



Universidad de Zaragoza

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Grado en Psicología

Teruel, 2016

TRABAJO FIN DE GRADO

**Drogedependencia y sexualidad: efectos de la adicción a sustancias en el
funcionamiento y la conducta sexual**

Alumna

Estefanía P. Catalán Sebastián

Director

Ángel Castro Vázquez



**Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel**
Universidad Zaragoza



**Universidad
Zaragoza**

Drogodependencia y sexualidad: efectos de la adicción a sustancias en el funcionamiento y la conducta sexual

Estefanía P. Catalán Sebastián y Ángel Castro Vázquez

Universidad de Zaragoza

Resumen

El consumo de sustancias constituye una problemática de considerable prevalencia en todo el mundo. La adicción a las mismas genera una serie de consecuencias negativas en distintas áreas del individuo, pero actualmente existen pocas investigaciones sobre los perjuicios existentes en el ámbito de la sexualidad. El objetivo de este estudio fue analizar el efecto que tiene la adicción a estas sustancias en la conducta y el funcionamiento sexual de una muestra de población drogodependiente, en comparación con población general. La muestra estuvo compuesta por 69 varones, de edades comprendidas entre los 18 y los 72 años, de los que el 59,4% ($n = 41$) eran drogodependientes que cumplieron los instrumentos en el centro donde recibían tratamiento y el 40,6% ($n = 28$) restante pertenecían a la población general, sin ningún tipo de adicción diagnosticada, quienes rellenaron el cuestionario vía online. Los resultados muestran una mayor actividad sexual, número de parejas y más relaciones bajo los efectos de las drogas en la población drogodependiente. Además, estas personas mostraron un menor funcionamiento y respuesta sexual que los no drogodependientes. En la discusión se subraya la necesidad de investigar en la sexualidad de la población drogodependiente, así como la inclusión de este tema en los tratamientos e intervenciones existentes.

Palabras clave: Adicción, Conducta sexual, Respuesta sexual, Funcionamiento sexual, Población drogodependiente, Población general.

Drug dependence and sexuality: effects of substance addiction in sexual functioning and sexual behaviour

Estefanía P. Catalán Sebastián & Ángel Castro Vázquez

University of Zaragoza

Abstract

Toxic substance consumption is an issue of high prevalence worldwide. Substance addiction cause negative consequences in different spheres of the human being but

currently, there are few researches about the consequences in sexuality domain. The aim of this study was to analyse the effect of addiction as much in sexual behaviour as sexual functioning in a sample of drug users in comparison with a sample of general population. The sample was composed by 69 men with ages ranged from 18 to 72 years. Drug addicts were 59.4% ($n = 41$) of the sample who completed the questionnaires in the centre where they received treatment and 40.6% ($n = 28$), constituted the general population, without any kind of addiction diagnosed, and they completed the questionnaires online. Results show a higher sexual activity, number of sex partners and more sexual intercourse under the influence of drugs in drug users sample. In addition, this sample shows a lower sexual response and functioning compared to general population. In the discussion it is emphasized the need of doing researches about the sexual sphere of drug users as well as the need of including sexuality in current treatments and interventions.

Keywords: Addiction, Sexual behaviour, Sexual response, Sexual functioning, Drug users, General population.

Desde el principio de los tiempos se ha documentado el uso de numerosas sustancias, no sólo con un fin recreativo, sino también con un fin sexual (Bellis y Hughes, 2004). Dentro de esta realidad, en muchas ocasiones se han obviado los efectos perjudiciales que podría tener el estar bajo los efectos de las drogas antes o durante las relaciones sexuales, fundamentalmente cuando el consumo llega a convertirse en adicción (González Marquetti, Gálvez Cabrera, Álvarez Valdés, Cobas Ferrer y Cabrera del Valle, 2005; Pérez del Río y Mestre Guardiola, 2015). De hecho, no sólo existe un desconocimiento de los efectos perjudiciales de las drogas, en este caso desde el punto de vista de la sexualidad, sino que además se han atribuido unos efectos afrodisiacos a las mismas que han conseguido que se confieran propiedades positivas a estas sustancias para la mejora de las relaciones sexuales (Bellis y Hughes, 2004; Pereiro Gómez y Serrano Cartón, 2006).

La sexualidad es un aspecto central en el bienestar del ser humano a lo largo de toda su vida y engloba las relaciones sexuales, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción, tal y como explica la Organización Mundial de la Salud (OMS; 2006). Se entiende que la sexualidad puede vivirse de forma sana y natural, encontrando un equilibrio entre las variables biológicas, psicológicas, interpersonales y sociales que la conforman, o bien pueden existir ciertos elementos que la perturben e incidan en la emisión de conductas de riesgo, como el consumo de sustancias (Basson, 2004). Dentro de la búsqueda de sensaciones sexuales, en muchas ocasiones se habla del consumo de distintas drogas y su influencia en las relaciones sexuales (Frago y Sáez, 2007).

Se estima que en 2012, último año con estadísticas ya cerradas, acudieron 49.678 personas a centros ambulatorios por su abuso o dependencia a sustancias psicoactivas, según el Plan Nacional sobre Drogas (PND; 2013). Respecto al tipo de sustancia preferida para su consumo, el 39,2% de esas personas acudió por la cocaína, el 29,9% por cannabis y el 24,6% por heroína (PND, 2013). Esas sustancias, una vez que se consumen, alteran el funcionamiento sano y normal de la sexualidad de esas personas, lo que demuestra el hecho de que muchos consumidores consideren sus experiencias sexuales como negativas (Pérez del Río y Mestre Guardiola, 2015). Como muchas de las vivencias sexuales de estas personas se han realizado precisamente bajo los efectos de las drogas, la sexualidad es un área fundamental a tratar durante el proceso de desintoxicación, abarcando todos los miedos, preocupaciones y expectativas

relacionados con ella y que han sido camuflados por los efectos de las distintas sustancias (Pérez del Río y Mestre Guardiola, 2015).

Existen algunos estudios sobre los problemas y disfunciones sexuales que presentan los consumidores de droga. Por ejemplo, Rostami, Zarei e Iarijan (2010), encontraron que las dificultades más frecuentes eran las eyaculaciones prematuras, seguidas de otros problemas relacionados con el deseo sexual, la erección y el orgasmo, además de la aversión al sexo. En otros estudios se ha demostrado que la probabilidad de sufrir disfunción eréctil es diez veces mayor en drogodependientes que en el resto de la población (La Pera, Giannotti, Taggi y Macchia, 2003). Por tanto, si existen tantas disfunciones y problemas sexuales asociados al consumo de sustancias, es difícil entender la utilización del alcohol y otras drogas como potenciadores de las relaciones sexuales. Se ha de concluir, por eso, que los efectos que el consumidor atribuye a las sustancias no coinciden con los efectos reales que éstas provocan en el sistema biológico del individuo (Pereiro Gómez y Serrano Cartón, 2006). De forma más concreta, todas aquellas sustancias depresoras del sistema nervioso central (SNC), como el alcohol, la heroína y otros opiáceos, disminuyen la inhibición social, lo que facilita las interacciones sexuales, aunque posteriormente dificultan o bloquean las respuestas sexuales iniciales, como la erección (Frago y Sáez, 2007).

