



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

**DISFUNCIÓN SEXUAL POR ADICCIÓN A DROGAS DE
ABUSO: ALCOHOL, MARIHUANA, COCAÍNA Y CRACK EN
LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE
TRATAMIENTO AL FARMACODEPENDIENTE (UTAF)**

AÑO 2012

Autor:

Cruz Hernández

Tutor:

Dr. César Franco

Trabajo de Grado, Modalidad Tesis, presentado como requisito parcial para optar al
título de Licenciada en Trabajo Social

Cumaná, Julio de 2012

Hoja Aprobatoria

INDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
LISTA DE TABLAS	iii
LISTA DE GRAFICOS	iv
LISTA DE CUADROS	vi
RESUMEN.....	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	5
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.2.1 Objetivo General:.....	10
1.2.2 Objetivos Específicos:	10
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	12
CAPÍTULO II.....	14
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	14
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	15
2.2 BASES TEÓRICAS	18
2.2.1 GENERALIDADES SOBRE LAS DROGAS	18
2.2.2 LAS DROGAS Y EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.....	21
2.2.3 DROGODEPENDENCIA	22

2.2.4 TOLERANCIA, DEPENDENCIA Y SÍNDROME DE ABSTINENCIA	25
2.2.5 ALCOHOL	27
2.2.6 MARIHUANA.....	30
2.2.7 COCAINA	33
2.2.8 CRACK.....	36
2.2.9 LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA.....	37
2.2.9.1 Fases de la Respuesta Sexual Humana:	38
2.2.10 DISFUNCIONES SEXUALES	41
2.2.10.1 INHIBICIÓN DEL DESEO SEXUAL	42
2.2.10.2 TRASTORNOS DEL ORGASMO O ANORGASMIA.....	43
2.2.10.3 TRASTORNOS EN LA ERECCIÓN O DISFUNCIÓN ERÉCTIL .	43
2.2.10.4 EYACULACIÓN PRECOZ	45
2.2.11 DROGAS DE ABUSO Y DISFUNCIÓN SEXUAL	46
CAPÍTULO III	51
MARCO METODOLÓGICO.....	51
3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	51
3.2 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	51
3.3 ÁREA DE ESTUDIO.....	52
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA	52
3.5 FUENTES DE INFORMACIÓN	53
3.5.1 FUENTES PRIMARIAS:.....	53
3.5.2 FUENTES SECUNDARIAS:.....	53

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	53
3.6.1 LA ENCUESTA:	54
3.6.2 EL CUESTIONARIO.....	55
3.7 LA VALIDEZ	55
3.8 CONFIABILIDAD.....	55
3.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:.....	56
CAPÍTULO IV.....	57
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	57
CONSIDERACIONES FINALES	98
CONCLUSIONES.....	98
RECOMENDACIONES	102
BIBLIOGRAFIA	103
HOJAS DE METADATOS	112

DEDICATORIA

A Dios, por acompañarme en todo momento, por regalarme una familia hermosa que siempre me ha brindado amor y apoyo incondicional y por poner en mi camino buenos amigos que me dan fuerzas para seguir adelante.

Cruz Hernández

AGRADECIMIENTOS

Agradezco inmensamente a mi madre Luisa Licett por su apoyo durante toda mi carrera

A mi segundo padre Eustaquio Rodríguez por todo su apoyo y cariño

A mi segunda madre Miriam Guevara, por estar siempre en los momentos buenos y malos

A una persona muy especial en mi vida: José Luis Vallenilla quien fue un pilar fundamental en toda mi carrera

A mi asesor Dr. César Franco por estar siempre en la mejor disposición de orientarme en esta valiosa investigación

A mis amigos por estar siempre atentos y en buena disposición

A todo aquel que de alguna manera contribuyó a la realización de este trabajo.

Sin ellos el camino hubiese sido mucho más difícil

¡Gracias!

