ
UPctacPQF~JKmAngRh445LzP94k5lyPbzWpFVMr9ObPkQ-BkbfL47ue-
Touw_ &Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA#page=18](https://www.researchgate.net/publication/321122222)

- Castillo, I. I., & Bilbao, N. C. (2008). Craving: concepto, medición y terapéutica. *Norte de Salud Mental*, 7(32), 9-22.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830330>
- Catorceno, V. M. (2010). Gonorrea. *Revista de Actualización Clínica Investiga*, 1, 24.
http://revistasbolivianas.umsa.bo/scielo.php?pid=S2304-37682010001000006&script=sci_arttext&lng=es
- Cintora, Á. S. (2001). Acción social y Trabajo Social en España: una revisión histórica. *Acciones e Investigaciones sociales*, (13), 5-42.
<http://agora.edu.es/servlet/articulo?codigo=170281>
- Correa, L. V. (2021). Percepción de la sexualidad en la titulación de Trabajo Social. *Revista Electrónica de Derecho de la Universidad de La Rioja (REDUR)*, (19), 119-126.
<https://publicaciones.unirioja.es/ojs/index.php/redur/article/view/4427/3920>
- Del Castillo, J. A. G. (2013). Adicciones tecnológicas: el auge de las redes sociales. *Salud y drogas*, 13(1), 5-13.
<https://www.redalyc.org/pdf/839/83928046001.pdf>
- del Sol Padrón, L. G., Fernández, O. Á., & Berovides, J. D. D. R. (2010). Consumo de alcohol. *Revista Finlay*, 61-65.
<https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/11/13>
- de Zaragoza, A. (2002). Guía de información sobre las drogas.
<https://www.zaragoza.es/cont/paginas/encasa/pdf/nodrogas.pdf>
- Diéguez, I. S. (2014). Tricomoniasis: una visión amplia. *Iatreia*, 27(2), 198-205.
<https://www.redalyc.org/pdf/1805/180531198007.pdf>
- Diehl, A., Pillon, S. C., & Jordán, M. J. (2014). Sexualidad y drogadicción. *Rodrigues Junior OM, organizador. Cuestiones básicas para la*

- sexologia latinoamericana*. São Paulo: Instituto Paulista de Sexualidade, 261-86.
https://www.researchgate.net/profile/Sandra-Pillon/publication/266140693_Sexualidad_y_Drogadiccion/links/54403a590cf2fd72f99dd3ed/Sexualidad-y-Drogadiccion.pdf
- Diputación de Alicante (2012). Género y Drogas, guía informativa. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaGenero_Drogas.pdf
 - Energy Control. (2024, 12 marzo). *Inicio - energy control*. <https://energycontrol.org/>
 - Esteban, C., Irizarry-Rodríguez, A., Díaz-Medero, L. X., Jiménez-Ricaurte, C., & Mattei-Torres, E. (2022). Análisis descriptivo sobre el estudio de la bisexualidad en Puerto Rico. *Revista Caribeña de Psicología*, e6325-e6325. <https://revistacaribenadepsicologia.com/index.php/rcp/article/view/6325/5651>
 - Farago, D., Triantafilo, J., Martí, M., Perry, N., Quiñones, P., & Di Silvestre, C. (2018). VIH/SIDA: definición, significados y vivencias. *Revista Chilena de Salud Pública*, 22(1), 21-30. https://www.researchgate.net/profile/Cristina-Di-Silvestre/publication/333497495_VIH_SIDA_definicion_significados_y_vivencias/links/5d8b72a8299bf10cff0e0a64/VIH-SIDA-definicion-significados-y-vivencias.pdf
 - Folgar, M. I., & Boubeta, A. R. (2015). Drogas facilitadoras de asalto sexual y sumisión química. *Salud y drogas*, 15(2), 137-150. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83941419005.pdf>
 - Frago, S., & Sáez, S. (2012). Drogas y sexualidad. Repercusiones en la vida erótica. *Drogas y Sexualidad. Repercusiones en la vida erótica*. <https://www.amaltea.org/content/news/40/sd5ds.pdf>
 - Gallego Llamas, M. (2019). El papel del trabajador social en materia de drogodependencias. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/39802/TFG-G4056.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 - Gállico, F. (2007). Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo. *Barc* Sn. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/57233010/Drogas_conceptos_generales_epidemiologia_y_valoracion_del_consumo-libre.pdf?1535012437=&response-content-