Es importante abordar las creencias populares existentes en torno al consumo de alcohol, porque además de su aspecto facilitador es una de las sustancias más normalizadas en la sociedad, sobre todo entre los jóvenes. En ellos se duplican las probabilidades de no tener relaciones sexuales seguras si están bajo los efectos del alcohol (Traeen y Kvalem, 1996). Además, la publicidad que las grandes compañías de bebidas realizan acerca del atractivo y de la habilidad que supuestamente confiere la bebida al que la toma, hace un flaco favor a la salud sexual de las personas que deciden consumir (Eurocare, 2001). En el caso de las sustancias estimulantes del SNC, como la cocaína, la respuesta sexual se ve interferida y, aunque a dosis bajas y a corto plazo puede mejorar la potencia y el placer sexual, ya que retrasa el orgasmo y prolonga la duración de la relación sexual (Buffum, Moser y Smith, 1988), a largo plazo se ha demostrado que tiene numerosos efectos perjudiciales para la salud sexual de los individuos, llegando a provocar disfunción eréctil, priapismo y reducción del deseo sexual (Frago y Sáez, 2007; Vallejo-Medina y Sierra, 2013). Finalmente, en el caso de las sustancias alucinógenas, como el LSD, la discrepancia entre la creencia popular y la realidad es similar a los casos anteriores (Poulin y Graham, 2001). En el caso del

cannabis, aunque se ha demostrado que estimula la relajación, aumenta el sentido del tacto y provoca más placer sexual, se ha constatado que a largo plazo, si se cronifica el consumo, se puede llegar a la infertilidad (Poulin y Graham, 2001).

Así, se puede concluir que muchas de estas drogas lo único que hacen es facilitar los encuentros sexuales, pero no garantizan un correcto desempeño y funcionamiento, sino todo lo contrario, pueden ser la causa de numerosos trastornos y disfunciones sexuales en los consumidores (Frago y Sáez, 2007; González Marquetti et al., 2005). En términos de adopción de conductas sexuales de riesgo, se ha demostrado precisamente que, a causa de los efectos desinhibidores y amnésicos que las drogas ejercen en las conductas de socialización, muchos consumidores adoptan conductas de riesgo que no realizarían si no hubieran consumido. Así, la droga se convierte en una excusa aceptable y normalizada en la sociedad a la hora de emitir conductas de riesgo, como el no uso del preservativo (Insúa, 1999). Por tanto, se evidencia una realidad y es que aquellos que consumen sustancias practican más sexo, tienen un mayor número de parejas sexuales y son menos propensos a usar el preservativo (Bellis y Hughes, 2004).

Una de las consecuencias más evidentes y peligrosas de la emisión de conductas sexuales de riesgo, además de los embarazos no deseados, es el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (ITS). Tal y como estima la OMS (2014), los consumidores de drogas inyectables tienen el doble de probabilidades de infectarse por el VIH que la población general. En relación a esto y al nivel asistencial de sus necesidades, la OMS constata que únicamente el 40% de dicha población quedaría atendida, con lo que se deja entrever una laguna, tanto a nivel informativo como asistencial, en torno a la sexualidad en población drogodependiente. Por ello, para tener una óptima salud sexual, es decir, gozar de un bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, como define la OMS (2006), es necesario poseer información de los efectos reales de las drogas a nivel de funcionamiento y respuesta sexual. Ante la escasez de estudios de esta índole en España, se ha llevado a cabo esta investigación, cuyo objetivo principal era evaluar el funcionamiento y la respuesta sexual de una muestra de drogodependientes en tratamiento, en comparación con otra muestra de la población general. Otro de los objetivos de este estudio fue analizar las diferencias en cuanto a conductas sexuales entre ambos grupos, hipotetizando que la muestra de población drogodependiente emite más conductas sexuales de riesgo (e.g. uso más inconsistente del preservativo, mayor proporción de relaciones bajo los efectos del alcohol y las drogas), además de tener un mayor número de parejas sexuales, una

edad de inicio más temprana en dichas relaciones y una mayor prevalencia de ITS que la muestra de población general. Por último, se pretende analizar la relación existente entre formar parte de un grupo de participantes (drogodependientes vs no drogodependientes) y las variables relacionadas con el funcionamiento y la respuesta sexual. La información que se obtenga se podrá utilizar para mejorar la prevención e intervención en un sector tan sensible como el de las drogodependencias.

Método

Participantes

La muestra del estudio estuvo compuesta por 69 varones, con edades comprendidas entre los 18 y los 72 años. El 59,4% de los participantes ($n = 41$) se encontraba en tratamiento por adicción a sustancias en el Centro de Solidaridad de Zaragoza - Proyecto Hombre en el momento de realizar el estudio, mientras que el 40,6% ($n = 28$) restante formaba parte de la población general, sin ninguna adicción diagnosticada. Entre los drogodependientes, el 73,2% ($n = 30$) eran usuarios del centro residencial y el 26,8% ($n = 11$) eran usuarios del centro ambulatorio. La edad media de los participantes drogodependientes era de 37,05 años ($DT = 12,05$) y el 26,8% ($n = 11$) de ellos afirmó tener pareja, con una edad media de 36,09 años ($DT = 15,13$) y una duración media de la relación de 179,14 meses ($DT = 177,62$). En cuanto a la muestra perteneciente a la población general, su edad media fue de 34,07 años ($DT = 15,49$) y el 67,9% ($n = 19$) afirmó tener pareja en el momento de cumplimentar el cuestionario, con una edad media de la pareja de 32,84 años ($DT = 17,63$) y una duración media de la relación de 143,95 meses ($DT = 191,67$).

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico. Se preguntó a los participantes acerca de algunas variables de carácter sociodemográfico relevantes para el estudio (sexo, edad y si tenían pareja en el momento de cumplimentar el cuestionario). Si tenían pareja, se les preguntaba por la edad de la pareja, la duración de la relación y si residían en la misma ciudad. Además, a la población no drogodependiente se le preguntaba si se les había diagnosticado una adicción o dependencia a alguna sustancia a lo largo de la vida, para evitar la contaminación de sus resultados.