Cruz Hernández

LISTA DE TABLAS

Cuadro N° 1 CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS SEGÚN LA OFICINA NACIONAL ANTIDROGAS (ONA) (2010).....	20
Cuadro N° 2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DISFUNCIÓN SEXUAL POR ADICCIÓN A DROGAS DE ABUSO: ALCOHOL, MARIHUANA, COCAÍNA Y CRACK EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE TRATAMIENTO AL FARMACODEPENDIENTE.	49
Cuadro N° 3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO EN LOS PACIENTES QUE ASÍSTEN A LA UTAF	69
Cuadro N°4 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE DROGA QUE CONSUMÍAN LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UTAF	72

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico N° 1	59
Gráfico N° 2	60
Gráfico N° 3	61
Gráfico N° 4	62
Gráfico N° 5	64
Gráfico N° 6	66
GRÁFICO N° 7	67
Gráfico N° 8	71
Gráfico N° 9	75
Gráfico N° 10	76
Gráfico N° 11	77
Gráfico N° 12	78
Gráfico N° 13	79
Gráfico N° 14	81
Gráfico N° 15	82
Gráfico N° 16	84
Gráfico N° 17	87
Gráfico N° 18	88
Gráfico N° 19	89
Gráfico N° 20	91
Gráfico N° 21	92

Gráfico N° 22	93
Gráfico N° 23	95
Gráfico N° 24	96
Gráfico N° 25	97

LISTA DE CUADROS

Tabla N° 1 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO AL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS RELACIONES SEXUALES DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UTAF.....	85
---	----



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

**DISFUNCIÓN SEXUAL POR ADICCIÓN A DROGAS DE ABUSO:
ALCOHOL, MARIHUANA, COCAÍNA Y CRACK EN LOS PACIENTES
QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE TRATAMIENTO AL
FARMACODEPENDIENTE (UTAF) AÑO 2012**

Autor: Cruz Hernández

Tutor: Dr. César Franco

Fecha: Julio de 2012

RESUMEN

Las drogas de abuso tales como el alcohol, la marihuana, la cocaína y el crack son frecuentemente usadas bajo la errada creencia de que aumentan e intensifican el placer sexual. Por el contrario, la respuesta sexual humana se ve gravemente afectada por el consumo de dichas sustancias, puesto que éstas alteran el normal funcionamiento del Sistema Nervioso, el cual controla las funciones sexuales. Por lo que la drogodependencia constituye un factor de amenaza para el disfrute pleno de una de las experiencias mas gratificantes para el ser humano como lo es la actividad sexual. En este contexto, para ratificar este perjuicio y contribuir con la desaparición del mito de que el consumo de drogas de abuso aumentan el placer el placer sexual, se llevó a cabo esta investigación cuyo objetivo general es analizar la influencia de la adicción a drogas de abuso sobre las funciones sexuales en los pacientes atendidos en la Unidad de Tratamiento al Farmacodependiente (UTAF); bajo un diseño de campo y nivel descriptivo - analítico.

Palabras claves: drogas de abuso, respuesta sexual, drogodependencia y disfunciones sexuales

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es inherente a todo ser humano, puesto que, más allá de la perpetuación de la especie, comprende el hecho de ser, sentir y actuar; está influenciada por creencias sociales y personales que se determinan de manera diferente en cada cultura, es decir, la sexualidad constituye una realidad biopsicosocial. Es un proceso que no se detiene y su vivencia es distinta en cada etapa de la vida.

El cuerpo humano responde a los estímulos sexuales desencadenando una serie de reacciones fisiológicas, según Mañes (2007), “fueron Masters y Johnson, los que analizaron la respuesta sexual humana, sus investigaciones duraron 12 años y analizaron a 694 sujetos; Distinguiendo cuatro fases: Excitación, meseta, orgasmo y resolución.”