- Herrera, A. L. (2011). ¿Sabías que? Un glosario feminista...
<https://repositorio.iaen.edu.ec/bitstream/handle/24000/4437/glosario%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Izquierdo, A. B., Garro, J. J. V., & Pemán, M. J. Ú. (2013). Funciones profesionales de los trabajadores sociales en España/Professional functions of social workers in Spain. *Cuadernos de trabajo social*, 26(1), 127.
https://muhaz.org/pars_docs/refs/118/117057/117057.pdf
- Kramer, A. S., Lazzarotto, A. R., Sprinz, E., & Manfroi, W. C. (2009). Alteraciones metabólicas, terapia antirretroviral y enfermedad cardiovascular en adultos mayores portadores de VIH. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 93, 561-568.
<https://www.scielo.br/j/abc/a/T6RqFfqWLjD6NDGPPSDQhsNH/?lang=es>
- Martínez, M. M. (2004). El Trabajo Social y los Servicios Sociales. Su concepto. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 131-141.
<https://core.ac.uk/download/pdf/38812826.pdf>
- Mayor, J. (1995). Las drogodependencias como objeto del Trabajo Social.
<https://core.ac.uk/download/pdf/38813071.pdf>
- Otero, L. M. R., & Fondo, T. F. (2020). Trabajo social y sexualidad. Un análisis desde la producción científica indexada. *Revista Sexología y Sociedad*, 25(2).
<https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD67041.pdf>
- Pauta, D. E. M., & Hermida, E. M. J. (2015). Educación sexual: La asignatura pendiente. *Maskana*, 6(1), 27-38.
<https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/444/404>
- Pérez, E. F., & Martínez, L. M. R. (2007). Corporalidad y uso de drogas: estudio de caso de la experiencia subjetiva del cuerpo. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 241-250.
<https://www.redalyc.org/pdf/284/28441215.pdf>
- Reyes Martínez, M. P. (2019). Intervención de educación para la salud: Prevención de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes.
<https://repositori.udl.cat/server/api/core/bitstreams/5c21430c-6f48-4144-858e-84595ae8ff3d/content>
- Sánchez-Crespo Bolaños, J. R., & González Hernando, C. (2010). Herpes genital. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3(2), 124-126.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2010000200013&script=sci_arttext

- Sandoval López, R. A. (2020). Iceberg de violencia. http://148.202.167.116:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/3423/Iceberg-de-Violencia_Infograf%c3%ada.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Santana-Hernández, J. D. (2010). La formación para el trabajo social en contextos de desigualdad de género y violencia contra las mujeres. *Portularia*, 10(2), 91-99. <https://www.redalyc.org/pdf/1610/161015612008.pdf>
- Santander, O. A. E. (2018). Consumo de drogas en adolescentes: Elementos de reflexión conceptual. *Educación y Desarrollo Social*, 12(2), 15-31. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7732764>
- Valderrama, J., Zacarías, F., & Mazin, R. (2004). Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Revista Panamericana de salud pública*, 16, 211-217. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v16n3/23095.pdf
- Winkler, M. I., Pérez, C. P., & López, L. (2005). ¿Embarazo deseado o no deseado?: Representaciones sociales del embarazo adolescente, en adolescentes hombres y mujeres habitantes de la comuna de Talagante, región metropolitana. *Terapia psicológica*, 23(2), 19-31. <https://www.redalyc.org/pdf/785/78523203.pdf>
- Zhon, S. (2016). Tricomoniasis. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/50491/Zhon%2c%20Shuwen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

9. ANEXO

9.1. Encuesta realizada

Consentimiento Informado para Participación en Encuesta:

Es importante que a continuación lea y comprenda la información sobre su participación en esta investigación para informarse sobre el proyecto y solicitar su consentimiento.

La presente investigación aplicada se titula "Drogas y sexualidad" y está elaborada por Paula Solera, una alumna de 4º de carrera de Trabajo Social de la Facultad Pere Tarrés. El propósito de la investigación es exponer el impacto del alcohol, la marihuana y la cocaína en la sexualidad de las mujeres de 18 a 25 años, y comparar la percepción de la sexualidad de estas mujeres bajo los efectos de las sustancias planteadas, y sin el consumo de estas.

Para ello, se le solicita participar en esta encuesta. Su participación en la investigación es totalmente voluntaria y puede decidir en interrumpirla en cualquier momento. Asimismo, hay que destacar que su identidad será tratada de manera anónima, es decir, que ni la investigadora ni el resto de las participantes conocerán la identidad de quien completó la encuesta.

Su información será analizada de manera conjunta con las respuestas del resto de participantes, y servirá para obtener resultados en torno a los objetivos planteados.

Si está de acuerdo con los términos y condiciones establecidas, proceda a marcar la casilla de "Acepto participar en el proyecto de investigación". En caso de no estar de acuerdo con su participación, abandone la encuesta.

¿Deseas participar en esta investigación?