Cuestionario sobre conducta sexual. Se preguntaba a los encuestados sobre distintas conductas sexuales. En primer lugar, se consultaba sobre la masturbación (si se

masturbaban y frecuencia). Posteriormente, se preguntaba por las relaciones sexuales vaginales y anales que habían tenido a lo largo de su vida (edad de inicio, número de parejas, satisfacción), si habían tenido relaciones sexuales en los tres meses previos a la cumplimentación del cuestionario y además se consultaba sobre el uso del preservativo y el consumo de alcohol y/o drogas en esas relaciones. Por último, se les preguntó si alguna vez habían sido diagnosticados con una ITS.

Brief Sexual Function Inventory (BSFI). Se utilizó la versión española de Vallejo-Medina, Guillén-Riquelme y Sierra (2009), quienes adaptaron la versión original de O'Leary et al. (1995). El BSFI está compuesto por 11 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert con cinco alternativas variables. Mide la respuesta sexual masculina y de manera más concreta proporciona puntuaciones sobre cinco aspectos de la sexualidad humana: impulso sexual, erección, eyaculación, problemas sexuales y satisfacción. De esta manera, puntuaciones elevadas del cuestionario se asocian a un mejor funcionamiento sexual. Los autores de la versión original encontraron una fiabilidad que fluctuaba entre 0,79 y 0,89, mientras que en la versión española el valor alfa de Cronbach fue de 0,83. En este estudio, se obtuvo un valor de consistencia interna de 0,87.

Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ-14); Keller, McGarvey y Clayton, 2006). Se utilizó la adaptación castellana de Vallejo-Medina, Guillén-Riquelme y Sierra (2010). Evalúa el funcionamiento sexual, consta de 14 ítems y se contesta mediante una escala tipo Likert con cinco alternativas de respuesta variable. En los últimos años se han realizado distintos análisis factoriales, por lo que hay diversidad de agrupaciones. En la validación española, Vallejo-Medina et al. (2010) hablaban de tres subescalas, una de Deseo ($\alpha = 0,73$), otra de Excitación-Orgasmo ($\alpha = 0,67$) y la tercera de Placer (compuesta por un solo ítem). Dichos autores obtuvieron una consistencia interna global de 0,78, inferior a la que encontraron los autores originales de la escala, Keller et al. (2006), que fue de 0,89. En este estudio se obtuvo un valor alfa de Cronbach de 0,82.

Procedimiento

Es importante distinguir el procedimiento de localización de la muestra y administración del cuestionario en función de los grupos evaluados. En cuanto a los participantes drogodependientes, se solicitó la colaboración de los usuarios, tanto en el centro residencial del Centro de Solidaridad de Zaragoza - Proyecto Hombre, de manera

grupales, como en los ambulatorios, de forma individual. Independientemente de cómo se cursara la solicitud, todos los usuarios que aceptaron participar en la investigación recibieron las mismas instrucciones para la cumplimentación del cuestionario, una explicación del objetivo del estudio, su carácter académico y se garantizó en todo momento la voluntariedad de su participación y el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas. En el caso de la población no drogodependiente, el cuestionario se administró de forma on-line, a través de la aplicación web de los formularios de Google e informando a través de las redes sociales. De la misma manera, se explicaba el objetivo de la investigación y se garantizaba la confidencialidad y el anonimato. Todos los participantes rellenaron un documento de consentimiento informado.

Análisis de datos

Se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS versión 22.0. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y de frecuencias, análisis de correlaciones bivariadas de Pearson, diferencias de medias para muestras independientes a través de la prueba t de Student y análisis de regresión lineales.

Resultados

Conducta sexual

En primer lugar, mediante un análisis de frecuencias, se examinó si existían diferencias en la conducta sexual de los participantes en función de su pertenencia al grupo de población drogodependiente frente al de población general. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en tres variables. Primero, en la satisfacción con la primera relación sexual con penetración vaginal ($\chi^2 = 4,541$; $p = 0,03$), con mayor porcentaje de población drogodependiente que mostró satisfacción. En cuanto al porcentaje de participantes que había mantenido relaciones sexuales vaginales en los tres meses previos, con mayor proporción en la población general ($\chi^2 = 5,416$; $p = 0,02$) y en la prevalencia de relaciones sexuales con penetración anal, con un mayor porcentaje entre los drogodependientes ($\chi^2 = 5,608$; $p = 0,018$). Todas las diferencias, tanto las estadísticamente significativas como las que no lo son, se pueden observar en la Tabla 1, que se presenta en la página siguiente.

Tabla 1. *Diferencias en la conducta sexual de los participantes.*

<i>Variables</i>	<i>Drogodep.</i>	<i>No Drogodep.</i>
Masturbación		
Sí (%)	92,7	92,9
No (%)	7,3	7,1
Relaciones sexuales con penetración vaginal en su vida		
Sí (%)	100	96,4
No (%)	0	3,6
Consideración de la edad de inicio penetración vaginal		
Adecuada (%)	63,4	74,1
Temprana (%)	24,4	11,1
Tardía (%)	12,2	14,8
Satisfacción 1er contacto sexual con penetración vaginal		
Sí (%)	85,4	63
No (%)	14,6	37
Tipo de pareja relaciones sexuales con penetración vaginal		
Estable (%)	17,1	37
Ocasional (%)	9,8	11,1
Ambos tipos (estable y ocasional) (%)	73,2	51,9
Relaciones con penetración vaginal en 3 meses previos		
Sí (%)	58,5	85,2
No (%)	41,5	14,8
Relaciones sexuales con penetración anal en su vida		
Sí (%)	53,7	25
No (%)	46,3	75
Consideración de la edad de inicio penetración anal		
Adecuada (%)	72,7	85,7
Temprana (%)	18,2	14,3
Tardía (%)	9,1	0
Satisfacción 1er contacto sexual con penetración anal		
Sí (%)	81,8	71,4
No (%)	18,2	28,6
Tipo de pareja relaciones sexuales con penetración anal		
Estable (%)	36,4	28,6
Ocasional (%)	9,1	42,9
Ambos tipos (estable y ocasional) (%)	54,5	28,6
Relaciones con penetración anal en 3 meses previos		
Sí (%)	17,1	5,6
No (%)	82,9	94,4
ITS a lo largo de su vida		
Sí (%)	9,8	3,6
No (%)	90,2	96,4

Posteriormente, se analizaron las diferencias de medias en las variables relacionadas con la historia de vida sexual en función del grupo al que pertenecían los participantes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al número de parejas en las relaciones sexuales vaginales, tanto a lo largo de la vida como en los tres meses previos, con medias más elevadas para los drogodependientes. En relación a la conducta sexual de los tres meses previos, se calcularon tres índices de riesgo, todos ellos dividiendo entre el total de relaciones en ese periodo de tiempo. Se calculó un índice de uso del preservativo (número de relaciones con preservativo / número total de relaciones) y otros dos del consumo de alcohol y drogas en las relaciones sexuales (número de contactos bajo los efectos del alcohol y de las drogas / número total de relaciones). En este caso, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el índice de consumo de drogas en las relaciones sexuales vaginales, con puntuaciones más elevadas para los drogodependientes. En la Tabla 2 se muestran los resultados obtenidos. Se han eliminado las variables relativas a las relaciones sexuales anales, ya que debido al pequeño tamaño de la muestra los análisis carecían de relevancia.