Luego de dicha investigación, Masters y Johnson, agregaron la fase del deseo como primera fase de la respuesta sexual humana. Cuando estas cinco (05) fases se desarrollan de manera satisfactoria, constituye una de las experiencias más gratificantes de la vida y resulta esencial para el bienestar físico y psicológico del ser humano; he allí la importancia en la consolidación de la pareja. Según Valdés, (2011):

La actividad sexual es parte importante en la vida de todo ser humano, si ésta es satisfactoria puede aumentar la autoestima, proporciona estabilidad emocional, mejora las relaciones interpersonales, la persona se siente más querida y atractiva. Además, el estado de relajación que se experimenta después de la actividad sexual produce una agradable sensación de bienestar que permite afrontar los problemas y

preocupaciones de una manera más optimista, reduciendo considerablemente la ansiedad, el estrés y la tensión acumulada.

Sin embargo, la continua búsqueda de placer sexual ha llevado al hombre a consumir drogas de abuso bajo la equivocada concepción de que intensifica la capacidad y el placer. Por el contrario, dichas sustancias impiden el disfrute pleno de la actividad sexual, puesto que interfieren en el equilibrio del Sistema Nervioso Central y es éste sistema el que controla la función sexual. Según el Manual Merck, (2005);

La respuesta sexual está controlada por una interacción delicada y equilibrada entre todas las partes del sistema nervioso. Una parte del sistema nervioso, llamada sistema nervioso parasimpático, regula el incremento de flujo sanguíneo durante la excitación. Otra parte, el sistema nervioso simpático, controla principalmente el orgasmo.

El consumo de drogas de abuso, está ampliamente generalizado y sin distinción de clases sociales o nivel académico, la gravedad de esta situación a parte del deterioro de la vida sexual, es que el hábito de consumir dichas sustancias puede encadenar al ser humano con la drogodependencia, la cual se traduce en el consumo compulsivo de una sustancia para experimentar sensaciones de placer o para evitar síntomas desagradables producto de la abstinencia. En este orden de ideas Psicoactiva (2009) plantea que:

La Organización Mundial de la Salud define una droga como una sustancia (química o natural) que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la

modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona.

Tomando en cuenta que las drogas alteran el Sistema Nervioso Central como lo plantea la definición anterior y que la respuesta sexual humana esta controlada por éste sistema como lo expone el Manual Merck, se puede deducir que, las drogas afectan el disfrute pleno del acto sexual.

Esta situación de riesgo, en la que se encuentra la respuesta sexual humana ante la drogodependencia, es lo que ha hecho atractivo la realización de esta investigación, para contribuir con la desaparición del mito de que las drogas de abuso como el alcohol, la marihuana, la cocaína y el crack facilitan y potencian la respuesta sexual humana. Contrario a lo que se piensa, estas sustancias deterioran progresivamente la calidad de vida en todos los sentidos. De esta manera se puede evidenciar cuanto ha prevalecido esta situación a través del tiempo. Ya que desde el año 1999, no se ha realizado investigaciones de esta índole a nivel regional y se cree que no se han tomado en cuenta resultados anteriores. Por tal motivo, se realizó este trabajo de investigación que consta de cuatro capítulos:

El capítulo I, contiene la descripción del problema que se pretende investigar, su contenido se orienta hacia el deterioro de la respuesta sexual a causa de la adicción a drogas de abuso. El objetivo general es analizar la influencia de la adicción a drogas de abuso sobre las funciones sexuales en los pacientes que asisten a la Unidad de Tratamiento al Farmacodependiente (UTAF). De igual manera contiene cinco (05) objetivos específicos y la justificación de la investigación

El capítulo II comprende el marco teórico referencial, en el que se señalan los antecedentes de la investigación y los elementos teóricos relacionados con el problema objeto de investigación, es decir, se trata lo concerniente a drogas de abuso, drogodependencias, respuesta sexual humana y disfunciones sexuales. Asimismo se refleja la Operacionalización de las variables.

El capítulo III se refiere al marco metodológico de la investigación, donde se describen los métodos, técnicas e instrumentos que se emplearon en la recolección de información. Aquí se refleja que esta investigación está fundamentada en un diseño de campo, es de nivel descriptivo-analítico y de carácter cuantitativo.

