



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SU AFECTACIÓN EN LA
RESPUESTA SEXUAL DEL ADULTO JOVEN

CUENCA TENEMAYA MICHAEL FERNANDO
PSICÓLOGO CLÍNICO

SANCHEZ CORONEL EDIN JAHIR
PSICÓLOGO CLÍNICO

MACHALA
2020



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SU AFECTACIÓN EN LA
RESPUESTA SEXUAL DEL ADULTO JOVEN

CUENCA TENEMAYA MICHAEL FERNANDO
PSICÓLOGO CLÍNICO

SANCHEZ CORONEL EDIN JAHIR
PSICÓLOGO CLÍNICO

MACHALA
2020



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

EL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SU AFECTACIÓN EN LA RESPUESTA SEXUAL
DEL ADULTO JOVEN

CUENCA TENEMAYA MICHAEL FERNANDO
PSICÓLOGO CLÍNICO

SANCHEZ CORONEL EDIN JAHIR
PSICÓLOGO CLÍNICO

ULLAURI CARRION MARCIA GALINA

MACHALA, 29 DE ABRIL DE 2020

MACHALA
2020

El consumo de sustancias y su afectación en la respuesta sexual del adulto joven

INFORME DE ORIGINALIDAD

2%

INDICE DE SIMILITUD

0%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

1%

Submitted to Universidad San Francisco de Quito

Trabajo del estudiante

< 1%

★ Submitted to Universidad San Francisco de Quito on 2016-12-13

< 1%

Submitted to Universidad San Francisco de Quito on 2016-12-13

< 1%

Submitted to Universidad San Francisco de Quito on 2016-12-09

< 1%

Submitted to Universidad San Francisco de Quito on 2016-12-13

< 1%

Submitted to Universidad San Francisco de Quito on 2015-11-10

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 15 words

Excluir bibliografía

Activo

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Los que suscriben, CUENCA TENEMAYA MICHAEL FERNANDO y SANCHEZ CORONEL EDIN JAHIR, en calidad de autores del siguiente trabajo escrito titulado EL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SU AFECTACIÓN EN LA RESPUESTA SEXUAL DEL ADULTO JOVEN, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

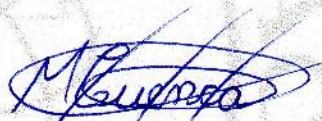
Los autores declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Los autores como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 29 de abril de 2020



CUENCA TENEMAYA MICHAEL
FERNANDO
0705131423



SANCHEZ CORONEL EDIN JAHIR
0706544095

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestra gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre nuestras vidas y a toda nuestra familia por estar siempre presentes.

Nuestros más profundos agradecimientos a todas las autoridades y personal que forman parte del Centro Especializado de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD-Santa Rosa), por confiar en nosotros, abrirnos las puertas y permitir realizar todo el proceso investigativo dentro de su establecimiento.

De igual manera nuestros agradecimientos a la Universidad Técnica de Machala, a nuestros profesores, en especial al Dr. Oscar Serrano, Psic. Gabriela Tambo, Psic. Karina Rojas y Dra. Carmita Villavicencio, quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos nos hicieron crecer día a día como profesionales, gracias por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

Finalmente, queremos expresar nuestro más grande y sincero agradecimiento a la Psic. Marcia Ullauri, principal colaboradora durante todo este proceso, quien con su dirección, enseñanza y conocimiento permitió el desarrollo de este trabajo.

Michael Fernando Cuenca Tenemaya.

Edin Jahir Sánchez Coronel.

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mis padres por su apoyo incondicional, por su amor, sus consejos, por ayudarme a lo largo de mi vida, por ser un ejemplo a seguir, por confiar en mí y sobre todo porque los amo. Gracias Agrapio y Angélica.

A mis abuelos por brindarme su valioso tiempo, por todas esas desveladas que les hago pasar, por soportarme y educarme, supieron direccionar mi vida y aunque de pequeño no entendía los regaños ahora comprendo que eran para mi bien, siempre recordare cuando madrugaban a hacer el desayuno y llevarme a la escuela, gracias por ser mi mayor ejemplo de vida Teresita y Napito.

A la memoria de Panchito y Juanita: Por enseñarme el valor de la humildad, de la inocencia y del amor.

A mi estimada Leidy: Por seguir a mi lado y sostenerme en los momentos que sentía desfallecer.

A todos mis compañeros de la universidad y sobre todo aquellos amigos que se convirtieron en familia: Anibal, Leonardo, Jorge, Jerson, Gean, Luis, Pedro, Dayana y Digna.

Por último y no menos importante este trabajo se lo dedico a mi compañero de titulación Jahir Sánchez: Por su motivación y perseverancia en los momentos de mi enfermedad, sin él este trabajo no sería posible.

Michael Fernando Cuenca Tenemaya.

DEDICATORIA

Llegado aquí, he compartido experiencias gratas y lecciones de vida en conjunto con personas que me permitieron continuar mis estudios y adquirir conocimientos, a razón de ello, mis más sinceros agradecimientos a:

Mi querida madre kenni, hermanos Willan y André, a mis tíos Cristhian, Laura, Janeth, a mis Abuelos Luisa y Samuel, y familia en general, por permitirme iniciar mi carrera universitaria y mantener su confianza incondicional.

Maicol y Jorge: por ser mis dos buenos amigos y compañeros de clase.

Micaela, Génesis, María: amigas especiales, cariñosas y tolerantes.

Docente Gabriela Tambo: estimada amiga excepcional y recomendada psicóloga.

Docente Marcia Ullauri: respetable docente, tutora y guía en el proceso de titulación.

Docente Karina Rojas: por su diligente orientación, conocimientos compartidos y dedicación a sus actividades.

Psicóloga Glenda Berrezueta: estimada guía en mi proceso de formación profesional y querida amiga.

Jonathan Hurtado: querido compañero.

Edin Jahir Sánchez Coronel.

EL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SU AFECTACIÓN EN LA RESPUESTA SEXUAL DEL ADULTO JOVEN

RESUMEN

Autores: Michael Fernando Cuenca Tenemaya

C.I.: 0705131423

mfcuencat_est@utmachala.edu.ec

Edin Jahir Sánchez Coronel

C.I. 0706544095

ejsanchezc_est@utmachala.edu.ec

Coautora: Marcia Galina Ullauri Carrión

C.I.: 0701952897

mullauri@utmachala.edu.ec

El alcohol a nivel mundial ha alcanzado grandes cifras de consumo, está presente en la mayoría de reuniones sociales, empleado como un medio para facilitar las interacciones llevándolos a un estado de euforia. Las sustancias psicoactivas se han convertido en una problemática a tratar cuando la dosis ya no es suficiente para experimentar los efectos iniciales y buscan sustancias que generen sensaciones más fuertes. Se tiene la idea errónea que estas sustancias incrementan el deseo sexual, en el caso del alcohol la interacción, la marihuana permite la relajación y la cocaína aumenta la excitación. Algunas investigaciones han demostrado las afectaciones de estas sustancias, el caso del alcohol genera impotencia sexual, la marihuana afecta a la etapa de la excitación y la cocaína a la larga genera disfunción eréctil, todas estas drogas producen sentimientos de inseguridad y de insatisfacción. Por ello, el presente trabajo pretende determinar las repercusiones del alcohol y otras drogas en la respuesta sexual del adulto joven. Para el estudio se tomó a 8 participantes varones del Centro Especializado de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD-Santa Rosa), en el Cantón Santa Rosa en la Provincia de El Oro, donde reciben atención médica, intervenciones psicológicas, terapia ocupacional y entre otros. La muestra fue tomada de una población de 37 participantes, los mismos que cumplen con los criterios de inclusión para el estudio de caso, las edades se encuentran entre los 18 y 35 años. El estudio se basa en un enfoque de tipo cualitativo mediante la recolección de datos bibliográficos como referencias científicas y textos académicos para el desarrollo y la construcción teórica. Como instrumento de recolección de información se utiliza la entrevista semiestructurada y la adaptación de unos test a una encuesta que facilita la identificación de la sintomatología. Del mismo modo se implementó preguntas direccionadas a la recolección de los datos de información. Las categorías de análisis establecidas para el estudio fueron los niveles de consumo de sustancias y la influencia en la respuesta sexual, de ello se tomó en consideración la actitud que tienen frente a la actividad sexual, el deseo y la frecuencia de las prácticas sexuales. Como resultado se constató la veracidad de la teoría, el consumo

de alcohol y drogas afecta tanto a nivel fisiológico como psíquico, los mismos que generan disfunción eréctil y dificultad para llegar al orgasmo. Las afectaciones psicológicas fueron más notorias, en la que manifiestan una insatisfacción hacia la respuesta sexual, el consumir produce un incremento en la etapa de excitación facilitando el orgasmo, posterior a ello, se produce la inconformidad debido a que la persona se encuentra bajo los efectos de la sustancia y tiene el impulso de volver a tener relaciones sexuales. Durante estas conductas, la droga reemplaza al deseo el que se encarga de los aspectos psicológicos y tras su disminución se produce la inconformidad con el acto sexual. De la misma manera se afecta las actitudes de la persona llegando a las distorsiones cognitivas, con el tiempo la frecuencia de la actividad sexual puede aumentar o disminuir dependiendo el caso, pero la disminución del deseo sigue en declive.

Palabras claves: Consumo de alcohol y drogas, conducta sexual, respuesta sexual.

THE CONSUMPTION OF SUBSTANCES AND THEIR AFFECTION IN THE SEXUAL RESPONSE OF THE YOUNG ADULT

ABSTRACT

Authors: Michael Fernando Cuenca Tenemaya

C.I.: 0705131423

mfcuencat_est@utmachala.edu.ec

Edin Jahir Sánchez Coronel

C.I. 0706544095

ejsanchezc_est@utmachala.edu.ec

Coauthor: Marcia Galina Ullauri Carrión

C.I.: 0701952897

mullauri@utmachala.edu.ec

Alcohol worldwide has reached large consumption figures, being present in most social gatherings, used as a means to facilitate interactions taking them to a state of euphoria. Psychoactive substances have become a problem to be treated when the dose is no longer sufficient to experience the initial effects and look for substances that generate stronger sensations. There is a misconception that these substances increase sexual desire, in the case of alcohol interaction, marijuana allows relaxation and cocaine increases arousal. Some research has shown the effects of these substances, the case of alcohol generates sexual impotence, marijuana affects the stage of excitement and cocaine eventually generates erectile dysfunction, all these drugs produce feelings of insecurity and dissatisfaction. Therefore, the present work tries to determine the repercussions of alcohol and other drugs in the sexual response of the young adult. For the study, 8 male participants were taken from the Specialized Center for the Treatment of People with Problematic Consumption of Alcohol and Other Drugs (CETAD-Santa Rosa), in the Santa Rosa Canton in the Province of El Oro, where they receive medical care, psychological interventions, occupational therapy and among others. The sample was taken from a population of 37 participants, the same that meet the inclusion criteria for the case study, the ages are between 18 and 35 years. The study is based on a qualitative approach through the collection of bibliographic data such as scientific references and academic texts for development and theoretical construction. The semi-structured interview and the adaptation of some tests to a survey that facilitates the identification of the symptomatology are used as an information collection instrument. Similarly, questions directed to the collection of information data were implemented. The categories of analysis established for the study were the levels of substance use and the influence on the sexual response, this took into account the attitude they have towards sexual activity, desire and the frequency of sexual practices. As a result, the veracity of the theory was verified, the consumption of alcohol and drugs affects both physiological and psychic levels, which generate erectile dysfunction and difficulty in reaching orgasm. The psychological affectations were more noticeable, in which they manifest a dissatisfaction towards the sexual response, the consumption produces an increase in the stage of excitation facilitating the orgasm, after that, the nonconformity occurs because the person

is under the effects of the substance and has the urge to have sex again. During these behaviors, the drug replaces desire which is responsible for psychological aspects and after its decrease there is a disagreement with the sexual act. In the same way, the person's attitudes are affected, reaching cognitive distortions, over time the frequency of sexual activity may increase or decrease depending on the case, but the decrease in desire continues to decline.

Key Words: Alcohol and drug use, sexual behavior, sexual response.

INDICE

RESUMEN	IV
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	9
1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	11
1.1 Definición y hechos de interés	11
1.2 Causas del problema de estudio	14
1.3 Tipologías y síntomas asociados.....	15
1.4 Pronóstico.....	19
1.5 Contextualización y objetivo de estudio	20
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO EPISTEMOLÓGICA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SU AFECTACIÓN EN LA RESPUESTA SEXUAL DEL ADULTO JOVEN DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL	22
2.1 Descripción del apartado teórico	22
2.2 Enfoque epistemológico y teoría de soporte	23
2.3 Argumentación teórica de la investigación.....	25
3. METODOLOGÍA	28
3.1 Diseño de Investigación	28
3.2 Técnicas e instrumentos utilizados.....	28
3.3 Categorías de análisis	30
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	31
4.1 El nivel del consumo de sustancias.....	31
4.2 La influencia del consumo de sustancias sobre la respuesta sexual	32
4.2.1 <i>Actitud hacia la conducta sexual.</i>	32
4.2.1 <i>Deseo.</i>	33
4.2.3 <i>Frecuencia de las prácticas sexuales.</i>	34
5. CONCLUSIONES	35
6. RECOMENDACIONES	36
BIBLIOGRAFÍA	37

INTRODUCCIÓN

Según informes de la Organización Mundial de la Salud (2018) refiere que el alcohol es responsable del 5,3% de muertes a nivel mundial registrado en el año 2016. Además, es el causante del 28,7% de accidentes, 21,3% de enfermedades orgánicas como problemas digestivos, a esto se suma el consumo de drogas que a su vez genera daños en su respuesta sexual, causando perjuicios a nivel psicológico.