Tabla 2. *Diferencias de medias en la conducta sexual en función del grupo.*

<i>Variables</i>	<i>Origen</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Edad 1er contacto sexual vaginal	Drogodep.	41	16,82	2,86	-1,32	0,190
	No Drogodep.	27	17,70	2,45		
Parejas penetración vaginal	Drogodep.	41	19,73	24,73	2,401	0,019
	No Drogodep.	27	7,63	10,44		
Parejas penetración vaginal (3 meses)	Drogodep.	24	2,08	1,10	4,206	0,000
	No Drogodep.	23	1,09	0,29		
Índice uso preservativo/relac. vaginales	Drogodep.	24	0,23	0,38	-1,79	0,08
	No Drogodep.	23	0,45	0,48		
Índice alcohol/relac. vaginales	Drogodep.	24	0,37	0,39	1,350	0,184
	No Drogodep.	23	0,23	0,31		
Índice drogas/relac. vaginales	Drogodep.	24	0,35	0,38	3,395	0,001
	No Drogodep.	23	0,04	0,21		

Funcionamiento y respuesta sexual

En tercer lugar se analizó el funcionamiento sexual de los participantes en el estudio, tanto con las puntuaciones obtenidas en el BSFI como en el CSFQ-14 y comparando siempre entre los participantes drogodependientes y los no drogodependientes. Como se puede observar en la Tabla 3, que hace referencia a las variables evaluadas en el BSFI, se encontraron diferencias significativas entre ambas poblaciones en cuatro de las cinco subescalas que evalúa, además de en la puntuación global del cuestionario. Se obtuvo que los participantes no drogodependientes tenían puntuaciones más elevadas en las áreas de erección, eyaculación, problemas sexuales y satisfacción, además de en la puntuación global, lo que indica que estos participantes presentaban un mejor funcionamiento sexual que los drogodependientes.

Tabla 3. *Diferencias de medias en la respuesta sexual masculina (BSFI) en función del grupo.*

Variabes	Origen	n	M	DT	t	p
Impulso sexual	Drogodep.	41	4,51	1,69	-1,384	0,171
	No Drogodep.	28	5,07	1,58		
Erección	Drogodep.	41	7,00	2,77	-2,220	0,030
	No Drogodep.	28	8,50	2,73		
Eyaculación	Drogodep.	41	5,68	2,35	-2,653	0,010
	No Drogodep.	28	7,03	1,60		
Problemas sexuales	Drogodep.	41	7,00	2,90	-3,636	0,001
	No Drogodep.	28	9,50	2,66		
Satisfacción	Drogodep.	41	1,61	0,92	-2,859	0,006
	No Drogodep.	28	2,36	1,25		
Global	Drogodep.	41	25,80	7,91	-3,510	0,001
	No Drogodep.	28	32,46	7,48		

Con el cuestionario CSFQ-14 se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las tres dimensiones que mide el cuestionario (deseo, excitación-orgasmo y placer), además de en la escala global de funcionamiento sexual. Como en el caso anterior, las puntuaciones medias de los miembros del grupo no drogodependiente fueron mayores que las de los drogodependientes, lo que es indicativo de un mejor funcionamiento sexual. Los resultados se pueden consultar en la Tabla 4.

Tabla 4. *Diferencias de medias en el funcionamiento sexual (CSFQ-14) en función del grupo.*

Variables	Origen	n	M	DT	t	p
Deseo	Drogodep.	41	19,83	3,53	-2,394	0,019
	No Drogodep.	28	21,96	3,79		
Excitación-Orgasmo	Drogodep.	41	18,00	3,81	-2,342	0,022
	No Drogodep.	28	20,14	3,62		
Placer	Drogodep.	41	2,83	1,14	-2,960	0,004
	No Drogodep.	28	3,64	1,10		
Global	Drogodep.	41	40,66	7,06	-2,833	0,006
	No Drogodep.	28	45,75	7,71		

Análisis de la relación entre las variables

Finalmente, se realizaron varios análisis de correlaciones y regresiones lineales simples entre la variable adicción (que diferencia entre población drogodependiente, atribuyéndole el valor 1 y población no drogodependiente, a la que se atribuyó el valor 2) y las variables relacionadas con el funcionamiento sexual de los participantes. En este caso, se trabajó con las puntuaciones globales de los dos instrumentos utilizados (BSFI y CSFQ-14). En primer lugar, se obtuvo una relación positiva y estadísticamente significativa entre la variable adicción y la puntuación global del BSFI ($r = 0,39$; $p < 0,001$). En términos de regresión lineal, el porcentaje de varianza explicado por la variable adicción para predecir puntuaciones en el BSFI fue de un 14,3% ($R^2 = 0,14$; $p = 0,001$). También se encontró una relación positiva y estadísticamente significativa entre la variable adicción y la puntuación global del CSFQ-14, aunque en este caso el tamaño del efecto fue ligeramente menor que el anterior ($r = 0,33$; $p = 0,003$). En cuanto a la regresión lineal realizada, se obtuvo que la variable adicción explica un 9,4% de la varianza a la hora de predecir las puntuaciones globales en el BSFQ-14 ($R^2 = 0,09$; $p = 0,006$).

Discusión

El consumo de sustancias y la adicción a éstas suponen un grave problema médico y social en la actualidad. Según el último informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2016), al menos una cuarta parte de la población adulta europea ha consumido alguna vez en su vida una sustancia ilegal. De manera concreta, España es uno de los países que lidera el consumo de cannabis y cocaína en Europa.

Aunque existe una amplia literatura sobre los efectos de estas sustancias a nivel físico, psicológico y social, apenas existen estudios que revelen las consecuencias del abuso de sustancias en el ámbito de la sexualidad. Por este motivo, al que se añade la alta prevalencia del consumo de drogas en España y la atribución afrodisiaca que se suele conferir a estas sustancias, en el presente estudio se han analizado los efectos del consumo prolongado de sustancias, característico de una adicción, tanto en la conducta sexual como en el funcionamiento y la respuesta sexual de una población drogodependiente, en comparación con un grupo de participantes de la población general. Se analizó la conducta sexual de los miembros de cada grupo, prestando especial atención a las conductas de riesgo (e.g. edad de inicio, número de parejas, uso del preservativo, prevalencia de ITS) y la relación existente entre ser miembro de uno u otro grupo (drogodependientes vs no drogodependientes) y el funcionamiento y respuesta sexual.