El capítulo IV contiene la presentación y análisis de los resultados obtenidos a través de la técnica y el instrumento de recolección de datos.

De igual manera se encuentran las consideraciones finales, las cuales están constituidas por las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todo ser humano a lo largo de su proceso de socialización adopta creencias sobre la realidad de sí mismo, de los otros y del entorno donde se desenvuelve; es decir, a partir de la información recibida y de las experiencias vividas obtiene ideas y percepciones individuales o colectivas que responden a explicaciones sobre situaciones o fenómenos de la vida cotidiana que muchas veces forman parte de mitos, que en algunos casos incitan a realizar actos perjudiciales para su salud sin sospecharlo o bajo la concepción de hacer lo contrario. Tal es el hecho de consumir drogas de abuso con la creencia de mejorar el rendimiento en la actividad sexual u obtener más placer durante el coito. Se puede decir, que esta concepción forma parte de un mito, puesto que existen investigaciones que demuestran que el consumo de este tipo de drogas afecta gravemente las funciones sexuales. En este sentido González, (2006) explica que:

La respuesta sexual, como toda conducta, es promovida por el sistema nervioso, el cual emplea productos químicos conocidos como neurotransmisores que sirven para transmitir sus mensajes. Si una droga interfiere el paso de estas sustancias transmisoras, los mensajes normales se verán distorsionados y la conducta se alterará; en concreto, los efectos químicos de algunas drogas inciden directamente sobre el cerebro, modificando el funcionamiento de los centros reguladores de la sexualidad, mientras que otras sustancias lo hacen sobre los centros nerviosos periféricos que controlan la actividad de los órganos genitales.

Tomando en cuenta que el ser humano es un ente biopsicosocial, se puede decir que al verse afectada la parte sexual por consumo abusivo de drogas, también se perjudica el equilibrio psicosocial, es decir, las drogas más allá de

ocasionar un problema para la salud, constituyen un problema social, debido a que cambian la conducta de los seres humanos y facilitan la ruptura de patrones sociales y culturales; esto indudablemente dificulta la sana convivencia. Y como se mencionó antes, las drogas afectan la respuesta sexual que es significativa en la relación de pareja y en el buen funcionamiento del organismo; argumento inherente a los fines de esta investigación.

A diferencia de las drogas, las relaciones sexuales si favorecen al ser humano. En este sentido, De la Sota (2010) plantea que:

Las relaciones sexuales satisfactorias, también actúan sobre el sistema nervioso y el metabolismo del ser humano, actúan favoreciendo un estado de equilibrio y de bienestar físico y psicológico. Asimismo una vida sexual satisfactoria, estimula las sensaciones gratas y la autoestima.

El abuso y la dependencia de las drogas constituyen una amenaza para la salud a nivel global. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), citado por la Cruz Roja Venezolana (2004),

Droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

En este orden de ideas, es importante acotar que el inicio en el consumo de drogas se debe a múltiples factores y cada caso tiene su particularidad. Dentro de las causas más comunes se encuentran la evasión de realidades o situaciones y la presión de los grupos de pares acompañadas de muchas otras variables. En general, el consumo de estas sustancias se vincula a problemas básicos no resueltos en la vida de

la persona que la hacen sentir insatisfecha consigo misma y con el entorno donde se desenvuelve.

Una vez introducidas en el organismo, ciertas drogas producen sensaciones placenteras que provocan el “escape” a situaciones conflictivas, pero siempre causando efectos perjudiciales en el organismo, en especial en las neuronas. Las cuales son células fundamentales en el funcionamiento del ser humano, ya que son las encargadas de recibir estímulos y conducir impulsos nerviosos, es decir, conectar las partes del cuerpo con el cerebro.