En la investigación se describen los efectos que tienen el consumo de sustancias ilícitas a nivel psicofisiológico, entre los mencionados se encuentran episodios depresivos, estados de ansiedad, trastornos orgánicos y asociados a la sexualidad (J. Rodríguez y Salgado, 2017; Ruiz y Chulkova, 2016). Son las afectaciones en la respuesta sexual la consideración principal a describir.

Bajo términos de la Organización Mundial de la Salud (1994) el consumo de sustancias es catalogada como la ingesta indiscriminada de agentes psicotrópicos que acarrea consecuencias perjudiciales para la salud física y mental, además de ser un problema alarmante en base a los registros de muertes y enfermedades a nivel global, entre las causas que conllevan el consumo de sustancias se encuentran las disfunciones familiares, etapas de crecimiento, factores de la personalidad, entre otros.

Para la construcción de la investigación fue empleado el uso artículos científicos, libros, para los respectivos análisis de casos se pretende indagar a partir de entrevistas e instrumentos evaluación aplicada a un grupo seleccionado, el cual cumple un proceso de recuperación en el Centro Especializado de Tratamiento a personas con consumo problemático de Alcohol y otras Drogas, institución ubicada en el Cantón Santa Rosa, para la selección de los participantes se establecen los respectivos criterios de inclusión descritos posteriormente.

Referente al primer capítulo de la investigación, se centra en explicar las generalidades del estudio; definir los hechos de interés a tratar, las terminologías para una mejor comprensión lectora, se explican las causas del problema, tipologías y sus síntomas asociados con la investigación, determinar la contextualización donde se trabaja para obtener los resultados que respondan al objetivo de la investigación.

En el capítulo siguiente ofrece la fundamentación teórica epistemológica de la investigación, se presentan los postulados básicos para la construcción del enfoque seleccionado, siendo este el enfoque cognitivo conductual adecuado para el estudio respectivo y sus aportes sobre la problemática en cuestión.

A continuación, se describe la metodología empleada en la investigación, el diseño y las técnicas e instrumentos utilizados, la recogida de datos, el análisis casos y las categorías de análisis de la investigación.

Finalmente se presentan los resultados obtenidos y se realiza el análisis de las categorías seleccionadas. Además, se presentan las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

EL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SU AFECTACIÓN EN LA RESPUESTA SEXUAL DEL ADULTO JOVEN

1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1 Definición y hechos de interés

El consumo de sustancias comprende un patrón de comportamiento repetitivo de ingerir sustancias psicoactivas, ya sea por vía enteral o parenteral, de manera excesiva, lo cual resulta perjudicial para el organismo (Organización Mundial de la Salud, 1994). Se conoce como droga a toda sustancias natural o sintética que al ser ingeridas o administras en el organismo, causan cambios a nivel fisiológico y psicológico (Domínguez, Simón, y Minior, 2019).

Existe una tendencia conocida entre los jóvenes como binge drinking el cual consiste en consumir grandes cantidades de alcohol durante un corto periodo de tiempo, siendo la principal sustancia predilecta en reuniones sociales, utilizada como un método para desinhibirse, convirtiéndose en un hábito que se ha mantenido constantemente y es aprendido a través de la interacción social entre amigos, compañeros y familiares (Folgar, Rivera, Sierra, y Vallejo, 2015).

Manrique (2017) define a la adicción como una “enfermedad crónica y re-corrente caracterizada por conductas repetitivas y compulsivas que genera estados de necesidad que operan como pulsiones internas que evaden el auto-control y sólo pueden ser satisfechas por el consumo del elemento específico” (p. 3). Debido a ello quien la consume requiere continuar con un alza progresiva de la dosis inicial para mantener los efectos iniciales que la sustancia le causaba a nivel cognitivo, entre el conjunto de signos y síntomas que experimenta el drogodependiente comprenden episodios de ansiedad, aumento del ritmo cardiaco, presión en la caja torácica con sensación de no poder respirar, sudoración, paranoia, dolor a nivel muscular, sensación de pánico, delirios de grandeza (Macías, Gómez, León, Razón, y Hernández, 2017).

Existen estudios que demuestran el uso de sustancias psicoactivas con severas consecuencias, entre las cuales se encuentran las siguientes; en Europa se realizó un estudio con una muestra de 6280 jóvenes de 12 a 24 años de edad, se menciona que el 94% de los jóvenes han consumido alguna droga y entre la de mayor consumo se

encuentra el cannabis (Hernández et al., 2009). Así mismo en Portugal, Anes y Da Cruz Meirinho (2018) trabajaron con una muestra de 212 estudiantes de 12 y 18 años, como resultado el alcohol es la sustancia predilecta por los jóvenes, en el caso de otras drogas es menor, sólo el 4.2% indican haber consumido una o dos veces, en cuanto al tabaco el 68.9% informan nunca haberlo consumido.

En Latinoamérica, se ha reportado en México un alto índice de consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios según la Encuesta Nacional de Adicciones: la prevalencia en población adolescente empleada en fiestas y es el responsable de aproximadamente un 5,9% de las muertes a nivel mundial (Barradas, Fernández, y Gutiérrez, 2016).

El tabaco es otra sustancia perniciosa para la salud, el cual causa problemas en el sistema respiratorio, es de fácil distribución debido a la promoción que se le da a través de medios de comunicación, como una imagen a seguir, característico del consumismo, como es el caso de Sánchez, Andeuz, Santana, Hoil y CuFarfán (2017) en México, trabajaron con una muestra de 412 universitarios de Yucatán y 344 en Coahuila, teniendo como resultado un alto índice de consumo de tabaco en ambos estados superando el promedio a nivel nacional, por lo que requieren la tarea de discernir lo que transmiten los medios de comunicación para evitar el fomento a consumir el tabaco y otras drogas.

Otras investigaciones realizadas en las universidades de Veracruz, México, indican la relación de consumo y estudiantes universitarios de la región con estudiantes de migración interna, concluyendo que los estudiantes de otras regiones están más propensos a estas sustancias, siendo el alcohol la sustancia preferida por los estudiantes con un porcentaje de 54.9% seguido del tabaco con un 38.4% y como drogas ilícitas se encuentra la marihuana con un 7.7% (Salas, De San Jorge, Beverido, y Carmona, 2016).

En Cuba, un estudio con 71 pacientes demostró que la marihuana y el alcohol son las drogas de mayor tendencia por personas jóvenes, el 51% prefiere mezclar estas dos sustancias, también se encontró la falta de percepción en cuanto a la medición del riesgo de los cannabinoides (Rodríguez, Sit, Puentes, y Rosales, 2017). Los estudios realizados en Costa Rica con una muestra de 243 jóvenes, indican la relación del consumo y los factores de protección y de riesgo, llegando a la conclusión que los niveles de resiliencia son independientes de las drogas (Méndez y Bejarano, 2018).

En Colombia existe una alta prevalencia de trastornos mentales relacionados con las drogas, constituyéndose en una problemática para la salud pública siendo el alcohol la sustancia de mayor consumo con el 68.7%, mientras que el tabaco cuenta con el 31.3%, sobrepasando a la marihuana que se encuentra en tercer lugar con el 11.2% (Castaño et al., 2018). Pese a ello, existen políticas de consumo de cannabinoides las cuales se encuentran regularizadas con ciertas condiciones legales, estas cuestiones han generado que la población de consumidores se constituya en grupos y organizaciones con el fin de abogar por el consumo libre de la marihuana (Restrepo, 2017).

En Brasil, una investigación realizada en 965 adolescentes provenientes de 50 centros educativos públicos, constata las relaciones sociales y su influencia de las drogas, concluyendo que el 38% de los adolescentes consumen drogas en las cuales se encuentran el alcohol, el tabaco, el cannabis, las anfetaminas y entre otros (Donola y Malbergier, 2014). Por otro lado, el plan nacional de salud en Chile para la reducción del consumo de sustancias demostró ser ineficaz, esto se debe a la falta de educación sociales y culturales de la población, estos desenlaces ponen al país en una revisión e implementación de nuevos planes de intervención para la salud mental (Olivares y Del Valle, 2019).

En Ecuador también existen altos índices de consumo de alcohol, marihuana e inhalantes, principalmente en adolescentes y adultos jóvenes, identificados por el Ministerio de Educación en instituciones educativas lo cual requiere atención inmediata (Loor, Hidalgo, Macías, García, y Scrich, 2018). Además, el Ecuador se ha convertido en un *paso* para la comercialización de la droga procedente de Colombia, facilitando la adquisición por parte de la comunidad (Cerón, 2018).

En la provincia del el Oro especialmente en Machala, un estudio transversal en 367 estudiantes en edades de 13 y 16 años provenientes de centros educativos públicos y privados, demuestra la relación entre consumo y conductas sexuales de riesgo, concluyendo que la población masculina tiene mayor índice de conductas sexuales de riesgo bajo los efectos del alcohol con un porcentaje del 27.4% (Pérez, López, y Espinoza, 2019).

Espada, Morales, y Orgilés (2012) en un estudio realizado con 351 estudiantes españoles de entre 14 y 18 años, hombres y mujeres, evidenciaron que el uso de drogas es mayormente empleado cuando su vida sexual inicia antes de los 15 años.

1.2 Causas del problema de estudio

El consumo de sustancias psicotrópicas es actualmente una problemática que afecta el equilibrio en todas las esferas de vida de un individuo cuando ocurre una dependencia hacia las sustancias psicoactivas. La adolescencia es la edad promedio donde se inicia la curiosidad, normalmente se confunden los conceptos de pubertad y adolescencia. La pubertad consiste en la edad fértil y se caracteriza por cambios anatomofisiológicos. Estos cambios biológicos transcurren entre los 10 y 19 años. Debido a su estilo de vida, las personas jóvenes se encuentran en índices desproporcionados de embarazos no planificados, enfermedades de transmisión sexual y problemas relacionados con su salud, es por ellos que la Organización Mundial de la Salud (2016) clasificó como grupos vulnerables a los jóvenes y adolescentes.

La adolescencia, es una etapa en el ciclo de todo ser humano entre la infancia y el inicio de la edad adulta, comprendida entre los 10 hasta los 17 años, acompañado con cambios psíquicos, fisiológicos y sociales, la diferencia entre pubertad y adolescencia radica en que la pubertad es un aspecto netamente orgánico para el desarrollo físico (Güemes, Ceñal, y Hidalgo, 2017). La edad más vulnerable y que puede ser influenciada con respecto al tema del consumo de drogas es la ya mencionada adolescencia, en donde el individuo se encuentra en un proceso de cambio, adaptación a su ambiente y se vuelve altamente influenciado por los entornos en donde se desarrolla (Batllori, 2016; Faílde, Dapía, Alonso, y Pazos, 2015; Hernández, Espada, y Guillén, 2016).

Debido a ello Batllori (2016) refiere cuán importante es conocer a fondo la vida del adolescente, sus intereses, aptitudes, gustos personales, debilidades, entorno en el que se desenvuelve, entre otros. Uno de los problemas que puede ser responsable de conductas desadaptativas en el adolescente es su ambiente, el cual comprende un aspecto de sobreestimulación al que responde de manera excitada cuando este se torna demasiado estresante, son altos los niveles de adrenalina que se generan en su cerebro como resultado de las diferentes situaciones que experimenta, sobre todo en contextos actuales de consumismo, donde se es compartida gran cantidad de fomento a adquirir sustancias psicoactivas.

Otro aspecto responsable de esta problemática es vivir en un ambiente familiar desestructurado, el seno de la familia es el apoyo primario encargado de moldear el comportamiento, actitudes y valores de las personas, las figuras paternas son los

principales modelos para su futuro acople a la sociedad, por lo tanto, debe existir comunicación, estabilidad, con roles claros y límites establecidos (Batllori, 2016). Entre los conflictos para una desestructuración familiar se encuentra el divorcio, problemas laborales, integración de nuevos miembros de familia, descuido de la atención, falta de cercanía emocional, ello es capaz de generar ideas erróneas y destructivas en el adolescente, volviéndolo vulnerable a influencias externas.

1.3 Tipologías y síntomas asociados

Históricamente se han utilizado los opiáceos con fines analgésicos, entre los conocidos se encuentran la morfina, la codeína y entre otros de su clase. La heroína es conocida por ser una sustancia altamente adictiva, es 5 a 8 veces más potente que la morfina generando alta dependencia y mayor tolerancia, para poder alcanzar las mismas sensaciones que cuando se consume por primera vez, el consumidor requiere aumentar la dosis. Los efectos a corto plazo por consumo de heroína pueden variar de persona a persona, entre los más comunes se encuentra la depresión respiratoria el cual consiste en la disminución de las funciones respiratorias, pierden el hilo de sus pensamientos, se dificulta el razonamiento generando ofuscación mental (Frago y Sáez, 2007).