La principal conclusión del estudio es que se ha demostrado que existen diferencias tanto en la conducta sexual, aunque menos de las esperadas, como sobre todo en el funcionamiento y la respuesta sexual, con peores niveles de funcionamiento para la población drogodependiente. Los resultados del estudio apoyan casi en su totalidad los obtenidos por investigaciones anteriores. En primer lugar, en relación a la respuesta sexual masculina evaluada a través del BSFI (O'Leary et al., 1995; Vallejo-Medina et al., 2009), los participantes drogodependientes mostraron puntuaciones considerablemente inferiores a los participantes no drogodependientes, principalmente en las dimensiones de erección, eyaculación y satisfacción con su vida sexual, lo que indica un peor funcionamiento sexual. Además, de manera global se obtuvo una respuesta sexual inferior, resultado que concuerda con el resto de investigaciones realizadas hasta el momento en España, Noruega y Estados Unidos con población drogodependiente (Mykletun, Dahl, O'Leary y Fossa, 2005; O'Leary et al., 2003; Vallejo-Medina et al., 2009).

En cuanto al funcionamiento sexual, evaluado a través del CSFQ-14 (Keller et al., 2006; Vallejo-Medina et al., 2010), se puede concluir que la puntuación drogodependiente puntuó más bajo que la no drogodependiente tanto en el aspecto psicológico del deseo como en la dimensión fisiológica de la excitación-orgasmo, mostrando así peor funcionamiento sexual. Por tanto, se evidencian las graves repercusiones que posee el consumo de drogas tanto en la dimensión psicológica (Aguilar de Arcos et al., 2008; Ávila Escribano, Pérez Madruga, Olazábal Ulacia y

López Fidalgo, 2004; La Pera et al., 2003; Lévy y Garnier, 2006; Peugh y Belenko, 2001; Rosen, 1991; Smith, 2007), como en la fisiológica (Argiolas, 1999; Cocores, Miller, Pottash y Gold, 1988; Crenshaw y Goldberg, 1996; Johnson, Phelps y Cottler, 2004) de la sexualidad. Además, en lo que respecta a la última dimensión evaluada por el cuestionario, el placer, la muestra de no drogodependientes obtuvo puntuaciones más altas que la de drogodependientes. Finalmente, con las puntuaciones globales se apoya la conclusión de que las personas que presentan una adicción muestran un peor funcionamiento sexual que las que no la tienen (Vallejo-Medina et al., 2010). De forma más concreta, se pueden entrever las dificultades y disfunciones que pueden sufrir los drogodependientes en relación al deseo sexual, el orgasmo y la eyaculación, como ya se ha puesto de manifiesto en otras investigaciones (Rostami et al., 2010).

En lo referente a las conductas sexuales, es importante ahondar en las diferencias entre ambos grupos de participantes. Tal y como encontraron Bellis y Hughes (2004) en su estudio, los drogodependientes presentaron una mayor frecuencia sexual en los tres meses previos en comparación con la población general, además de presentar un mayor número de parejas sexuales tanto en ese periodo de tiempo como a lo largo de su vida. Esto revela que esta población es sexualmente activa (Insúa, 1999). Además, el porcentaje de drogodependientes que afirma haber tenido relaciones sexuales con penetración anal supera, en más del doble, a la proporción de no drogodependientes que lo han hecho. Este tipo de relaciones incrementa las posibilidades de contraer una ITS, sobre todo si las relaciones son sin preservativo, ya que dicha práctica sexual conlleva el doble de riesgo que el coito vaginal (Giesecke et al., 1992). Otro de los factores que puede incidir en la emisión de conductas sexuales de riesgo es mantener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y/o de otras drogas (Pérez del Río y Mestre Guardiola, 2015). En este estudio se ha puesto de manifiesto que los participantes drogodependientes han mantenido una mayor proporción de relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas, lo que puede incidir en la emisión de conductas de riesgo, debido a que estas sustancias influyen en la toma de decisiones, en la percepción de riesgo y conllevan una sobrevaloración de las propias capacidades, lo que unido a una mayor excitación sexual puede hacer que se dificulte la emisión de conductas sexuales seguras (Falck, Wang, Carlson y Siegal, 1997; Insúa, 1999).

Los resultados de este estudio aportan información relevante sobre la influencia que tiene el consumo de sustancias en la sexualidad de las personas que las consumen. No obstante, se deben tener en cuenta algunas limitaciones existentes tanto en este

estudio concreto como en la literatura existente en esta temática. En primer lugar, es importante resaltar el déficit de instrumentos validados en población drogodependiente y centrados en el ámbito de la sexualidad. Así, la investigación queda limitada al uso de los pocos instrumentos disponibles, sin posibilidad de seleccionar. Otra limitación a subsanar en futuras investigaciones es que la muestra se ha compuesto únicamente de hombres, ya que los instrumentos validados en este tipo de población se han realizado con ellos. Sería interesante incluir a mujeres en futuros estudios, para comprobar si los resultados existentes con hombres son ampliables a las mujeres, o si por el contrario la relación entre consumo de drogas y sexualidad sigue patrones distintos en ellas. El papel de la deseabilidad social también es destacable en este caso, ya que al preguntarse sobre temas íntimos y personales las respuestas pueden verse influidas por este fenómeno. Además, el hecho de que todos los participantes drogodependientes estuvieran en tratamiento y la mayoría de ellos en un régimen residencial puede influir en las respuestas, ya que llevan un ritmo de vida mucho más estructurado que el resto de participantes, pudiendo darse una incompatibilidad entre lo que les gustaría hacer y lo que realmente hacen. Por tanto, son necesarias más investigaciones en este campo y con esta población, ampliando el número de instrumentos validados disponibles y analizando los mecanismos por los que el consumo de drogas influye directamente en la sexualidad de los individuos. De la misma manera, urge incluir en el tratamiento de los drogodependientes algunos aspectos relacionados con la sexualidad, ya que normalmente no quedan cubiertos y, como se ha puesto de manifiesto, resulta de vital importancia para el bienestar y recuperación de estas personas.

Finalmente, la conclusión que se extrae del presente estudio es que la población drogodependiente posee una vida sexual activa, con un mayor número de parejas sexuales y una mayor emisión de conductas sexuales que la población general, a pesar de tener un peor funcionamiento y respuesta sexual. Estos hechos, que pueden parecer contradictorios, pueden estar justificados en que muchas de esas relaciones se han tenido bajo los efectos de las drogas, de manera que se excusan en la desinhibición que éstas causan para facilitar los encuentros sexuales. El problema es que esos encuentros, a medio y largo plazo se pueden ver limitados, en número y en consecuencias positivas y pueden alterar el funcionamiento sexual de estas personas, influyendo así en su bienestar.