Otros de los efectos del consumo de drogas que constituyen una amenaza al organismo son la adicción, la tolerancia y la dependencia. La primera se refiere en este caso al consumo compulsivo de las sustancias, que ocurre cuando se ha desarrollado una dependencia psíquica o física y a su vez se va generando una tolerancia en cuanto a la cantidad de la sustancia consumida. Según Alvarado (2009):

La adicción es una enfermedad primaria, crónica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen su desarrollo y manifestaciones. La enfermedad es frecuentemente progresiva y fatal. Es caracterizada por episodios continuos o periódicos de: descontrol sobre el uso, a pesar de consecuencias adversas, y distorsiones del pensamiento, más notablemente negación.

Los términos tolerancia y dependencia que se mencionaron anteriormente forman parte de las características de la adicción, ya que, un adicto desarrolla tolerancia a la sustancia y crea una dependencia psíquica, física o ambas. En relación a ello, la Cruz Roja Venezolana (2005), plantea que:

Se ha desarrollado tolerancia a una droga cuando tras su consumo reiterado, se observa una disminución en la intensidad de su acción, necesiéndose elevar la dosis para alcanzar los efectos iniciales. Por ello es importante señalar que la tolerancia es un factor de riesgo para desarrollar una dependencia.

Esto quiere decir, que el consumidor comienza con una determinada dosis que al cabo de un tiempo no le produce el efecto que producía al principio, por lo que se ve en la necesidad de aumentar la dosis para sentir las sensaciones que espera. Por otra parte, se va generando una dependencia que según la Cruz Roja Venezolana (2005), significa:

Un estado de adaptación fisiológica producida por la repetida administración de una droga, lo cual induce una serie de alteraciones biológicas, generadas bien sea por la reducción o cese del consumo así como por el desplazamiento de la droga de los receptores por un antagonista, desencadenándose una serie de complejos eventos conocidos como síndrome de abstinencia, que son característicos para cada clase de droga.

De manera que, la tolerancia y la dependencia llevan al adicto a drogas de abuso, a realizar el consumo de manera compulsiva y perder el control sobre la situación y sobre sí mismo. De allí, que planifica todas sus actividades en función de permitirse el consumo de la sustancia, llegando a desatender sus obligaciones en la familia y el trabajo, en otras palabras, llega a incumplir con los distintos roles que desempeña en la sociedad.

A pesar de ser bastante conocidas todas las consecuencias perjudiciales ya mencionadas del consumo de drogas de abuso, este fenómeno se ha incrementado de manera acelerada, sin distinción de clases sociales, edad y con la creciente incorporación de la mujer al consumo y tráfico de dichas sustancias.

Esta realidad constituye un desequilibrio en muchos aspectos esenciales en la vida de todo ser humano como lo es en el sano disfrute de las relaciones sexuales, es importante acotar que, como lo expresa el sitio web sexualidad.ws (2010):

La sexualidad permite, entre otras cosas, disfrutar de una privilegiada comunicación de sentimientos y sensaciones con otra persona; es una fuente de placer y de bienestar con la que la naturaleza ha dotado al ser humano. Cualquier elemento que interfiera entre la naturaleza y dos personas que deseen compartir su sexualidad difumina y distorsiona su óptima vivencia. Desde luego, las drogas de abuso que encadenan al ser humano con la adicción así lo hacen y su consumo supone colocar un opaco cristal separador entre las personas y las percepciones y sensaciones que no sólo transmite la sexualidad, sino también la naturaleza en su integridad.

Y como la sexualidad es una actividad compartida, suele provocar problemas en las relaciones interpersonales y de manera especial en el ámbito de la pareja, llegando a causar un profundo deterioro de la vida en común. No es extraño, que a partir de una alteración en un área como es la sexualidad, el trastorno tenga consecuencias negativas que se dejen sentir en todos los aspectos de la vida cotidiana.

Los pacientes que asisten a la Unidad de Tratamiento al Farmacodependiente (UTAF) no escapan de la realidad anteriormente expuesta, ya que, como se ha expresado antes, consumir drogas de abuso hasta llegar a la adicción provoca daños severos en el sistema nervioso y por ende a la respuesta sexual provocando disfunciones en la misma. Es por este motivo, que surge la inquietud de abordar este tema a través de esta investigación y dar respuesta a las siguientes interrogantes:

-¿Tendrá relación la adicción a drogas y la aparición de disfunciones sexuales en los pacientes que asisten a la UTAF?