Actualmente se ha vinculado a las drogas con aspectos negativos y totalmente perjudiciales debido al uso que se le ha dado, desde los encuentros sociales, los efectos ocasionados, tanto psíquicos como comportamentales, identificando con calificativos denigrantes a aquellos sujetos que hacen uso de los mismos, además de configurar prejuicios (Tirado, 2018). Toda medicina se encuentra elaborada a base de drogas, en una medida exacta para su objetivo prescrito, únicamente se vuelve perjudicial cuando se excede el uso, entonces se convierte en un abuso de sustancias, lo cual conlleva a una dependencia generando posibles enfermedades orgánicas y psíquicas a largo plazo que se desarrollan con la edad, conocido como adicción.

El uso, abuso y dependencia corresponden a un problema a nivel mundial, correspondiente a un aproximado del 5,6% entre edades de 15 a los 64 años en el año 2016, además de haber existido un gran índice de muertes debido a enfermedades como VIH o Hepatitis, resultado directo de las drogas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018). El consumo de sustancias también pone en peligro la salud

orgánica de los sujetos, existiendo el peligro de adquirir enfermedades de transmisión sexual debido a una baja en las funciones psíquicas superiores de quien consume, alterando la capacidad de raciocinio y descuido frente a medidas de protección, aumento en la agresividad lo que desencadena en posibles homicidios y la muerte del consumidor en caso de existir sobredosis.

Las características prevalentes en personas con consumo problemático es la manipulación, los hace capaces de conseguir sus objetivos mediante el control y convencimiento de las personas a quienes les rodean, incluyendo especialmente sobre sus familiares, terapeutas; además de tergiversar la verdad o decir mentiras a conveniencia (Beck, Wright, Newman, y Liese, 1999).

El consumo de sustancias psicoactivas ocasiona cambios a nivel fisiológico y psíquico a quienes las ingieren, entre los síntomas asociados a la drogodependencia se encuentran depresión, paranoia, síntomas obsesivos-compulsivos, trastornos de la alimentación, ansiedad, alteraciones de personalidad y estrés postraumático (J. Rodríguez y Salgado, 2017; Ruiz y Chulkova, 2016). Existen síntomas de tipo orgánico, uno de ellos se lo conoce como trastorno temporomandibular, es un tipo de alteración que afecta a los músculos de la mandíbula, causando dolor y dificultad para masticar (Rotemberg, Sanguinetti, Massa, Triaca, y Kreiner, 2018).

Según la clasificación de las drogas, las sustancias depresoras del sistema nervioso central o también llamados barbitúricos, inhiben ciertas funciones del cerebro como la corteza frontal, provocan el sueño y pone a la persona en un estado de relajación. Dentro de estas sustancias se encuentra la heroína, el alcohol y otros opiáceos (Frago y Sáez, 2007).

El alcohol, es considerado un problema cuando ocasiona severos daños u obstaculiza el desempeño en las diversas áreas de vida del sujeto, aspecto familiar, laboral, social, respuesta sexual (Bolet y Socarrás, 2008). Estudios realizados en 1929 a estudiantes de educación media y alta en México, constató las afectaciones del consumo excesivo de alcohol y otras drogas en las áreas social, familia y personal (Rojas, Fleiz, Medina, De Los Angeles, y Domenech, 1999).

Las náuseas y el vómito son síntomas característicos de la heroína, normalmente aparece en los periodos de abstinencia, aunque también pueden aparecer durante el consumo. En mujeres el consumir durante el embarazo llega a ser perjudicial por ser una droga que

facilita el aborto espontáneo. Los efectos a largo plazo consisten en la adicción y debido a la administración por vía intravenosa son propensos a enfermedades infecciosas como la hepatitis B y C, el VIH, infecciones bacterianas y problemas reumáticos (Berbesi, Segura, Montoya, y Ramirez, 2016; Frago y Sáez, 2007).

El consumo en grandes cantidades de alcohol provoca acidez estomacal, cefaleas y en muy elevadas dosis causa intoxicación, coma etílico. Normalmente se encuentra presente en fiestas y reuniones sociales, produce un estado de relajación y euforia desinhibiendo al sujeto y así le es más fácil interactuar; en prolongadas dosis genera reacciones adversas, afecta a los reflejos y la memoria, la persona es incapaz de concentrarse en sus conversaciones y en altas dosis son incapaces de acordarse de lo que han hecho, afecta a los sentimientos y la capacidad reflexiva (Frago y Sáez, 2007).

La respuesta sexual humana se encuentra definida como una serie de fases experimentadas, como resultado de determinadas conductas de carácter sexual con la finalidad de obtener placer (Mas, 2005, 2007). Es un ciclo erótico donde experimentan cambios psíquicos y a nivel hormonal, físicos, aumento del ritmo cardíaco, irrigación de sangre, aumento de la respiración, donde suelen verse involucrados deseos y sentimientos entre sí.

Dicha respuesta se ve afectada de varias maneras, ello ocurre cuando existe un consumo prolongado de sustancias psicotrópicas, la cocaína por ejemplo, dentro del grupo de los estimulantes del Sistema Nervioso Central, durante sus primeros usos aumenta la sensibilidad, excitación, sensaciones nuevas que otorgan placer al consumidor, progresivamente el daño a largo plazo es evidente generando disfunción eréctil o ausencia de erección, pérdida de deseo, deficiencia en el funcionamiento sexual (González, Gálvez, Álvarez, Cobas, y Cabrera, 2006). Debido a ello la frustración en el consumidor es inminente, se hacen presentes los sentimientos de vergüenza y baja autoestima.

La drogodependencia es un patrón de comportamiento responsable de la alteración de la respuesta sexual, el cambio inicial es la respuesta emocional, las personas adictas presentan una disminución en la activación, el contenido erótico es percibido como menos atractivo y falta de interés (Aguilar et al., 2008). A pesar de que las drogas son empleadas como un potenciador sexual y mejorar sus experiencias, lo consiguiente son alteraciones menstruales, variaciones en la ovulación, frigidez, sequedad en los genitales, infertilidad,

anorgasmia, disminución de hormonas, espermatozoides, ausencia de erecciones, falta de deseo sexual, constituyen deficiencias y alteraciones debido al uso de sustancias psicoactivas (González et al., 2006).

Los estudios de García, Calvo, Carbonell y Giralt (2017) empleados en 172 estudiantes con una edad media de 21 años entre hombres y mujeres, han demostrado que el alto consumo de alcohol ocasiona mayores niveles de riesgo de adquirir y transmitir enfermedades de tipo sexual, debido al descuido y poco uso de medidas de protección, lo cual recomiendan atención integral para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas y de educación sexual.

La marihuana y el alcohol tienen efectos depresores sobre el Sistema Nervioso Central, generan relajación, estado aparente de bienestar, un incremento en la sensibilidad y alteración de la realidad temporo espacial, cuando el individuo necesita la sustancia para enfrentar juicios sociales, situaciones percibidas como adversas, entre otras, su consumo se vuelve frecuente, lo cual a largo plazo ocurre una baja en la producción de espermatozoides, disfunción eréctil, disminución de deseo sexual y desinterés por el mismo, además los opiáceos como la heroína generan eyaculación tardía, pérdida progresiva de la erección en el acto sexual, como resultado de los estados depresivos debido al hábito crónico (González et al., 2006).

A través de los años Masters y Johnson en la época de 1950 inician sus estudios sobre la respuesta sexual humana, lo hacen tomando aspectos fisiológicos y psicológicos proponiendo las 4 etapas del ciclo sexual: excitación, meseta, orgasmo y resolución (Gutiérrez, 2010). En 1979 Helen Singer Kaplan basándose en los estudios de Masters y Johnson propone el modelo trifásico, uniendo la etapa de la meseta a la de excitación y eliminando la etapa de resolución (Noa, Creagh, Soto, y Wilson, 2014). Actualmente el modelo de Kaplan es reconocido por la comunidad científica por ampliar el concepto de la respuesta sexual añadiendo una nueva etapa la cual era necesaria para poder generarse las otras, a esta la llamó el deseo sexual (Granero, 2014).

El modelo de Kaplan presta mayor importancia a los aspectos psicológicos los cuales son necesarios para poder efectuarse la respuesta sexual, la etapa del deseo está constituida por sentimientos y emociones que hacen posible la excitación y posteriormente el acto sexual (Granero, 2014; Noa, Creagh, Soto, y Wilson, 2014). Al consumir drogas, sean

estas depresoras o estimulantes del sistema nervioso central, afectan a la etapa del deseo, generan un incremento de los neurotransmisores en el tallo cerebral como la dopamina y la serotonina permitiendo un mayor incremento de la excitación sin la necesidad del deseo. Entonces, las personas confunden el deseo con la excitación y llegan a creer que, a mayor dosis, mayor es el deseo y mayor es la satisfacción sexual. Las drogas en la respuesta sexual resultan ser paradójico, las personas consumen para incrementar el deseo sexual, pero es el mismo consumo el que genera la insatisfacción (Frago y Sáez, 2007).

Como se mencionó, la droga genera un incremento de los neurotransmisores al igual que ocurre en el acto sexual, pero en menor producción, pero la diferencia ocurre en la etapa de la resolución, cuando se alcanza el orgasmo el cuerpo regula sus funciones cognitivas, regula el incremento de los neurotransmisores y la comunicación sináptica. No ocurre lo mismo cuando se consume, el cuerpo responde a la sustancia y no puede estabilizarse después del acto sexual, en su sistema aún se encuentra la sustancia que está estimulando la producción de dopamina y serotonina produciendo de nuevo la etapa de excitación. Quizá resulte satisfactorio volver a la etapa de excitación apenas haber alcanzado el orgasmo, pero la etapa del deseo se encuentra afectada, entonces vienen los problemas psicológicos y las disfunciones sexuales, en lo psicológico la persona se siente vacía y busca esta falta por medio del sexo y es aquí en donde los aspectos fisiológicos aparecen convirtiéndose en una retroalimentación en donde el adicto cree salir de estos problemas al incrementar su dosis (Frago y Sáez, 2007).

1.4 Pronóstico

El alcohol y otras afectan en mayor medida a personas con recursos económicos bajos, personas sin hogar y con riesgo de exclusión, a diferencia de personas de estatus social alto (Panadero, Vázquez, y Martín, 2017). Uno de los determinantes para ello es el nivel educativo y de información que se tenga previo al consumo para evitarlo. El contexto sociodemográfico en el que se desarrollan los sujetos, puede ser un factor de riesgo, al ser influenciados desde tempranas edades. A esto se suman otros elementos o entornos que puede ser el social y familiar, donde el sujeto es participante activo y receptor de información, en el que observa y aprende hábitos y conductas, lo que podría llevarlo a un

serio problema de dependencia afectando no solo su integridad sino su entorno (Hernández, Font, y Gras, 2015; Medina et al., 2015).

La colaboración del círculo familiar, conocido como grupo primario de apoyo es considerado como una de las fortalezas para la superación de esta problemática, la psicoeducación adecuada por parte de las instituciones educativas, para detecciones e intervención temprana y medidas preventivas. Cuando se encuentra en curso la problemática la implicación de la familia aporta en gran medida para la deshabitación del sujeto (Bejos, 2016).

De acuerdo a la información recolectada, es inminente el peligro hacia la salud física y mental en los sujetos consumidores, el deterioro será progresivo evidenciándose en las diferentes esferas de su vida y una prevención pertinente configura fortalezas contra el consumo de sustancias, además intervención adecuada en el momento de existir el problema debería garantizar la recuperación psicofisiológica y la respuesta sexual.

1.5 Contextualización y objetivo de estudio

La investigación plantea determinar las repercusiones del alcohol y otras drogas en la respuesta sexual del adulto joven. En el cual se aplicará un instrumento de evaluación adaptado de 3 escalas sobre respuesta sexual, donde se reúnen datos sociodemográficos, el tiempo de estancia en la institución, y sobre su experiencia en el sexo, se aplicó los instrumentos de evaluación al grupo selecto de 8 participantes de la institución el día jueves 30 de Enero del 2020, los participantes se encuentran en un proceso de tratamiento residencial de tipo voluntario con una duración de 6 meses, ubicado en el Centro Especializado de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas (CETAD-Santa Rosa), el cual se localiza en el Cantón Santa Rosa en la Provincia de el Oro, donde reciben atención médica, intervenciones de psicología, terapia ocupacional, asistencia social, entre otros.

El CETAD- Santa Rosa es una institución pública la cual ofrece un tipo de atención de tercer nivel, atiende a personas mayores de edad de entre 18 hasta 65 años con de consumo problemático de alcohol otras drogas correspondientes a provincias que conforman la Zona 7, las cuales son la provincia de El Oro, Loja y Zamora, aunque también existen

registros de personas de Guayaquil. En su mayor parte las personas acogidas corresponden a recursos económicos bajos y de contextos sociales de riesgo. La mayor parte de sus participantes no posee estudios superiores, además de estudios de bachillerato incompletos.

En la institución la intervención a los participantes mantiene un enfoque cognitivo conductual, manteniendo una intervención individual por semana con el psicólogo asignado durante su tiempo de estancia, en base a las necesidades del paciente se determina un plan de intervención con técnicas y estrategias para fortalecer su carácter, afrontamiento, autoestima, y prevención de recaídas, además la elaboración de plan de vida como parte final de su proceso de recuperación.