Referencias

- Aguilar de Arcos, F., Verdejo García, A., López Jiménez, A., Montañez Pareja, M., Gómez Juárez, E., Arráez Sánchez, F. y Pérez García, M. (2008). Cambios en la respuesta emocional ante estímulos visuales de contenido sexual en adictos a drogas. *Adicciones*, 20, 117-124.
- Argiolas, A. (1999). Neuropeptides and sexual behaviour. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 23, 1127-1142.
- Ávila Escribano, J.J., Pérez Madruga, A., Ólazabal Ulacia, J.C. y López Fidalgo, J. (2004). Disfunciones sexuales en el alcoholismo. *Adicciones*, 16, 1-6.
- Basson, R. (2004). Recent advances in women's sexual function and dysfunction. *Menopause*, 11, 714-725.
- Bellis, M.A. y Hughes, K. (2004). Pociones sexuales. Relación entre alcohol, drogas y sexo. *Adicciones*, 16, 249-258.
- Buffum, J., Moser, C. y Smith, D. (1988). Street drugs and sexual function. En J.M.A. Sitsen, J. Money y H. Musaph (Eds.), *Handbook of Sexology: The pharmacology and endocrinology of sexual function* (pp. 462-477). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- Cocores, J.A., Miller, N.S., Pottash, A.C. y Gold, M.S. (1988). Sexual dysfunction in abusers of cocaine and alcohol. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 14, 169-173.
- Crenshaw, T.L. y Goldberg, J.P. (1996). *Sexual pharmacology: Drugs that affect sexual functioning*. Nueva York: W.W. Norton & Company.
- Eurocare (2001). *Marketing alcohol to young people*. Saint Ives: Eurocare.
- Falck, R.S., Wang, J., Carlson, R.G. y Siegal, H.A. (1997). Factors influencing condom use among heterosexual users of injection drugs and crack cocaine. *Sexually Transmitted Diseases*, 24, 204-210.
- Frago, S. y Sáez, S. (2007). Drogas y sexualidad. Repercusiones en la vida erótica. *Revista Sal de Dudas*, 5, 133-152.
- Giesecke, J., Ramstedt, K., Granath, F., Ripat, T., Rådö, G. y Westrell, M. (1992). Partner notification as a tool for research in HIV epidemiology: behaviour change, transmission risk and incidence trends. *AIDS*, 6, 101-108.
- González Marquetti, T., Gálvez Cabrera, E., Álvarez Valdés, N., Cobas Ferrer, F.S. y Cabrera del Valle, N. (2005). Drogas y sexualidad: grandes enemigos. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 21, 135-149.

- Insúa, P. (1999). *Programa de formación para la prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas. Manual de educación sanitaria: Recursos para diseñar talleres de prevención con usuarios de drogas*. Zarautz: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo y Universidad del País Vasco.
- Johnson, S.D., Phelps, D.L. y Cottler, L.B. (2004). The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 55-63.
- Keller, A., McGarvey, E.L. y Clayton, A.H. (2006). Reliability and construct validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire short-form (CSFQ-14). *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 43-52.
- La Pera, G., Giannotti, C.F., Taggi, F. y Macchia, T. (2003). Prevalence of sexual disorders in those young males who later become drug abusers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29, 149-156.
- Lévy, J.J., y Garnier, C. (2006). Drogues, médicaments et sexualité. *Drogues, Santé et Société*, 5, 11-48.
- Mykletun, A., Dahl, A.A., O'Leary, M.P. y Fossa, S.D. (2005). Assessment of male sexual function by the Brief Sexual Function Inventory. *BJU International*, 97, 316-323.
- O'Leary, M.P., Fowler, F.J., Lenderking, W.R., Barber, B., Sagnier, P.P., Guess, H.A. y Barry, M.J. (1995). A brief male sexual function inventory for urology. *Urology*, 46, 697-706.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2016). *Informe Europeo sobre Drogas 2016: Tendencias y novedades*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- O'Leary, M.P., Rhodes, T., Girman, C.J., Jacobson, D.J., Roberts, R.O., Lieber, M.M. y Jacobsen, S.J. (2003). Distribution of the Brief Male Sexual Inventory in community men. *International Journal of Impotence Research*, 15, 185-191.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *La OMS advierte de que las personas con más riesgo de contraer la infección por el VIH no están recibiendo los servicios de salud que necesitan*. Recuperado el 20 de abril de 2016, de <http://www.who.int>.

- Pereiro Gómez, C. y Serrano Cartón, M. (2006). Drogas y disfunción sexual. *Adicciones, 18*, 231-243.
- Pérez del Río, F. y Mestre Guardiola, M. (2015). ¿Por qué es necesario atender la sexualidad en un centro de drogodependencias? *Revista de la Asociación Proyecto Hombre, 1*, 22-27.
- Peugh, J. y Belenko, S. (2001). Alcohol, drugs and sexual function: A review. *Journal of Psychoactive Drugs, 33*, 223-232.
- Plan Nacional sobre Drogas (2013). *Memoria: Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Poulin, C. y Graham, L. (2001). The association between substance use, unplanned sexual intercourse and other sexual behaviors among adolescent students. *Addiction, 96*, 607-621.
- Rosen, R.C. (1991). Alcohol and drug effects on sexual response: Human experimental and clinical studies. *Annual Review of Sex Research, 2*, 119-179.
- Rostami, R., Zarei, J. e Iarijani, R. (2010). Sexual dysfunctions and related cognitive variables in addict men. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 5*, 741-743.
- Smith, S. (2007). Drugs that cause sexual dysfunction. *Psychiatry, 6*, 111-114.
- Traeen, B. y Kvaalem, I.L. (1996). Sex under the influence of alcohol among Norwegian adolescents. *Addiction, 91*, 995-1006.
- Vallejo-Medina, P. y Sierra, J.C. (2013). Effect of drug use and influence of abstinence on sexual functioning in a Spanish male drug-dependent sample: A multisite study. *Journal of Sex Research, 10*, 333-341.
- Vallejo-Medina, P., Guillén-Riquelme, A. y Sierra, J.C. (2009). Análisis psicométrico de la versión española del Brief Sexual Function Inventory (BSFI) en una muestra de hombres con historia de abuso de drogas. *Adicciones, 21*, 221-228.
- Vallejo-Medina, P., Guillén-Riquelme, A. y Sierra, J.C. (2010). Psychometric properties of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire-Short-Form (CSFQ-14) in a sample of males with drug abuse history. *Sexuality and Disability, 28*, 105-118.