- Sí
- No

Información demográfica de la participante:

- Edad:
- Orientación sexual:
 - Hetero

- Homosexual (lesbiana)
- Bisexual

Sexualidad:

1. ¿Alguna vez has mantenido relaciones sexuales? Si la respuesta es “No”, abandona el cuestionario
 - Sí
 - No
2. ¿Estás actualmente en una relación estable?
 - Sí
 - No
3. ¿Mantienes relaciones sexuales con tu pareja?
 - Sí
 - No
4. ¿En el caso de no tener actualmente una relación estable, mantienes relaciones sexuales esporádicas?
 - Sí
 - No

Consumo Drogas:

5. ¿Alguna vez has consumido marihuana, alcohol o cocaína? Si tu respuesta es “No”, pasa al final del cuestionario
 - Sí
 - No
6. Menciona que sustancia has consumido (puedes seleccionar más de una opción).
 - Alcohol
 - Marihuana

- Cocaína
7. En relación con el consumo:
- ¿Con qué frecuencia consumes alcohol?
 - Nunca
 - Ocasionalmente (1-2 veces al mes)
 - Regularmente (1-2 veces a la semana)
 - Frecuentemente (más de 3 veces a la semana)
 - ¿Con qué frecuencia consumes marihuana?
 - Nunca
 - Ocasionalmente (1-2 veces al mes)
 - Regularmente (1-2 veces a la semana)
 - Frecuentemente (más de 3 veces a la semana)
 - ¿Con qué frecuencia consumes cocaína?
 - Nunca
 - Ocasionalmente (1-2 veces al mes)
 - Regularmente (1-2 veces a la semana)
 - Frecuentemente (más de 3 veces a la semana)

Drogas y sexualidad:

8. ¿Has mantenido relaciones sexuales sin estar bajo los efectos del alcohol, marihuana o cocaína?
- Sí
 - No
9. ¿Cómo describirías tu percepción de la sexualidad sin estar bajo los efectos de estas drogas?
- Muy positiva
 - Positiva
 - Indiferente
 - Negativa
 - Muy negativa

10. Haz una descripción breve de tu percepción de la sexualidad cuando estas sin los efectos del alcohol, marihuana o cocaína:
11. ¿Has mantenido relaciones sexuales mientras estabas bajo la influencia del alcohol?
- Sí
 - No
 - No estoy segura
12. Si has mantenido relaciones sexuales mientras estabas bajo la influencia del alcohol, ¿Qué diferencias notas en tus experiencias sexuales cuando estás bajo la influencia del alcohol en comparación con cuando estás sobria?
13. ¿Has mantenido relaciones sexuales mientras estabas bajo la influencia de la marihuana?
- Sí
 - No
 - No estoy segura
14. Si has mantenido relaciones sexuales mientras estabas bajo la influencia de la marihuana, ¿Qué diferencias notas en tus experiencias sexuales cuando estás bajo la influencia de la marihuana en comparación con cuando no lo estás?
15. ¿Has tenido experiencias sexuales mientras estabas bajo la influencia de la cocaína?
- Sí
 - No
 - No estoy segura
16. Si has mantenido relaciones sexuales mientras estabas bajo la influencia de la cocaína, ¿qué diferencias notas en tus experiencias sexuales cuando estás bajo la influencia de la cocaína en comparación con cuando no lo estás?
17. ¿Has notado cambios en tu percepción de la sexualidad cuando consumes alcohol?
- Sí

- No
 - No estoy segura
18. En caso afirmativo, ¿Podrías enumerar brevemente los cambios de tu percepción de la sexualidad cuando has consumido alcohol?
19. ¿Has notado cambios en tu percepción de la sexualidad cuando consumes marihuana?
- Sí
 - No
 - No estoy seguro/a
20. En caso afirmativo, ¿Podrías enumerar brevemente los cambios de tu percepción de la sexualidad cuando has consumido marihuana?
21. ¿Has notado cambios en tu percepción de la sexualidad cuando consumes cocaína?
- Sí
 - No
 - No estoy seguro/a
22. En caso afirmativo, ¿Podrías enumerar brevemente los cambios de tu percepción de la sexualidad cuando has consumido cocaína?
23. ¿Crees que el consumo de estas sustancias ha afectado tus relaciones sexuales de alguna manera?
- Sí, de manera positiva
 - Sí, de manera negativa
 - No, no ha afectado
 - No estoy seguro/a
24. Si tu respuesta es “Sí, de manera positiva” o “Sí, de manera negativa”, ¿En qué aspectos específicos crees que estas sustancias han afectado tus relaciones sexuales?
25. ¿Consideras que el consumo de estas sustancias ha modificado la percepción que tienes de ti misma a la hora de mantener relaciones sexuales?
- Sí, de manera positiva

- Sí, de manera negativa
- No, no ha afectado
- No estoy seguro/a

26. Si tu respuesta es “Sí, de manera positiva”, o “Sí, de manera negativa”, haz una breve descripción de la modificación que has tenido de la percepción sobre ti misma durante las relaciones sexuales

27. En caso de haber mantenido relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas, ¿Qué percepción tienes sobre lo que ha sucedido una vez ya no te encuentras bajo los efectos de las drogas?