El CETAD de Santa Rosa posee actividades relacionadas que favorecen la inclusión social y la recuperación del participante, entre estas se realizan encuentros de la mañana, asambleas, reuniones de psicoeducación, actividades deportivas, terapias grupales, terapia focal, además de existir un sistema de fichas para la regulación comportamental, comprendidas desde faltas leves representados por las fichas de color verde, faltas moderadas son representadas con las fichas de color amarillo y las faltas graves representadas por las fichas rojas, en función de la falta cometida será la consecuencia que deben realizar los participantes de la institución.

Es importante destacar que, el contenido aplicado en los instrumentos de evaluación a los participantes no suelen ser temas que abarquen durante su proceso de internamiento, dicho esto en base a testimonio con el grupo de participantes colaboradores durante la aplicación; y únicamente el espacio donde se sienten más cómodos para tocar el tema de sexualidad es con su terapeuta asignado durante la intervención individual, a pesar de ello solo un pequeño porcentaje de los participantes refieren hacerlo.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO EPISTEMOLÓGICA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SU AFECTACIÓN EN LA RESPUESTA SEXUAL DEL ADULTO JOVEN DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

2.1 Descripción del apartado teórico

Los orígenes de la teoría cognitiva conductual se remontan a principios del siglo XX con la aparición del conductismo, este surge como respuesta a los problemas sociales de aquella época y como crítica ante la teoría dominante (Pulido y Pulido, 2006). Las aportaciones de Iván Pávlov y sus estudios fisiológicos en animales sirvieron de base para la escuela conductista que posteriormente la fundaría John Watson, este concluye que la conciencia es netamente observable y que responde a los estímulos del ambiente y no precisamente a factores internos de análisis (Gutierrez, 1999; Watson, 1980).

La teoría cognitivo conductual, se fue consolidando con los fundamentos teóricos de reflexología, el condicionamiento clásico, conexionismo de Thorndike, conductismo de Watson y neoconductistas, el condicionamiento operante de Skinner. Es a partir de los años 70 donde se reconoce más explícitamente los aspectos cognitivos los cuales son determinantes de la conducta, dicho enfoque se difunde rápido a raíz de la publicación de Mahoney en 1974 titulado cognición y modificación del comportamiento (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012).

Este se consolida a finales de los 70 para el estudio de la relación existente entre el estímulo y la respuesta en el ambiente que le rodea, determinando como responsables a las configuraciones cognitivas que conllevan a acciones mal adaptadas (Moreno, 2012). Es decir, se encarga de trabajar sobre respuestas desadaptativas tanto físicas y emocionales de manera simultánea, los cuales son el resultado de estímulos intrínsecos y extrínsecos, para esta labor las conductas y pensamientos desadaptativos aprendidas son identificadas en una evaluación integral para la reeducación del individuo y su adaptación al entorno, mediante técnicas y estrategias de tipo cognitivo conductuales utilizadas por el psicólogo.

Dentro del proceso de intervención con el enfoque cognitivo conductual para determinar la influencia entre el consumo de drogas y la respuesta sexual, se toma en consideración la actitud del individuo frente al acto sexual o su sistema de creencias en relación al sexo, siendo esta un determinante para considerar sus acciones en esta área, ello se configura

en su núcleo familiar con doctrinas impuestas por sus figuras parentales manteniéndose hasta la edad adulta (Moral, 2010).

Es importante determinar su capacidad que tienen para controlar sus impulsos de tener relaciones sexuales, su control se ve afectado por el aumento brusco de comunicación sináptica, mientras más tiempo de consumo posean los individuos, mayor será el daño a nivel neuronal, por lo tanto puede verse afectado el deseo por mantener relaciones sexuales, este puede disminuir en gran medida hasta el punto de no ofrecer el mismo o ningún tipo de satisfacción al sujeto, la problemática abarca el aspecto de la sexualidad del sujeto, se realiza el análisis sobre la frecuencia de las prácticas sexuales durante su periodo de ingesta (Coll y Fumaz, 2016).

2.2 Enfoque epistemológico y teoría de soporte

Las sustancias, como es del alcohol y otras drogas, es una problemática a nivel mundial que afecta considerablemente la vida del consumidor y su círculo social en el que interactúa, se ve afectado su esfera familiar, rendimiento laboral, vínculos sociales, progresivamente se ve inmerso en un círculo de policonsumo, violencia, delincuencia, ello afecta su salud tanto a nivel biológico y emocional, genera estados de crisis, episodios depresivos, desorientación, ideas delirantes, alucinaciones y altera su conducta y respuesta sexual (Esbec y Echeburúa, 2016).

La respuesta sexual consiste en una serie de acciones que conllevan al placer y como se ha señalado en este estudio, es una variable que se ve influenciada por el consumo descontrolado de alcohol y otras drogas, al experimentar con sustancias se produce una alza exponencial del placer y obtener mejores resultados en su experiencia sexual, aumentar el tiempo de duración del coito, y mejorar el éxtasis de la relación, creatividad, progresivamente el deseo es confundido con la excitación, afectando así las etapas o ciclo de la respuesta sexual, el empleo de la cocaína es el estimulante más utilizado para ello (Aguilar et al., 2008).

Es evidente el nivel de riesgo que experimentan las personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas a largo plazo, entre los conflictos en el área de la sexualidad se encuentran la disminución de la libido o pérdida total del deseo sexual, debido al

problema de halitosis que genera el tabaco, la eyaculación tardía se puede presentar debido al uso excesivo de opiáceos como la heroína vía intravenosa o por inhalación, además debido al uso de la marihuana ocurre la baja de producción de esperma, ello puede ocasionar alteraciones genéticas al momento de la procreación, el uso de anfetaminas puede ser responsable de impedimento para lograr el orgasmo incluso tener y mantener una erección (González, Gálvez, Álvarez, Cobas, y Cabrera, 2006).

La ingesta de alcohol genera deficiencias a nivel de todo el organismo, a largo plazo los efectos negativos en el área sexual son evidentes en el consumidor, la experiencia no es satisfactoria, menor interés sexual, eyaculación precoz, dificultad para lograr o mantener una erección, demora en lograr excitación, impotencia sexual, además consecuencias a nivel hormonal y testosterona (Molero et al., 2018). Para relacionar cómo afecta el consumo de drogas en la respuesta sexual de adultos jóvenes será tomado en cuenta el enfoque cognitivo conductual a razón del amplio estudio que permite abarcar tanto los pensamientos, emociones, sentimientos, correspondiente a la parte cognitiva y las respuestas comportamentales de los sujetos.

Se ha empleado el enfoque cognitivo conductual para realizar una serie de investigaciones donde se demuestra la eficacia sobre la adicción de sustancias, cuyos resultados favorecen la inserción familiar, laboral y social del individuo, además de mantener su periodo de abstinencia con el debido seguimiento (Fernández y Secades, 2000; Girón, Martínez, y González, 2002). Así mismo, a través de técnicas y estrategias cognitivo conductuales en pacientes con enfermedades severas como el cáncer, la cual genera patologías concomitantes como depresión ansiedad, baja autoestima, afectando así su imagen corporal trayendo consigo alteraciones en su respuesta sexual, el objetivo del proceso terapéutico es fortalecer su autoimagen, reestructurar creencias irracionales, mejorando así su valía personal (Narváez, Rubiños, Cortés, Gómez, y García, 2008).

El enfoque cognitivo conductual abarca esta problemática con la evaluación de las funciones psíquicas del individuo, sus pensamientos irracionales referentes a estas sustancias, lo cual permite determinar su estado mental actual, examinar acontecimientos que promueven al consumo de sustancias y como consecuencia causen alteraciones en su respuesta sexual, el empleo de técnicas específicas se enfocan en disminuir la ansiedad del paciente, la depresión, la ira, identificar situaciones de riesgo, reeducando al paciente en relación a sus estructuras cognitivas impregnadas, además del desarrollo de

habilidades de afrontamiento, para una mejor adaptación para sí mismo y su ambiente (Almaraz y Alonso, 2018; Beck et al., 1999). El tiempo de tratamiento se puede determinar según la necesidad del paciente y el criterio del terapeuta.

Según Beck et al. (1999) existe un modelo cognitivo de la adicción, manifestando así la existencia de procesamiento de información mediante la interpretación psíquica de un sujeto, tomando como base sus configuraciones psíquicas que mantiene hasta el momento de exploración, los componentes de este modelo es un elemento de la personalidad conocido como la autoeficacia, es la capacidad de juicio y competencia, como resultado de la intervención será modificar la percepción sobre lo que producirá en su organismo el consumir sustancias, dentro el proceso de emplea estrategias conocidas como atribuciones de causalidad, es decir imputar la responsabilidad de consumir al entorno o a su propia voluntad y las decisiones finales. Ello corresponde a un flujo de respuestas psíquicas que el sujeto experimenta según la circunstancia y su sistema de afrontamiento.

2.3 Argumentación teórica de la investigación

Según González y Rosa (2018) el 50% de las terapias de psicología aplicadas a problemáticas de drogodependencias se rigen por el enfoque cognitivo conductual, siendo procesos de aprendizaje, y teniendo como uno de los métodos principales la psicoeducación, cuya finalidad es de reconocer, corregir y mantener nuevos sistemas de pensamiento y conductas que sustituyan las mal adaptadas, además de abordar experiencias, situaciones, que predisponen a un desliz, recaídas, o craving de manera eventual.

Aplicar la psicoeducación involucra partir desde el diagnóstico obtenido, poder fortificar la capacidades de afrontamiento y componentes de la personalidad del individuo para su futura adaptación al nuevo estilo de vida, en caso de darse una enfermedad crónica, que le permita comprender su situación actual, evaluar sus oportunidades, y tomar decisiones acordes a su intereses coherentemente, en el caso de la investigación, el sujeto debe reconocer su problema con adicción al alcohol y otras drogas, valorar su estado de recuperación y establecer planes de prevención de recaídas (Montiel y Guerra, 2016). Es decir, integrar su condición actual a su nuevo estilo de vida, adaptación comportamental, mejorar su resiliencia.

Entre los procedimientos empleados, se encuentra el uso de entrevista para recolección de la información referente a las variables de estudio, construcción de la historia clínica y adecuar las técnicas cognitivo conductuales como son el método socrático como un medio de cuestionamiento o confrontación para el descubrimiento guiado y lograr una reflexión del tema en particular, la técnica de la flecha descendente nos permitirá identificar y reconocer pensamientos catastróficos arraigados que son predisponentes para la problemática en particular, emplear la técnica de retribución de responsabilidad permitirá al sujeto tomar iniciativa de cambios y no atribuir su problema de adicción a factores externos (Beck et al., 1999).

Además se emplea el método de registro de pensamiento el cual facilita identificar y recordar situaciones estresantes e incómodas que el sujeto no sepa cómo enfrentar y valorar sus métodos de afrontamiento emociones experimentadas en tiempo real, realizar la programación y control de actividades, ofrece la oportunidad de establecer una rutina de actividades bajo un control para mantener el proceso de abstinencia y evitar desliz, dichas técnicas son utilizadas de acuerdo a cada sesión para la disminución de síntomas psicológicos, ideación irracional y rumiantes, además se emplean cuestionarios con base científica para su uso y adaptación de acuerdo al caso (Beck et al., 1999). También, es necesario establecer un tiempo de seguimiento para confirmar la efectividad del enfoque utilizado y el bienestar del sujeto.

Como ya se ha mencionado el enfoque cognitivo conductual se centra en trabajar sobre aspectos personales del sujeto, de modo que pueda responder favorablemente a factores ambientales adversos, se establece tres modelos de intervención dentro del enfoque adoptado para la problemática de la drogodependencia; el primer modelo es llamado entrenamiento de las habilidades sociales y de afrontamiento, el cual favorece las deficientes capacidades personales que le conllevan a consumir sustancias psicoactivas, entre ellas se encuentran baja tolerancia al estrés, poco autocontrol, escasa asertividad, donde fortaleciendo los aspectos mencionado el individuo podrá mantener su proceso de recuperación y un estado de abstinencia a largo plazo (Secades, García, Fernández, y Carballo, 2007).

El segundo modelo es la denominada prevención de recaídas las cuales entrenan al individuo para enfrentar situaciones de riesgo, fortaleciendo sus capacidades cognitivas y comportamentales, ello permite identificar eventos riesgosos, llevar un autorregistro,

control de estrés, técnicas de imaginación, métodos para equilibrar su estilo de vida con estrategias de relajación y meditación, ello con la finalidad de fuentes alternativas a posibles recaídas. El tercer modelo direccionado por el enfoque cognitivo conductual es la terapia de conducta familiar y de pareja, principalmente con las entrevistas se evalúa los sistemas comunicación existentes en el círculo familiar del paciente identificado (PI), para determinar si es adecuado o conflictivo, identificar los límites y fronteras, estructuración de la familia, evaluar su manejo de contingencias frente a situaciones problemáticas, con ello el terapeuta pondrá en marcha un plan de intervención con reforzamiento positivo, asignación de tareas, habilidades de solución problemas, debido a que el grupo primario de apoyo o sistema familiar comprende un pilar de apoyo fundamental para el proceso de recuperación de un sujeto con consumo problemático de alcohol y otras drogas (Secades et al., 2007).