Anexo

Anexo 1. Modelo de cuestionario para población drogodependiente

Consentimiento Informado

Desde la Universidad de Zaragoza estamos tratando de conocer algunos aspectos relacionados con las experiencias y conductas sexuales de la población española. Para ello, necesitamos que rellene algunos cuestionarios, lo que le llevará aproximadamente diez minutos, en los que se le preguntará por algunos aspectos relacionados con su sexualidad. Esta información nos permitirá mejorar nuestro conocimiento sobre las conductas sexuales y las razones por las que se llevan a cabo.

Somos conscientes de que algunas de las preguntas tratan aspectos de su vida privada, por esta razón garantizamos su anonimato y que sus respuestas serán completamente confidenciales. En cumplimiento de la ley de protección de datos, no se le pedirá ningún tipo de información que nos permita identificarle (nombre, iniciales, etc.). Además, se le asignará un código que no permitirá su identificación. Tenga en cuenta que su participación es completamente voluntaria, si en algún momento siente la necesidad de abandonar el estudio, puede hacerlo sin problema. Es necesario que usted sea completamente sincero y honesto a la hora de responder, de lo contrario, este trabajo perdería su valor.

En relación con esta petición, y según el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal establece, se informa de lo siguiente:

- a. Los resultados extraídos de los datos obtenidos serán empleados única y exclusivamente con fines científicos y la difusión de los mismos se realizará a través de informes científicos y artículos de investigación publicados en revistas especializadas. En ningún caso se facilitará la identidad de ninguno de los participantes.
- b. Las preguntas planteadas son todas de carácter opcional, usted puede no responder en el caso de que así lo estime.
- c. Los datos obtenidos serán de utilidad para el avance científico en el campo de la sexualidad humana, la ampliación de conocimientos, así como el desarrollo de estrategias preventivas para experiencias sexuales disfuncionales.
- d. En todo momento, usted puede oponerse a facilitar los datos y ofrecer respuestas, incluso a detenerse en el proceso de respuesta si ya hubiese comenzado.
- e. La responsable de la aplicación y tratamiento de los datos es Dña. Estefanía Catalán Sebastián (546681@unizar.es), de la Universidad de Zaragoza.

Si está de acuerdo en participar, por favor, DÉ SU CONFORMIDAD A ESTA DECLARACIÓN:

- He recibido y leído la información sobre el estudio.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin ningún tipo de consecuencia negativa.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Sí

No

CSD

Sexo Varón Mujer

Edad (Indique su edad en años) _____ años

¿Mantiene en la actualidad una relación de pareja? Sí No

***En caso de que sí, ¿cuál es la edad de su pareja?** _____ años

***En caso de que sí, ¿cuántos meses lleva con su pareja?** _____ meses

***En caso de que sí, ¿reside en la misma ciudad que su pareja?**
 Sí No

CS

A continuación se le realiza una serie de preguntas sobre las características fundamentales de su conducta sexual. Recuerde que no hay respuestas correctas ni incorrectas, sólo deseamos conocer su experiencia. Responda de forma honesta a las siguientes cuestiones.

1. Las primeras cuestiones hacen referencia a la masturbación.

¿Se masturba?

Sí No

***En caso de que haya contestado sí a la pregunta 1. ¿con qué frecuencia se masturba?**

1. Nunca
2. De una a tres veces al mes
3. Una vez a la semana
4. De dos a cuatro veces a la semana
5. De cinco a seis veces a la semana
6. Siete o más veces a la semana

2. Las siguientes cuestiones hacen referencia a las relaciones sexuales con penetración vaginal. ¿Ha tenido relaciones sexuales con penetración vaginal?

Sí No

***En caso de que haya contestado sí a la pregunta 2:**

1. ¿A qué edad tuvo su primer contacto sexual con penetración vaginal? _____ años
2. Con respecto a esta edad de inicio, ¿cómo considera que fue?
 Adecuada Temprana Tardía
3. Ese primer contacto sexual con penetración vaginal, ¿fue satisfactorio?

Ahora, piense en los últimos 90 días (3 meses) y conteste a las siguientes preguntas.

3. ¿Ha tenido relaciones sexuales con penetración vaginal en los últimos 90 días (3 meses)? Sí No

***En caso de que haya contestado sí a la pregunta 3:**

1. ¿Con cuántas parejas distintas ha tenido relaciones sexuales con penetración vaginal en los últimos 90 días (3 meses)? _____

2. ¿Cuántas relaciones con penetración vaginal ha tenido, aproximadamente, en los últimos 90 días (3 meses)? _____

3. ¿En cuántas de esas relaciones sexuales usasteis el preservativo? _____

4. ¿En cuántas de esas relaciones sexuales su pareja y/o usted habían consumido alcohol? _____

5. ¿En cuántas de esas relaciones sexuales su pareja y/o usted habían ingerido otras drogas (marihuana, cannabis, cocaína, éxtasis, LSD, etc.)? _____

4. Las siguientes cuestiones hacen referencia a las relaciones sexuales con penetración anal. ¿Ha tenido relaciones sexuales con penetración vaginal?

Sí No

***En caso de que haya contestado sí a la pregunta 4:**

1. ¿A qué edad tuvo su primer contacto sexual con penetración anal? _____ años

2. Con respecto a esta edad de inicio, ¿cómo considera que fue?

Adecuada Temprana Tardía

3. Ese primer contacto sexual con penetración anal, ¿fue satisfactorio?

Sí No

4. A lo largo de su vida, ¿con cuántas personas distintas ha tenido relaciones sexuales con penetración anal? _____

5. ¿Con qué tipo o tipos de pareja ha mantenido relaciones sexuales con penetración anal?

Pareja estable Pareja ocasional

Ambos tipos de pareja (estable y ocasional)

Ahora, piense en los últimos 90 días (3 meses) y conteste a las siguientes preguntas.

5. ¿Ha tenido relaciones sexuales con penetración anal en los últimos 90 días (3 meses)? Sí No

***En caso de que haya contestado sí a la pregunta 5:**

1. ¿Con cuántas parejas distintas ha tenido relaciones sexuales con penetración anal en los últimos 90 días (3 meses)? _____

2. ¿Cuántas relaciones con penetración anal ha tenido, aproximadamente, en los últimos 90 días (3 meses)? _____

6. ¿Alguna vez ha tenido una enfermedad de transmisión sexual (gonorrea, sífilis, virus del papiloma humano, clamidia, VIH, etc.)?

Sí No

***En caso de que haya contestado sí:**

1. ¿Cuántas veces se le ha diagnosticado una enfermedad de transmisión sexual (gonorrea, sífilis, virus del papiloma humano, clamidia, VIH, etc.)? _____
2. ¿Qué enfermedad/es de transmisión sexual se le ha/n diagnosticado? _____
3. ¿Alguna vez se ha realizado la prueba diagnóstica del VIH?
 Sí No

BSFI

A continuación se le plantean unas preguntas sobre su respuesta sexual. Le rogamos que conteste con sinceridad.