-¿Existe un cambio en la respuesta sexual antes, durante y después de la adicción a drogas de abuso tales como alcohol, marihuana, cocaína y crack?

-¿La adicción a drogas de abuso afecta la relación de pareja a nivel sexual y comunicacional?

-¿Cómo será la capacidad de respuesta ante los estímulos sexuales después de la desintoxicación de los pacientes que asisten a la UTAF?

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Objetivo General:

Analizar la influencia de la adicción a drogas de abuso sobre las funciones sexuales en los pacientes que asisten en la Unidad de Tratamiento al Farmacodependiente. (UTAF). Año 2012

1.2.2 Objetivos Específicos:

1. Describir el patrón de consumo de drogas en los pacientes que asisten a la Unidad de Tratamiento al Farmacodependiente (UTAF)
2. Identificar el cambio de la respuesta sexual antes, durante y después de la adicción a drogas de abuso en los pacientes que asisten a la Unidad de Tratamiento al Farmacodependiente (UTAF).

3. Identificar la influencia de la adicción a drogas de abuso sobre la relación de pareja a nivel sexual y comunicacional en los pacientes que asisten a la Unidad de Tratamiento al Farmacodependiente (UTAF).

4. Determinar la aparición de disfunciones sexuales durante la adicción a drogas de abuso en los pacientes que asisten a la Unidad de Tratamiento al Farmacodependiente (UTAF).

5. Determinar la capacidad de respuesta ante los estímulos sexuales después de la desintoxicación en los pacientes que asisten a la Unidad de Tratamiento al Farmacodependiente (UTAF).

1.3 JUSTIFICACIÓN

La sexualidad no se resume en el sólo hecho de ser macho o hembra, sino que abarca aspectos biológicos, psicológicos y sociales que le dan forma a una persona, es decir, comprende la personalidad, los sentimientos, emociones, conductas y actitudes. Por lo que, constituye una realidad en todas las etapas del desarrollo del ser humano aunque se manifiesta y vivencia de manera diferente en cada una de ellas.

La experiencia de expresar la sexualidad a través de la actividad sexual es una de las más gratificantes, sin embargo, González (2006), expresa que “desde tiempos muy remotos el hombre y la mujer han buscado sustancias que les permitan incrementar su placer sexual, y han recurrido a plantas, alimentos, y por supuesto, a sustancias naturales o sintéticas como lo son las drogas”. Esta concepción, como se mencionó antes, forma parte de un mito. De allí, que es importante que el ser humano conozca el hecho de que el consumo abusivo de drogas más allá de ocasionar daños para la salud física y mental, también deteriora la salud sexual, llegando a disfunciones sexuales que muchas veces provocan problemas en la relación de pareja que si no se solucionan a tiempo, pueden provocar un profundo deterioro de la vida en común.

Cabe agregar, que el conocimiento de los resultados que arroje esta investigación serían útiles para la labor de prevención de la drogodependencia en toda institución educativa, puesto que puede ser utilizado para la toma de conciencia sobre las consecuencias de la adicción a drogas, acabando con el mito de que dichas sustancias facilitan o potencian el disfrute de la actividad sexual.

Investigaciones de esta índole enriquecen la actuación profesional del trabajador social en lo que a sexología y salud se refiere. Este trabajo tiene su

relevancia en el desarrollo psico-sexual-social del ser humano y fomenta la búsqueda de soluciones que beneficien a las personas que han sido encadenadas con la adicción a drogas.

Es importante acotar que la drogodependencia constituye una amenaza para la salud pública así como para el bienestar y la seguridad de la sociedad, por lo que se hace relevante la búsqueda de información que permita ampliar los conocimientos acerca de los efectos nocivos de las drogas de abuso y de esta manera contribuir en la prevención del consumo de dichas sustancias y así facilitar el alcance de una mejor salud y más desarrollo económico y social.