Para la intervención en trastornos asociados a la respuesta sexual, se emplean estrategias cognitivo conductuales adaptadas a la problemática, mediante técnicas de psicoeducación, se proporciona información al o a los participantes, en temas relacionados a las diferencias de género, el ciclo de la respuesta sexual, preparación, planificación, medidas de protección, respetar el principio de normalización, acerca de las preferencias sexuales y aversiones, y experiencias vividas, también se emplea reestructuración cognitiva para discernir pensamientos mágicos de los reales, difundidos por medios de comunicación, con la finalidad de evitar accidentes, problemas de eyaculación referente a la edad, además de utilizar el entrenamiento de habilidades conductuales, permite al sujeto liberarse de estigmas, restricciones estipuladas a lo largo de su vida, y superación de posibles traumas, el terapeuta podrá reforzar en su o sus pacientes su habilidades de comunicación, favoreciendo la escucha activa, y empatía, para tener acuerdos entre la pareja (Caballo, 2007).

Los tratamientos cognitivo conductuales demuestran ser los más factibles prestando servicio a problemáticas de drogodependencias y en trastornos asociados a la respuesta sexual, existiendo mejora en cuanto al proceso de recuperación, estado de abstinencia, y asociados a la imagen corporal, funcionamiento de su ciclo sexual (Javier Fernández, López, y Arteaga, 2011; Narváez et al., 2008; E. Sánchez, Tomás, y Morales, 2004; Secades et al., 2007).

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño de Investigación

El estudio se basa en un enfoque de tipo cualitativo, mediante la recolección de datos bibliográficos como lo son referencias científicas, textos académicos para el desarrollo y construcción teórica, garantizando la descripción del objeto de estudio (Gómez, 2009; Monje, 2011; Núñez, 2017). Como instrumentos de recolección de información se utilizó la entrevista semiestructurada, la encuesta sociodemográfica adaptado a las necesidades de la investigación la cual será descrita posteriormente.

Se considera pertinente establecer un alcance de tipo descriptiva para responder al fenómeno en el análisis de casos, el alcance consiste en describir, explicar y validar el cómo se relaciona el consumo de alcohol y otras drogas sobre la respuesta sexual del consumidor, el análisis de caso emplea métodos cualitativos o cuantitativos simultáneamente para la recolección de la información recolectada durante el desarrollo de la misma para finalmente extraer una interpretación cualitativa no estadística de los instrumentos con contenido numérico empleado, en caso de ser utilizados, el enfoque descriptivo permitirá la compilación de datos, su organización y descripción de los resultados de forma resumida y redacción de conclusiones claras (Abreu, 2012; Gómez, 2009; Jiménez, 2012; Monje, 2011).

Para la investigación se ha incluido un grupo como objeto de estudio, los criterios de inclusión para escoger los participantes son: que tengan antecedentes de consumo problemático, que se encuentren en un proceso de rehabilitación en un centro especializado para alcohol y otras drogas, su edad comprendida entre 18 hasta 35 años de edad y que pertenezcan a la provincia de el Oro.

3.2 Técnicas e instrumentos utilizados

Para el estudio se hace uso de una encuesta adaptada de otras escalas, la construcción final de la misma contiene ítems para recolectar información de los participantes de la investigación, su edad, estado civil, lugar de procedencia, estatus social, cantidad de consumo previo al ingreso a la Institución Especializada, denominada encuesta sociodemográfica (Anexo A).

Los ítems proporcionan información acerca del conocimiento existente sobre sexualidad, el impulso o el deseo sexual durante el último mes, la frecuencia de las prácticas sexuales durante el mes pasado; su capacidad para tener una erección en relación al mes pasado; determinar sus experiencias de orgasmo obtenidas durante prácticas sexuales en relación al mes pasado; la frecuencia de sus erección en relación con el mes pasado; su vida sexual de manera general durante los últimos 3 meses, finalmente sobre sus experiencias y deseo sexuales durante toda su vida.

Entre las escalas escogidas para la adaptación de la encuesta utilizada se encuentran: el Cuestionario de funcionamiento sexual del hospital de Massachusetts (MGH) de los autores Fava, Rankin, Alpert, Nierenberg y Worthington (2003), es un cuestionario que mide el funcionamiento sexual del individuo, es autoaplicado, consta de 5 ítems que evalúan las fases de la respuesta sexual humana, cada ítem tiene el tipo de respuesta tipo Likert donde 1 es mejor funcionamiento y 6 es ausencia total de la fase, el marco de referencia temporal es tomar en consideración el último mes, si en cada una de las respuestas el corte es mayor a 2 se considera disfuncional.

Otro instrumento tomado como referencia para la adaptación es la Escala de experiencia sexual de Arizona creado por McGahuey, Gelenberg, Laukes, Moreno y Delgado (2003) el cual es autoaplicada y permite cuantificar la disfunción sexual bajo efectos psicotrópicos, se encuentra conformada por 5 ítems y considera el Deseo-impulso, excitación, lubricación vaginal/erección, capacidad de alcanzar el orgasmo, satisfacción-placer en el orgasmo. La puntuación va en escala tipo Likert donde 1 no representa disfunción y 6 es disfunción en el grado extremo, el marco de referencia temporal es de la última semana.

Además se incluyó para complementar en la Escala Multidimensional para la Medición de Trastornos Afectivos, EMTA Abello, D. y Cortés, O., la cual evalúa los síntomas relacionados con el estado de ánimo (depresión) consta de 53 ítems con escala Likert cuya respuesta va desde 1 que significa nunca hasta 4 que significa siempre, mediante su aplicación se busca identificar síntomas depresivos del estado de ánimo verificar el impacto que tienen los mismos sobre la respuesta sexual (Abello, Cortés, Fonseca, García, y Mariño, 2013).

3.3 Categorías de análisis

Para el estudio respectivo las categorías de análisis determinadas fueron:

El nivel de consumo de sustancias. considerada en el estudio debido a que es una de las causas de accidentes, muertes y enfermedades con alto índice global, ello afecta a diferentes áreas de las personas en general, el aspecto social quien consume tiende a aislarse de sus círculos sociales, a nivel familiar ocurre un desequilibrio en los sistemas de comunicación y reglas, además afecta el rendimiento y desempeño laboral y sexual, además de ser importante conocer el tiempo de consumo para el análisis de caso y la posible intervención.

La influencia del consumo de drogas sobre la respuesta sexual. siendo vista la sexualidad como un tabú para el individuo en función de su contexto, inicialmente el sujeto hace caso omiso a los síntomas y afecciones que se pueden generar a cambio del aumento de placer que estas generan, las disfunciones a nivel sexual ocurren a largo plazo, disminución del deseo, pérdida de erección, entre otras. Las subcategorías derivadas son las siguientes: **Actitud hacia la conducta sexual, deseo y frecuencia de sus prácticas sexuales.**

La subcategoría de la actitud frente a la respuesta sexual, donde se pretende indagar sobre su sistema de creencias referente al sexo.

La siguiente se encuentra en relación al deseo de tener relaciones sexuales como resultado del consumo crónico de alcohol y otras drogas, determinar si su deseo ha aumentado o disminuido.

Por último, es determinar la frecuencia de sus prácticas sexuales, el nivel de placer obtenido durante el periodo de estas sustancias y comprobar la influencia existente.

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación encontrada sobre este tema de investigación nos demuestra que no hay mayores estudios en relación a la problemática existente entre el consumo de sustancias y la respuesta sexual. Para completar el objetivo de investigación se recolectó información por separado para la construcción de la misma, de acuerdo a los datos bibliográficos recolectados, las entrevistas realizadas y los instrumentos empleados se presentan los resultados obtenidos para determinar la influencia sobre la respuesta sexual.

4.1 El nivel del consumo de sustancias

La ingesta de psicotrópicos de manera crónica favorece el deterioro orgánico y deficiencia psíquica, el periodo de ingesta de sustancias es directamente proporcional al daño que estas generan, y afectan la denominada vía mesolímbica dopaminérgica, área responsable de la dependencia y adicción a estupefacientes, durante el consumo agudo (Fernández, 2002).

Esto se puede evidenciar en la entrevista, cuando mencionan varios de los participantes sobre la necesidad de consumo de diferentes sustancias; el cigarrillo, alcohol, marihuana y cocaína eran las más frecuentes y su consumo varía de 2 a 3 veces por semana, para bajar los niveles de ansiedad y angustia. Tanto así, que al momento de ingresar al Centro de Rehabilitación fueron medicados con fármacos para estabilizarlos; además estaba la idea errónea que estas sustancias mejoran la respuesta sexual. Este hábito afecta a la persona de manera paulatina, en la mayoría de los casos los síntomas aparecen en cuadros elevados, se hacen tolerantes a los efectos y cada vez necesitan mayor dosis llegando a ser diario, con la frecuencia aparecen las afectaciones físicas y psicológicas, sufren de paranoia y cuadros de ansiedad y de depresión, problemas respiratorios y contracciones musculares.

4.2 La influencia del consumo de sustancias sobre la respuesta sexual

El daño generado por la ingesta de estupefacientes a nivel psicofisiológico es evidenciado por el conjunto de signos y síntomas que experimenta el sujeto, además en este estudio se resalta la influencia que ejercen las drogas sobre la respuesta sexual, a largo plazo, el perjuicio en la sexualidad del consumidor es progresiva y para el sujeto se vuelve preocupante cuando determina que esta afecta su aparente rendimiento (C. Fernández, Rodríguez, Pérez, y Córdova, 2016).

En relación a los cambios fisiológicos en la actividad sexual los participantes mencionan haber sentido un cambio en su tiempo de erección, indicando que en la mayoría de las veces su erección no fue suficientemente estable en el acto sexual. Pese a ello, no se sienten preocupados por su capacidad de erección pues indican que la capacidad de tener una erección durante el último año ha aumentado moderadamente, pero disminuye en el acto sexual. Lo mismo ocurre con el orgasmo, con poca frecuencia alcanzan el orgasmo a veces solo es la mitad de sus relaciones sexuales, y durante el acto de les complica llegar al clímax y otras ocasiones consiguen lograrlo demasiado pronto quedando ligeramente satisfechos. A pesar de todas estas disfuncionalidades, los participantes manifiestan no sentirse preocupados por su actividad sexual.

4.2.1 Actitud hacia la conducta sexual. Es el aspecto cognitivo referente a sus doctrinas o sistema de pensamiento configurado en su ciclo de desarrollo, el cual incide directamente sobre sus decisiones, en este caso a la hora de mantener relaciones sexuales, determina su estado de ánimo, grado de presión social, gratificación (Moral, 2010). Los participantes mencionan que está bien tener relaciones sexuales con otras personas que no sean sus cónyuges, indican que sería interesante estos tipos de conductas. Para ellos es considerado bueno tener sexo de una noche, también resaltan la importancia de las relaciones satisfactorias para el mantenimiento de relaciones duraderas. Concluyen que las relaciones sin amor no son del todo gratificantes y que hoy en día el tener sexo ejerce una gran presión en los hombres ya que tienen mayor deseo sexual que las mujeres indicando que por estas razones las personas tienen relaciones sexuales a tempranas edades.

Las actitudes hacia la respuesta sexual resultan ser contradictorias en los participantes, esto se puede explicar por medio de su consumo, se encuentran con mayor incremento

del deseo sexual y la curiosidad por tener nuevas experiencias sexuales, razón por la cual indicaron que resultaría interesante el estar con otras personas mientras están casados. Pese a ello, mantienen su sistema de creencias y valores, reconocen la importancia de los sentimientos y emociones dentro del acto sexual y lo gratificante de tener relaciones con una pareja estable. Estos tipos de conductas indican el grado de afectación, por un lado, tienen la necesidad de satisfacer sus impulsos sexuales y por el otro la necesidad de modificar estos pensamientos.

4.2.1 Deseo. Los participantes mencionan haber pensado en sexo algunos días durante la semana, posteriormente aumentó a una vez al día hasta llegar a pensar varias veces a lo largo del día, estos pensamientos incluían interés por tener relaciones, fantasías y deseos de tener sexo. Durante los últimos meses los participantes mencionan no haber mantenido relaciones sexuales de ningún tipo, al recordar sus últimas experiencias sexuales indican que son pocas las veces que eran necesarias las caricias y besos para estimular el acto sexual. Para ellos resulta normal la frecuencia en relación a los pensamientos sobre el sexo, manifiestan no sentirse preocupados por sus impulsos sexuales a pesar de haber aumentado y haber tenido prácticas sexuales durante el último año. En relación a su frecuencia de las prácticas sexuales ha aumentado moderadamente, resulta normal para los participantes ya que mencionan que no se sienten nada preocupados sobre las mismas.

Si bien la etapa inicial del ciclo de la respuesta sexual proporcionado por Helen Kaplan inicia con el deseo, es el paso a la excitación hasta lograr el clímax sexual, las drogas inhiben la fase de deseo acostumbrando al organismo a dichas sensaciones intensas, posteriormente resultará complicado obtener el nivel de satisfacción sin estas sustancias (Granero, 2014). Para que haya una buena práctica sexual es necesario el cuidado en el aspecto psicológico, pues proporciona cambios que no pueden ser estimulados por ningún tipo de sustancia.

El deseo permite al organismo comunicarse paulatinamente, es la preparación para la etapa de excitación, pone en alerta a los sentidos permitiendo que el cuerpo asimile todos los cambios tanto internos como externos. Por medio del deseo se incrementa la producción de la dopamina y serotonina, neurotransmisores que permiten llevar el acto sexual de manera gratificante. Es lo mismo que ocurre en el consumo de drogas, pero de manera disfuncional, al consumir estas sustancias el organismo produce grandes cantidades de dopamina y serotonina de manera artificial, no son necesarios los besos,

caricias y abrazos, los mismo que proporcionan mayor deseo y excitación. Al saltarse esta etapa y pasar rápidamente a la excitación se genera una inestabilidad en el cuerpo por la razón que está bajo los efectos de la una sustancia invasiva la cual no le permite regularizar el organismo.