1. Durante los últimos 30 días, ¿Cuántos días ha experimentado impulsos sexuales?

0. Ningún día 1. Pocos días 2. Algunos días
3. La mayoría de los días 4. Casi todos los días

2. Durante los últimos 30 días, ¿Cómo valoraría su nivel de impulso sexual?

0. Nulo 1. Bajo 2. Medio 3. Medio-Alto 4. Alto

3. Durante los últimos 30 días, ¿Con qué frecuencia tuvo erecciones completas o parciales tras recibir cualquier forma de estimulación sexual?

0. Nunca 1. Pocas veces 2. Bastantes veces 3. Casi siempre 4. Siempre

4. Durante los últimos 30 días, cuando tuvo erecciones, ¿Con qué frecuencia éstas fueron lo bastante firmes como para llevar a cabo un coito?

0. Nunca 1. Pocas veces 2. Bastantes veces 3. Casi siempre 4. Siempre

5. ¿Cuánta dificultad ha tenido, durante los últimos 30 días para conseguir una erección?

0. No he tenido erecciones 1. Mucha dificultad 2. Alguna dificultad
3. Poca dificultad 4. Ninguna dificultad

6. Durante los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad tuvo para eyacular tras haber sido estimulado sexualmente?

0. No he eyaculado 1. Mucha dificultad 2. Alguna dificultad
3. Poca dificultad 4. Ninguna dificultad

7. En los últimos 30 días, ¿En qué medida consideró problemática la cantidad de semen que usted eyaculó?

0. No he eyaculado 1. Muy problemática 2. Moderadamente problemática
3. Poco problemática 4. Nada problemática

8. En los últimos 30 días, ¿En qué medida ha considerado como problemática la falta de actividad sexual?

0. Muy problemática 1. Moderadamente problemática 2. Poco problemática
3. Muy poco problemática 4. Nada problemática

9. En los últimos 30 días, ¿En qué medida consideró problemática su capacidad para alcanzar y mantener la erección?

0. Muy problemática 1. Moderadamente problemática 2. Poco problemática
3. Muy poco problemática 4. Nada problemática

10. En los últimos 30 días, ¿En qué medida consideró su eyaculación como problemática?

0. Muy problemática 1. Moderadamente problemática 2. Poco problemática
3. Muy poco problemática 4. Nada problemática

11. En conjunto, durante los últimos 30 días, ¿Cómo de satisfecho se ha sentido con su vida sexual?

0. Muy insatisfecho 1. Bastante insatisfecho 2. Ni satisfecho insatisfecho
3. Bastante satisfecho 4. Muy satisfecho

CSFQ-14

A continuación se le plantean algunas preguntas sobre cambios en su funcionamiento sexual. Le rogamos que conteste con sinceridad.

1. En comparación con el periodo de su vida de más placer y satisfacción sexual ¿Cómo de placentera es actualmente su vida sexual?

1. Ningún placer 2. Poco placer 3. Algún placer 4. Mucho placer 5. Gran placer

2. ¿Con qué frecuencia tiene actividad sexual (relaciones sexuales, masturbación) en la actualidad?

1. Nunca 2. Raramente (menos de una vez al mes) 3. Algunas veces (más de 1 vez al mes, pero menos de 2 veces por semana) 4. A menudo (más de 2 veces por semana) 5. Cada día

3. ¿Con qué frecuencia desea tener relaciones sexuales?

1. Nunca 2. Raramente (menos de una vez al mes) 3. Algunas veces (más de 1 vez al mes, pero menos de 2 veces por semana) 4. A menudo (más de 2 veces por semana) 5. Cada día

4. ¿Con qué frecuencia tiene actualmente pensamientos sexuales (pensar en tener actividad sexual)?

1. Nunca 2. Raramente (menos de una vez al mes) 3. Algunas veces (más de 1 vez al mes, pero menos de 2 veces por semana) 4. A menudo (más de 2 veces por semana) 5. Cada día

5. ¿Disfruta con libros, películas, música o material gráfico con contenidos sexuales?

1. Nunca 2. Raramente (menos de una vez al mes) 3. Algunas veces (más de 1 vez al mes, pero menos de 2 veces por semana) 4. A menudo (más de 2 veces por semana) 5. Siempre

6. ¿Cuánto placer experimenta cuando se pone a pensar o fantasear sobre sexo?

1. Ningún placer 2. Poco placer 3. Algún placer 4. Mucho placer 5. Gran placer

7. ¿Con qué frecuencia tiene erecciones relacionadas o no relacionadas con actividades sexuales?

1. Nunca 2. Raramente (menos de una vez al mes) 3. Algunas veces (más de 1 vez al mes, pero menos de 2 veces por semana) 4. A menudo (más de 2 veces por semana) 5. Siempre

8. ¿Consigue una erección fácilmente?

1. Nunca 2. Raramente (menos de una vez al mes) 3. Algunas veces (más de 1 vez al mes, pero menos de 2 veces por semana) 4. A menudo (más de 2 veces por semana) 5. Siempre

9. ¿Es capaz de mantener una erección?

1. Nunca 2. Raramente (menos de una vez al mes) 3. Algunas veces (más de 1 vez al mes, pero menos de 2 veces por semana) 4. A menudo (más de 2 veces por semana) 5. Siempre

10. ¿Con qué frecuencia ha experimentado erecciones prolongadas dolorosas?

1. Nunca 2. Raramente (menos de una vez al mes) 3. Algunas veces (más de 1 vez al mes, pero menos de 2 veces por semana) 4. A menudo (más de 2 veces por semana) 5. Cada día

11. ¿Con qué frecuencia eyacula?

1. Nunca 2. Raramente (menos de una vez al mes) 3. Algunas veces (más de 1 vez al mes, pero menos de 2 veces por semana) 4. A menudo (más de 2 veces por semana) 5. Cada día

12. ¿Es capaz de eyacular cuando quiere?

1. Nunca 2. Raramente (menos de una vez al mes) 3. Algunas veces (más de 1 vez al mes, pero menos de 2 veces por semana) 4. A menudo (más de 2 veces por semana)
5. Siempre

13. ¿Cuánto placer experimenta en sus orgasmos

1. Ningún placer 2. Poco placer 3. Algún placer 4. Mucho placer 5. Gran placer

14. ¿Con qué frecuencia tiene orgasmos dolorosos?

1. Nunca 2. Raramente (menos de una vez al mes) 3. Algunas veces (más de 1 vez al mes, pero menos de 2 veces por semana) 4. A menudo (más de 2 veces por semana)
5. Siempre