4.2.3 Frecuencia de las prácticas sexuales. Representa la experiencia de sus prácticas sexuales y el nivel de satisfacción obtenido bajo efectos de las drogas, el organismo requiere mayor dosis para mantener el estado de placer, ello desencadena una serie de complicaciones a nivel sexual (Coll y Fumaz, 2016). Respecto a la frecuencia, manifiestan no haber tenido la iniciativa para un acto sexual, en lugar fue su pareja quien proponía hacerlo, señalan compartir preferencias durante el acto sexual y refieren no haberse sentidos obligados, aunque con escasa afectividad hacia las mismas.

Los participantes refieren mantener un buen nivel de satisfacción con la frecuencia de sus prácticas sexuales, pese a ello han experimentado con medicamentos para mejorar sus erecciones de manera regular, sin preocupaciones, a pesar de reconocer que tienen problemas en la sexualidad los pacientes no han buscado ninguna ayuda profesional. En la aplicación de la encuesta los participantes mencionan tener un buen nivel de satisfacción, pese a ello, indican que sus encuentros sexuales son poco afectivos lo que demuestra una falta de interés emocional en el acto sexual, el mismo que intentan recompensarlo por medio de estimulantes que reemplacen al deseo y mejore la excitación llevándolos a experimentar con diferentes parejas. Este estilo de vida con el tiempo afecta a la frecuencia del acto sexual, sea en mayor o menor proporción, en cualquiera de los dos casos el área emocional se encuentra inestable lo cual conlleva diferentes encuentros sexuales con el afán de buscar esta satisfacción afectiva llegando a efectuarse conductas de riesgo.

5. CONCLUSIONES

El consumo de alcohol y otras drogas ha demostrado ser perjudicial para el ser humano en todos sus ámbitos sean estos personales, sociales o familiares. La mayoría de los adultos jóvenes son propensos a conductas de riesgo, las enfermedades de transmisión sexual representan un mayor peligro cuando la persona tiene una dependencia a estas sustancias. Este hábito afecta directamente a la respuesta sexual, generando disfuncionalidad sexual tanto física como psíquica, las complicaciones se encuentran en constante retroalimentación, cuando ocurre una disminución del placer sexual provocada por el consumo de sustancias, la persona intenta solucionar este malestar consumiendo mayor dosis de droga, esto genera una constante que deteriora al ser humano generando disfunción eréctil y una divergencia entre deseo y placer.

Los resultados constatan lo anteriormente dicho, por medio de la entrevista semiestructurada se evidencia a menor proporción los problemas disfuncionales, incremento de las erecciones matutinas, conductas obsesivas en relación al sexo, pensamientos y fantasías. Las alteraciones de carácter psicológico son más evidentes, existe un incremento en la excitación por causas del consumo y a la vez existe una disminución significativa en el deseo, pierden el interés por las conductas previas al acto sexual como los besos, caricias, abrazos o juegos de carácter sentimental. Se enfocan directamente en la excitación, tienden a querer alcanzar el orgasmo bajo los efectos de estupefacientes, pero a la vez esto provoca espasmos durante el orgasmo generando así un estado de insatisfacción que a la larga se convierten en alteraciones de su sexualidad; como la disfunción eréctil y pérdida total del interés por el sexo, pasando a ser una conducta más durante los efectos del consumo, porque han priorizado el alcohol y las drogas como sus estimulantes sexuales.

6. RECOMENDACIONES

Para disminuir casos de consumo problemático de sustancias, es preferible crear métodos de prevención sobre los mismos, los programas de psicoeducación que proporcione información sobre los efectos que las drogas generan a corto y largo plazo, a niveles psicofisiológicos, resaltando las afecciones en la respuesta sexual que podría ocasionar, explorando los pros y contras de dicha información con las personas más vulnerables ya mencionadas, los adolescentes, cuyo contenido sea de fácil comprensión y de forma llamativa por ello los lugares idóneos serían las instituciones educativas, donde es más el control que se puede ejercer.

Ofrecer orientación a los padres de familia como medida preventiva referente a temas de drogas y sexualidad es fundamental, para que puedan identificar posibles indicios cuando sus hijos se encuentren a inicios de este problema decadente, de modo que pueda existir ayuda de parte del grupo primario de apoyo, esto disminuirá porcentajes de personas con problemas de drogodependencia, enfermedades de transmisión sexual y enfermedades crónicas.

Otro aspecto es reforzar la atención en el área de la salud, evaluar, capacitar y comprobar la eficiencia del personal encargado de intervenir en problemáticas de consumo de alcohol y otras drogas que garantice atención adecuada cuando el problema se encuentre en curso.

BIBLIOGRAFÍA

- Abello, D., Cortés, O., Fonseca, L., García, P., & Mariño, J. (2013). Escala multidimensional de trastornos afectivos-empta: Análisis desde la teoría clásica de los test y la teoría de respuesta al ITEM. *Suma Psicológica*, 20(2), 203–216. <https://doi.org/10.14349/sumapsi2013.1442>
- Abreu, J. (2012). Hipótesis , Método & Diseño de Investigación. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 7(2), 187–197.
- Aguilar, F., Verdejo, A., López, A., Montañez, M., Gómez, E., Arráez, F., & Pérez, M. (2008). Cambios en la respuesta emocional ante estímulos visuales de contenido sexual en adictos a drogas. *Adicciones*, 20(2), 117–124.
- Almaraz, D., & Alonso, M. (2018). Terapia Cognitivo Conductual para Dejar de Fumar : Revisión Sistemática. *Enfermería Comunitaria*, 14, 8.
- Anes, M., & Da Cruz Meirinho, C. (2018). *CONSUMO DE TABACO, ÁLCOOL E DROGAS EM JOVENS ESTUDANTES*. 2, 9.
- Barradas, M., Fernández, N., & Gutiérrez, L. (2016). *Prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes universitarios*. 6, 14.
- Batllore, A. (2016). *El consumo de drogas entre adolescentes*. 1, 208.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. 420.
- Bejos, M. (2016). *Familia y adicciones*. 6.
- Berbesi, D., Segura, A., Montoya, L., & Ramirez, A. (2016). Factores asociados al consumo de cocaína en usuarios de heroína inyectable en Colombia. *Salud Mental*, 39(4), 205–211. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.024>
- Bolet, M., & Socarrás, M. (2008). *El Alcoholismo, Consecuencias y Prevención*. 22(1), 25–31. Retrieved from <http://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=el+alcoholismo+en+ecuador&btnG=&lr=>

- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual - I* (Vol. 1).
- Castaño, G., Sierra, G., Sánchez, D., Torres, Y., Salas, C., & Buitrago, C. (2018). Trastornos mentales y consumo de drogas en población víctima del conflicto armado en tres ciudades de Colombia. *Biomedica*, 38(1), 70–85.
<https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3890>
- Cerón, A. (2018). Geografías de la cocaína: trayectos de mujeres colombianas encarceladas por drogas en Ecuador. *Íconos - Revista de Ciencias Sociales*, (61), 51–69. <https://doi.org/10.17141/iconos.61.2018.3383>
- Coll, J., & Fumaz, C. (2016). Drogas recreativas y sexo en hombres que tienen sexo con hombres: chemsex . Riesgos, problemas de salud asociados a su consumo, factores emocionales y estrategias de intervención. *Rev Enf Emerg*, 15(2), 77–84.
- Dominguez, F., Simón, J., & Minior, M. (2019). Salud mental y drogas. *TEPEXI Boletín Científico de La Escuela Superior Tepeji Del Río*, 6(12), 48–53.
<https://doi.org/10.29057/estr.v6i12.4307>
- Donola, L., & Malbergier, A. (2014). A influência dos amigos no consumo de drogas entre adolescentes. *Estudos de Psicologia*, 31(1), 65–73.
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2016). Abuso de drogas y delincuencia: Consideraciones para una valoración forense integral. *Adicciones*, 28(1), 48–56. <https://doi.org/10.20882/adicciones.790>
- Espada, J. P., Morales, A., & Orgilés, M. (2012). Relación entre la edad de debut sexual y el sexo bajo los efectos de las drogas en la adolescencia. *Rev Esp Drogodependencias*, 25-35.
- Faílde, J., Dapía, M., Alonso, A., & Pazos, E. (2015). Consumo de drogas en adolescentes escolarizados infractores. *Educacion XXI*, 18(2), 167–188.
<https://doi.org/10.5944/educXX1.14014>
- Fernández, C., Rodríguez, S., Pérez, V., & Córdova, A. (2016). Prácticas sexuales de riesgo y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas en

- estudiantes de educación media y superior. *Revista Médica de La Universidad Veracruzana*, 16(1), 19–30. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70771>
- Fernández, E. (2002). *Bases neurobiológicas de la drogadicción*. 34(7), 659–664.
- Fernández, Javier, López, J., & Arteaga, A. (2011). Tratamiento de agresores contra la pareja en programas de atención a drogodependientes: Un reto de futuro. *Adicciones*, 23(1), 5–9. <https://doi.org/10.20882/adicciones.161>
- Fernández, José, & Secades, R. (2000). *La evaluación de los programas de tratamiento en drogodependencias. implicaciones profesionales para los psicólogos*. 77, 46–57.
- Folgar, M. I., Rivera, F. F., Sierra, J. C., & Vallejo, P. (2015). Binge drinking: Conductas sexuales de riesgo y drogas facilitadoras del asalto sexual en jóvenes españoles. *Suma Psicológica*, 22(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2015.05.001>
- Frago, S., & Sáez, S. (2007). *Drogas y sexualidad . Repercusiones en la vida erótica*. 5, 133–152.
- García, C., Calvo, F., Carbonell, X., & Giralt, C. (2017). Consumo Intensivo de Alcohol y Conductas Sexuales de Riesgo en Población Universitaria. *Salud y Drogas*, 17(1), 63–71. <https://doi.org/10.21134/haaj.v17i1.282>
- Girón, S., Martínez, J., & González, F. (2002). *Drogodependencias juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia*. 4(3), 161–170.
- Gómez, M. (2009). Introducción a la metodología de la investigación científica. *Editorial Brujas*, 2, 172.
- González, P., & Rosa, D. (2018). *Tratamiento psicológico para la rehabilitación del drogodependiente desde la percepción del psicólogo en el Centro Nacional de Control de Adicciones de Asunción - Paraguay*. 2(2), 17–26.

- González, T., Gálvez, E., Álvarez, N., Cobas, F., & Cabrera, N. (2006). Drogas y sexualidad: Grandes enemigos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(5–6), 1–14.
- Granero, M. (2014). Sexología basada en la evidencia: historia y actualización. *Revista CostaRRiCense de Psicología*, 33(2), 179–197. Retrieved from <http://www.rcps-cr.org>
- Güemes, M., Ceñal, M., & Hidalgo, M. (2017). Pubertad y adolescencia. *Revista de Formación Continua de La Sociedad Española de Medicina de La Adolescencia*, 5(1), 7–22. Retrieved from <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22 Pubertad y adolescencia.pdf>
- Gutiérrez, B. (2010). La respuesta sexual humana. *Amf*, 6(10), 543–546. Retrieved from http://amf-semfyc.com/upload_articles_pdf/La_respuesta_sexual_humana.pdf
- Gutierrez, G. (1999). Ivan Petrovich Pavlov (1849-1936). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31(3), 557–560. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/805/80531311.pdf>
- Hernández, O., Espada, J., & Guillén, A. (2016). Relación entre conducta prosocial, resolución de problemas y consumo de drogas en adolescentes. *Anales de Psicología*, 32(2), 609–616. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.2.204941>
- Hernández, O., Font, S., & Gras, M. (2015). Policonsumo de drogas y su relación con el contexto familiar y social en jóvenes universitarios. *Adicciones*, 27(3), 205–213. <https://doi.org/10.20882/adicciones.707>
- Hernández, T., Roldán, J., Jiménez, A., Mora, C., Escarpa, D., & Pérez, M. (2009). La Edad de Inicio en el Consumo de Drogas, un Indicador de Consumo Problemático. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 199–212. <https://doi.org/10.5093/in2009v18n3a2>

- Jiménez, V. (2012). El estudio de caso y su implementación en la investigación. *Revista Internacional de Investigación En Ciencias Sociales*, 8(1), 141–150.
- Loor, W., Hidalgo, H., Macías, J., García, E., & Scrich, A. (2018). Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Arch Med Camagüey*, 22(2), 130–138. Retrieved from file:///C:/Users/JUAN/Desktop/Adiccion/Adiccion drogas.pdf
- Macías, A., Gómez, M. de J., León, U., Razón, K., & Hernández, D. (2017). La Evaluación Psicofisiológica De Ansiedad En El Síndrome De Abstinencia Alcohólica: Estudio De Caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1).
- Manrique, J. (2017). Pobreza, adicciones y medio ambiente: cuestiones de interés común. *Inmanencia. Revista Del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Eva Perón*, 6(1), 2–7.
- Mas, M. (2005). *Fisiología de la respuesta sexual*.
- Mas, M. (2007). Fisiología de la respuesta sexual femenina: Actualización. *Revista Internacional de Andrología*, 5(1), 11–21. [https://doi.org/10.1016/S1698-031X\(07\)74029-3](https://doi.org/10.1016/S1698-031X(07)74029-3)
- Medina, M., Rafful, C., Villatoro, J., Oliva, N., Bustos, M., & Moreno, M. (2015). Diferencias sociodemográficas entre usuarios de inhalables, usuarios de otras drogas y adolescentes no consumidores en una muestra mexicana de estudiantes. *Revista Internacional de Investigación En Adicciones*, 1(1), 6–15. <https://doi.org/10.28931/riiad.2015.1.02>
- Méndez, J., & Bejarano, J. (2018). *Resiliencia y Consumo de Drogas. Un estudio en Jóvenes Costarricenses*. 1(159), 18.
- Molero, M., Pérez, M., Gázquez, J., Simon, M., Martos, Á., & Barragán, A. (2018). Acercamiento multidisciplinar a la salud. In *ASUNIVEP. Almería. España* (Vol. 3).

- Monje, C. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. *Universidad Surcolombiana*, 216. Retrieved from <http://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo+-+Guía+didáctica+Metodología+de+la+investigación.pdf>
- Montiel, V., & Guerra, V. (2016). La psicoeducación como alternativa para la atención psicológica a las sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(2), 332–336.
- Moral, J. (2010). Religión, Significados Y Actitudes Hacia La Sexualidad Un Enfoque Psicosocial. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(1), 45–59.
- Moreno, A. (2012). TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES DE TERCERA GENERACIÓN (TTG): LA ATENCIÓN PLENA / MINDFULNESS. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1–18.
- Narváez, A., Rubiños, C., Cortés, F., Gómez, R., & García, A. (2008). VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA TERAPIA GRUPAL COGNITIVO- CONDUCTUAL EN LA IMAGEN CORPORAL, AUTOESTIMA, SEXUALIDAD Y MALESTAR EMOCIONAL (ANSIEDAD Y DEPRESIÓN) EN PACIENTES DE CÁNCER DE MAMA. *Psicooncología*, 5(1), 93–102.
https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2008.v5.n1.16371
- Noa, L., Creagh, Y., Soto, O., & Wilson, D. (2014). El deseo sexual femenino. Un tema de interés para todos. *Rev Inf Cient*, 85(3), 514–525.
- Núñez, J. (2017). Los métodos mixtos en la investigación en educación: Hacia un uso reflexivo. *Cadernos de Pesquisa*, 47(164), 632–649.
<https://doi.org/10.1590/198053143763>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2018). Informe Mundial sobre las Drogas 2018. *Unodoc Research*, 24. Retrieved from [file:///C:/Users/usuario/Desktop/INFORME MUNDIAL SOBRE LAS DROGAS.pdf](file:///C:/Users/usuario/Desktop/INFORME%20MUNDIAL%20SOBRE%20LAS%20DROGAS.pdf)

- Olivares, D., & Del Valle, M. (2019). Salud Mental Comunitaria: Equipos psicosociales y políticas públicas en la intervención de personas con adicciones. *Psicoperspectivas*, *18*(2), 70–85.
<https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol18-Issue2-fulltext-1602>
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra Infecciones de Transmisión Sexual para 2016-2021. Hacia el fin de las ITS*. *Oms*, 64.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud*. 28. Retrieved from
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Panadero, S., Vázquez, J., & Martín, R. (2017). Alcohol, pobreza y exclusión social: Consumo de alcohol entre personas sin hogar y en riesgo de exclusión en Madrid. *Adicciones*, *29*(1), 33–36. <https://doi.org/10.20882/adicciones.830>
- Pérez, D., López, G., & Espinoza, E. (2019). Relación entre la búsqueda de sensaciones y conductas de riesgo en adolescentes ecuatorianos desde una perspectiva de género. *Información Psicológica*, *117*(9), 32–46.
- Pulido, M., & Pulido, A. (2006). LA HISTORIA VISTA A TRAVÉS DE UNA PERSPECTIVA COGNITIVO-CONDUCTUAL. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, *11*(2), 385–397.
- Restrepo, A. (2017). El derecho a consumir marihuana. *Estudios Políticos (Medellín)*, (50), 62–81. <https://doi.org/10.17533/udea.espo.n50a04>
- Rodríguez, J., & Salgado, A. (2017). *Patología dual en drogodependientes en tratamiento: resultados con el SCL-90-R*. *42*(3), 46–56.

- Rodríguez, L., Sit, R., Puentes, D., & Rosales, O. (2017). Consumo de drogas: Reporte por tarjeta de enfermedad de declaración obligatoria. Municipio Plaza de la Revolución. *Revista Habanera de Ciencias Medicas*, 16(4), 644–656.
- Rojas, E., Fleiz, C., Medina, M., De Los Angeles, M., & Domenech, M. (1999). Consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Pachuca, Hidalgo. *Salud Publica de Mexico*, 41(4), 297–308. <https://doi.org/10.1590/S0036-36341999000400007>
- Rotemberg, E., Sanguinetti, M., Massa, F., Triaca, J., & Kreiner, M. (2018). Prevalencia de signos y síntomas de trastornos témporomandibulares en una población joven al inicio del tratamiento por drogodependencia. *Odontoestomatología*, 20(31), 44–52. <https://doi.org/10.22592/ode2018n31a5>
- Ruiz, A., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. 3, 608. <https://doi.org/B1-3308-2011>
- Ruiz, R., & Chulkova, M. (2016). *Intervención psicológica en mujeres drogodependientes: una revisión teórica*. 27, 1–6.
- Salas, B., De San Jorge, X., Beverido, P., & Carmona, Y. (2016). La migración interna en estudiantes universitarios. ¿Un riesgo para el consumo de drogas? *CienciaUAT*, 10(2), 23–32. <https://doi.org/10.29059/cienciauat.v10i2.648>
- Sánchez, A., Andueza, M., Santana, A., Hoil, J., & CuFarfán, J. (2017). Características sociodemográficas y perfil de consumo de tabaco y drogas en estudiantes de dos universidades de México. *Revista Biomédica*, 28(1), 11–27. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i1.552>
- Sánchez, E., Tomás, V., & Morales, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos*, 6(3), 159–166. [https://doi.org/10.1016/s1575-0973\(04\)70159-2](https://doi.org/10.1016/s1575-0973(04)70159-2)
- Secades, R., García, O., Fernández, J., & Carballo, J. (2007). Fundamentos psicologicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles Del Psicologo*, 28(1), 29–40.

Tirado, A. (2018). La estigmatización de las personas que usan drogas y sus consecuencias políticas y sociales. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(1), 11.
<https://doi.org/10.21501/24631779.2631>

Watson, J. (1980). John B. Watson (1878-1958). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 12(2), 540–541.

Anexos

Anexo A

Encuesta Sociodemográfica

Sector: _____ Nacionalidad:

Lugar de procedencia: _____ Zona: Urbana Rural

Edad: _____

Tiempo de estancia en la Institución: _____

Preferencia sexual:

- Heterosexual
- Homosexual
- Bisexual
- Ninguna

Estado civil:

- Casado
- Soltero
- Unión libre
- Divorciado o separado
- Viudo

Situación personal/estado de pareja:

- Con pareja sexual *¿Desde hace cuánto tiempo?*
- Sin pareja sexual

Actualmente, vivo...

- Solo
- Sin pareja, pero con otros familiares
- Con mi pareja
- Con mi pareja y otros familiares
- Otra situación: _____

¿Ha tenido usted parejas anteriores?

- No he tenido otras parejas anteriores
- Si he tenido otras parejas anteriores

Nivel económico

- Alto
- Medio
- Bajo

Nivel educativo

- Sin estudios
- Estudios primarios no completados
- Estudios primarios completados
- Estudios secundarios no completados
- Estudios secundarios
- Estudios universitarios

Religión que profesa

- Católica
- Evangélica
- Testigo de Jehová

- Mormón
- Otra: _____.

Previo a su ingreso a la institución, ¿con qué frecuencia consumía usted algún tipo de droga?

- Nunca
- Dos o tres veces al año
- De vez en cuando
- Algunos días a la semana
- Todos los días
- Otro: _____.

Previo a su ingreso a la institución, ¿con qué frecuencia fumaba usted?

- Nunca
- Dos o tres veces al año
- De vez en cuando
- Algunos días a la semana
- Todos los días

Previo a su ingreso a la institución, ¿con qué frecuencia consumía usted algún tipo de bebida alcohólica fumaba usted?

- Nunca
- Dos o tres veces al año
- De vez en cuando
- Algunos días a la semana
- Todos los días

Actualmente: (marque todo lo que corresponda...)

- Estoy trabajando
- Estoy desempleado
- Estoy jubilado
- Colaboro con alguna organización o institución
- Otra situación: _____
_____.

Mi salud general es actualmente...

- Excelente
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

Mi estado de salud sexual es actualmente...

- Excelente
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

Actualmente consumo medicamentos para... (marque todo lo que corresponda)

- Diabetes
- Problemas psicológicos
- Disfunciones vasculares
- Hipertensión
- Problemas musculares

- Problemas de la próstata
- Activación sexual
- Artritis
- Asma
- Depresión
- Otros: _____.
- No tomo ninguna medicación

¿Durante su tiempo de consumo ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual?

SI NO

¿Antes de su consumo ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual?

SI NO

¿Desde cuándo inicio su periodo de consumo?

Antes de los 18 años

Después de los 18 años

¿Cuánto tiempo tiene de consumo?

.....

A continuación, le preguntamos a cerca de **su actitud hacia las relaciones** sexuales y sobre sus propias **prácticas sexuales**. Algunas cuestiones pueden ser de una naturaleza sensible. Sin embargo, sus respuestas exactas y concisas son muy importantes para esta investigación. Recuerde que **sus respuestas serán tratadas con la más estricta confidencialidad** y serán usadas solo para el propósito de esta investigación.

A continuación, le presentamos una serie de afirmaciones sobre sexualidad , marque el número que mejor se ajuste a su opinión.						
1.- En total desacuerdo. 2.- En desacuerdo. 3.- Más de acuerdo que en desacuerdo. 4.- De acuerdo. 5.- Totalmente de acuerdo.						
1.	Tener relaciones sexuales antes del matrimonio es malo.	1	2	3	4	5
2.	Que una persona casada tenga relaciones sexuales con otra que no es su esposa es malo.	1	2	3	4	5
3.	Que dos adultos del mismo sexo tengan relaciones sexuales es malo.	1	2	3	4	5
4.	Tener sexo de una sola noche es malo.	1	2	3	4	5
5.	Las relaciones sexuales satisfactorias son esenciales para el mantenimiento de una relación a largo plazo.	1	2	3	4	5
6.	Las relaciones sexuales sin amor son correctas.	1	2	3	4	5
7.	Hoy en día la gente está bajo mucha presión para tener sexo.	1	2	3	4	5
8.	Hay demasiado sexo en los medios de comunicación hoy en día.	1	2	3	4	5
9.	Hoy la gente joven empieza a tener relaciones sexuales demasiado pronto.	1	2	3	4	5
10.	Los hombres tienen de forma natural un deseo sexual más alto que las mujeres.	1	2	3	4	5
11.	La capacidad de tener relaciones sexuales disminuye a medida que una persona envejece.	1	2	3	4	5
12.	Los cambios sexuales que ocurren con la edad no son importantes en la gente mayor.	1	2	3	4	5
13.	Ser activo sexualmente es física y psicológicamente beneficioso para la gente mayor.	1	2	3	4	5

Las siguientes cuestiones refieren a su **propio impulso o deseo sexual durante el último mes**.

2.	¿Con qué frecuencia pensó usted acerca del sexo durante el último mes ? <i>Esto incluye las veces en que simplemente ha estado interesado en el sexo, fantasear o soñar despierto con el sexo, así como las veces en las que usted quiso tener sexo.</i>	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Una vez en el último mes <input type="checkbox"/> Dos o tres veces en el último mes <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Dos o tres veces a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al día
----	---	--

		<input type="checkbox"/> Más de una vez al día
3.	Piense en el último mes , ¿ha estado usted preocupado por su nivel de deseo e impulso sexual?	<input type="checkbox"/> Nada preocupado <input type="checkbox"/> Un poco preocupado <input type="checkbox"/> Moderadamente preocupado <input type="checkbox"/> Muy preocupado <input type="checkbox"/> Extremadamente preocupado
4.	Comparado con hace un año , ¿Ha cambiado su deseo o impulso sexual?	<input type="checkbox"/> Ha aumentado mucho <input type="checkbox"/> Ha aumentado moderadamente <input type="checkbox"/> Ni ha aumentado ni ha disminuido <input type="checkbox"/> Ha disminuido moderadamente <input type="checkbox"/> Ha disminuido
5.	En el último año , ¿ha tenido usted alguna practica sexual (sexo coital, masturbación, roces o caricias)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No > <i>pase directamente a 12</i>

Las siguientes cuestiones preguntan a cerca de la **frecuencia de sus prácticas sexuales durante el mes pasado.**

6.	Durante el mes pasado , ¿Cuántas veces ha tenido usted o intentado mantener relaciones sexuales (vaginal, anal o sexo oral)?	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Una vez durante el mes pasado <input type="checkbox"/> Dos o tres veces durante el mes pasado <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Dos o tres veces a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Más de una vez al día
7.	Aparte de las veces que usted intento el coito, durante el mes pasado ¿Con que frecuencia se implicó en otras prácticas sexuales (besos, caricias y roces)?	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Una vez durante el mes pasado <input type="checkbox"/> Dos o tres veces durante el mes pasado <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Dos o tres veces a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Más de una vez al día
8.	¿Con qué frecuencia se masturbo usted el mes pasado ?	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Una vez durante el mes pasado <input type="checkbox"/> Dos o tres veces durante el mes pasado <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Dos o tres veces al mes
9.	Pensando en el mes pasado , ¿Ha estado usted preocupado en general por la frecuencia de sus prácticas sexuales (sexo coital, besos, caricias y roces y masturbación)?	<input type="checkbox"/> Nada preocupado <input type="checkbox"/> Un poco preocupado <input type="checkbox"/> Moderadamente preocupado <input type="checkbox"/> Muy preocupado <input type="checkbox"/> Extremadamente preocupado

10.	¿Cómo se siente con la frecuencia de sus prácticas sexuales?	<input type="checkbox"/> No suficientemente frecuentes <input type="checkbox"/> Frecuencia adecuada <input type="checkbox"/> Demasiado frecuentes
11.	Comparado con hace un año , ¿Ha cambiado la frecuencia general de sus prácticas sexuales?	<input type="checkbox"/> Ha aumentado mucho <input type="checkbox"/> Ha aumentado moderadamente <input type="checkbox"/> Ni ha aumentado ni ha disminuido <input type="checkbox"/> Ha disminuido moderadamente <input type="checkbox"/> Ha disminuido mucho

Las siguientes cuestiones preguntan acerca de **su capacidad para tener una erección**. No es infrecuente que los experimenten problemas de erección. Esto puede significar que las personas pueden no ser siempre capaces de conseguir o mantener una erección lo suficientemente rígida para satisfacer la práctica sexual (incluyendo coito o masturbación)

12.	Durante el mes pasado , ¿Ha sido capaz de obtener y mantener una erección lo suficientemente buena para la actividad sexual?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Normalmente <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> Siempre
13.	Pensando en el mes pasado , ¿Ha estado usted preocupado por su capacidad para tener una erección?	<input type="checkbox"/> Nada preocupado <input type="checkbox"/> Un poco preocupado <input type="checkbox"/> Moderadamente preocupado <input type="checkbox"/> Muy preocupado <input type="checkbox"/> Extremadamente preocupado
14.	Comparado con hace un año , ¿Ha cambiado su capacidad para tener una erección?	<input type="checkbox"/> Ha aumentado mucho <input type="checkbox"/> Ha aumentado moderadamente <input type="checkbox"/> Ni ha aumentado ni ha disminuido <input type="checkbox"/> Ha disminuido moderadamente <input type="checkbox"/> Ha disminuido mucho

Las siguientes cuestiones preguntan acerca de sus **experiencias de orgasmo o clímax** que estimulo sexual (incluyendo coito o masturbación) que llevaron a la eyaculación **durante el mes pasado**.

15.	Cuando ha tenido usted estimulación sexual durante el mes pasado , ¿Con qué frecuencia alcanzó usted el orgasmo o clímax?	<input type="checkbox"/> No he tenido coito sexual/masturbación el mes pasado > pase directamente a 20 <input type="checkbox"/> Casi nunca/nunca el tenido orgasmo p clímax <input type="checkbox"/> Unas pocas veces (mucho o menos de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo (mucho más de la mitad de las veces)
-----	--	---

		<input type="checkbox"/> Casi siempre/siempre
16.	Cuando ha tenido usted estimulación sexual durante el mes pasado . ¿Cómo de difícil fue para usted alcanzar el orgasmo o clímax?	<input type="checkbox"/> Extremadamente difícil/imposible <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> Moderadamente difícil <input type="checkbox"/> Ligeramente difícil <input type="checkbox"/> Nada difícil
17.	En el último mes , ¿Cómo de satisfecho ha estado usted con su capacidad para controlar sus orgasmos? No estar satisfecho puede significar llevarle demasiado tiempo alcanzar el orgasmo o el clímax o alanzarlo demasiado pronto.	<input type="checkbox"/> Completamente satisfecho > pase directamente a 19 <input type="checkbox"/> Muy satisfecho > pase directamente a 19 <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfecho <input type="checkbox"/> Ligeramente satisfecho <input type="checkbox"/> Nada satisfecho
18.	Continuando con el último mes , ¿Cómo describiría el momento de inicio de su orgasmo o clímax? Diría que fue:	<input type="checkbox"/> Siempre demasiado pronto <input type="checkbox"/> A veces demasiado pronto <input type="checkbox"/> A veces demasiado tarde <input type="checkbox"/> Siempre demasiado tarde <input type="checkbox"/> No alcancé el clímax
19.	Pensando en el mes pasado , ¿Ha estado usted preocupado por su experiencia orgásmica?	<input type="checkbox"/> Nada preocupado <input type="checkbox"/> Un poco preocupado <input type="checkbox"/> Moderadamente preocupado <input type="checkbox"/> Muy preocupado <input type="checkbox"/> Extremadamente preocupado
Las siguientes cuestiones preguntan acerca de sus erecciones maritales o nocturnas. La erección después de un sueño por la mañana, aunque unos hombres pueden despertarse con esto puede variar de día a día.		
20.	¿Con qué frecuencia usted se despertó con una erección completa durante el mes pasado ?	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Una vez el mes pasado <input type="checkbox"/> Dos o tres veces en el mes pasado <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Dos o tres veces a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Más de una vez al día
21.	Durante el mes pasado , ¿ha estado usted preocupado por la frecuencia de sus erecciones matinales o nocturnas? <i>Tanto si ha tenido usted erecciones matinales o nocturnas como si no las ha tenido.</i>	<input type="checkbox"/> Nada preocupado <input type="checkbox"/> Un poco preocupado <input type="checkbox"/> Moderadamente preocupado <input type="checkbox"/> Muy preocupado <input type="checkbox"/> Extremadamente preocupado
22.	Comparado con hace un año , ¿Ha cambiado la frecuencia de sus erecciones nocturnas o matinales?	<input type="checkbox"/> Ha aumentado mucho <input type="checkbox"/> Ha aumentado moderadamente <input type="checkbox"/> Ni ha aumentado ni ha disminuido <input type="checkbox"/> Ha disminuido moderadamente <input type="checkbox"/> Ha disminuido mucho

Las siguientes cuestiones preguntan acerca de su **vida sexual general durante los últimos tres meses.**

23.	¿Ha tenido usted alguna practica sexual con una pareja <u>durante los últimos tres meses?</u>	<input type="checkbox"/> No, ninguna -> pase directamente a 29 <input type="checkbox"/> Si, una o más
24.	¿Quién inició normalmente la actividad sexual <u>durante los pasados tres meses?</u>	<input type="checkbox"/> Fui yo <input type="checkbox"/> Mi pareja (s) y yo equitativamente <input type="checkbox"/> Fue mi pareja
25.	Durante los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia tuvo usted sexo principalmente porque se sintió obligado o porque era su deber?	<input type="checkbox"/> Casi nunca/nunca <input type="checkbox"/> Unas pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Algunas veces (alrededor de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo (mucho más de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Casi siempre/siempre
26.	Durante los últimos tres meses, ¿con que frecuencia usted y su pareja compartieron las mismas preferencias sexuales?	<input type="checkbox"/> Casi nunca/nunca <input type="checkbox"/> Una pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Algunas veces (alrededor de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo (mucho más de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Casi siempre/siempre
27.	<u>Durante los últimos tres meses, ¿Co qué frecuencia usted se sintió emocionalmente cercano a su pareja cuando tenían sexo juntos?</u>	<input type="checkbox"/> Casi nunca/nunca <input type="checkbox"/> Unas pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Algunas veces (alrededor de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo (mucho más de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Casi siempre/siempre
28.	<u>Durante los últimos tres meses, ¿Cómo de satisfecho ha estado usted con su vida sexual general?</u>	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfecho <input type="checkbox"/> Ni satisfecho ni insatisfecho <input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfecho <input type="checkbox"/> Muy insatisfecho
29.	<u>Durante los pasados tres meses, ¿Ha utilizado algún medicamento oral (viagra, Cialis, Levitra) para mejorar sus erecciones?</u>	<input type="checkbox"/> No -> pase directamente al ítem 32 <input type="checkbox"/> Si
30.	<u>Durante los pasados tres meses, ¿Con que frecuencia utilizó usted esos medicamentos orales para mejorar sus erecciones?</u>	<input type="checkbox"/> Una vez en los últimos tres meses <input type="checkbox"/> Dos o tres veces en los últimos tres meses <input type="checkbox"/> Una vez al mes

		<input type="checkbox"/> Dos o tres veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Dos o tres veces a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al día
31.	¿Cómo valoraría usted los efectos de esos medicamentos sobre su vida sexual?	<input type="checkbox"/> Muy positivos <input type="checkbox"/> Positivos <input type="checkbox"/> Ni positivos ni negativos <input type="checkbox"/> Negativos <input type="checkbox"/> Muy negativos
32.	Aunque no haya tenido ninguna practica sexual, durante los últimos tres meses ¿Cómo de preocupado ha estado usted acerca de su vida sexual general?	<input type="checkbox"/> Nada de preocupado <input type="checkbox"/> Un poco preocupado <input type="checkbox"/> Moderadamente preocupado <input type="checkbox"/> Muy preocupado <input type="checkbox"/> Extremadamente preocupado
33.	¿Ha buscado usted ayuda o consejo referente a su vida sexual de alguna de las siguientes fuentes durante los últimos tres meses?	Marque todo lo que corresponda <input type="checkbox"/> Familiares/amigos <input type="checkbox"/> Libros de autoayuda/folletos informativos/internet <input type="checkbox"/> Grupos de autoayuda/asistencia telefónica <input type="checkbox"/> Medicina general/Médico de familia <input type="checkbox"/> Clínica de salud sexual <input type="checkbox"/> Psicólogo o psiquiatra <input type="checkbox"/> Consejero matrimonial <input type="checkbox"/> Otro tipo de clínica o cuidador profesional de salud <input type="checkbox"/> No he buscado ninguna ayuda
Finalmente, nos gustaría conocer un poco más sobre sus experiencias y deseos sexuales a lo largo de su vida.		
34.	¿Cuáles de las siguientes afirmaciones describen mejor sus experiencias sexuales a lo largo de su vida? <i>Por favor, incluya todas las experiencias sexuales incluyendo coito sexual, caricias, roces.</i>	<input type="checkbox"/> Únicamente con mujeres <input type="checkbox"/> Mayoritariamente con mujeres, pero algunas experiencias con hombres <input type="checkbox"/> Igualmente con hombres y mujeres <input type="checkbox"/> Mayoritariamente con hombres, pero algunas experiencias con mujeres <input type="checkbox"/> Únicamente con hombres <input type="checkbox"/> No he tenido experiencias sexuales en toda mi vida
35.	¿Qué afirmaciones describen mejor sus deseos sexuales a lo largo de su vida? <i>Por favor, incluya estar interesado en el sexo, fantasear acerca del sexo o querer tener sexo.</i>	<input type="checkbox"/> Únicamente con mujeres <input type="checkbox"/> Mayoritariamente con mujeres, pero algunos deseos hacia hombres

		<input type="checkbox"/> Igualmente hacia hombres y mujeres <input type="checkbox"/> Mayoritariamente hacia hombres, pero algunos deseos hacia mujeres <input type="checkbox"/> Únicamente hacia hombres <input type="checkbox"/> No he tenido deseos sexuales en toda mi vida
36.	¿Cuántas parejas sexuales (alguien con quien usted haya tenido sexo vaginal, anal u oral) ha tenido usted <u>a lo largo de su vida?</u>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Entre 2 y 4 <input type="checkbox"/> Entre 5 y 9 <input type="checkbox"/> Entre 10 y 19 <input type="checkbox"/> 20 más
37.	Creo que la información sobre sexualidad que he recibido <u>durante mi infancia y adolescencia</u> fue la adecuada.	<input type="checkbox"/> En total desacuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Mas de acuerdo que en desacuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
38.	Creo que la información sobre sexualidad que he ido adquiriendo <u>a lo largo de toda mi vida adulta es la adecuada.</u>	<input type="checkbox"/> En total desacuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Mas de acuerdo que en desacuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
<p>Si hay algo más que a usted le gustaría decirnos, por favor escríbalo en el espacio que hay debajo. Nosotros estamos muy interesados en leer lo que usted tenga que decirnos.</p>		

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo B

Santa Rosa, 30 de Enero del 2020

Consentimiento Informado para Coordinador del “CETAD Santa Rosa”

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer al coordinador de la institución en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma.

La presente investigación es conducida por Cuenca Tenemaya Michael Fernando y Sánchez Coronel Edin Jahir, estudiantes de la Universidad Técnica de Machala, bajo la tutoría de la Psicóloga Clínica Marcia Ullauri. La meta de este estudio es relacionar el consumo de alcohol y drogas en la respuesta sexual del adulto joven.

A los participantes se les pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta) relacionadas al tema de investigación. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La información que se recoja será de carácter confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas al cuestionario y a la entrevista serán anónimas.

Desde ya le agradecemos su autorización para la realización de la misma.

Coordinador “CETAD Santa Rosa”