Es de gran utilidad que los resultados arrojados en este trabajo de investigación sean tomados en cuenta por las diferentes instituciones para el establecimiento de programas de salud orientados hacia la prevención, elemento significativo en el desempeño profesional del Trabajo Social.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Para comprender el problema planteado en el capítulo anterior, es necesario conocer las diferentes teorías sobre el tema objeto de la investigación, puesto que éstas tienen como función explicar, sistematizar y predecir.

Arias (2006), expresa que “el marco teórico implica un desarrollo amplio de los conceptos y proposiciones que conforman el punto de vista o enfoque adoptado, para sustentar o explicar el problema planteado” (p.107); así como también orienta hacia la organización de datos o hechos significativos para descubrir las relaciones de un problema con las teorías ya existentes, a fin de llegar a una mejor comprensión del tema de trabajo y su relevancia.

A continuación se presentan los antecedentes de la investigación seguidos de la teoría que sustenta al tema de estudio; es decir, se señalan los tópicos que comprende la temática objeto de esta investigación, tomando en cuenta aspectos generales sobre las drogas, el tema de las adicciones, así como la descripción de las características particulares de cada una de las drogas que hacen parte de este trabajo, ellas son: alcohol, marihuana, cocaína y crack; seguidamente se tratará todo lo que concierne a la variable disfunción sexual, previa descripción de las fases de la respuesta sexual para una mejor comprensión de la misma. Al final se establece la relación entre las dos variables, es decir, la influencia del consumo de drogas de abuso en la aparición de disfunciones sexuales.

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

El tema sobre la influencia de las drogas de abuso sobre la respuesta sexual humana ha sido poco estudiado en trabajos de grado a nivel nacional y regional. A nivel internacional existe mayor número de trabajos de esta índole más no fue posible acceder a ellos sino algunas referencias.

A nivel internacional;

- González (2006), Cuba, realizó un trabajo de investigación titulado “Drogas y Sexualidad: Grandes Enemigos” planteándose como objetivo general describir los efectos de las drogas en la sexualidad y llegó a las siguiente conclusión:

Los principales efectos de las drogas en la sexualidad femenina constituyen la alteración del ciclo menstrual, y por lo tanto, trastornos en la ovulación, la disminución del deseo sexual, la anorgasmia, la disminución de la lubricación vaginal, el bloqueo de la respuesta sexual, la disfunción sexual y la infertilidad. En el caso del sexo masculino se identificó como principales efectos de las drogas: la disminución de las hormonas masculinas (testosterona), la disminución en la producción de espermatozoides, la disfunción eréctil, la disminución del deseo sexual, la infertilidad, el aumento del tamaño de la próstata (en el caso del uso de esteroides) y el retraso en la eyaculación.

- Navarro (2010) Cuba, llevó a cabo una investigación titulada: Masculinidad, Alcoholismo y Disfunción Sexual, cuyo objetivo general fue identificar la asociación entre las diversas formas de manifestar la masculinidad, con el consumo de alcohol y la presencia o no de disfunciones sexuales donde obtuvo las siguientes conclusiones:

El patrón de masculinidad hegemónica con la que se identificó el grupo no permite aceptar la presencia de disfunciones sexuales, niega su existencia, prolongando la solicitud de ayuda médica, además de facilitar el consumo de alcohol.

La mayoría de los pacientes que participaron en la investigación presentaron algún tipo de disfunción sexual. La más frecuente reportada fue la disfunción sexual eréctil.

La percepción de relación entre consumo de alcohol y disfunción sexual es muy baja o escasa.

La percepción de la relación masculinidad con la significación de las disfunciones sexuales fue alta.

A nivel nacional

- Niño y Colmenares (1988), Venezuela (UCV) realizaron su trabajo de grado titulado “Estudio Exploratorio de la Influencia del Consumo de Alcohol en Parejas Bebedores Sociales a nivel comunicacional y sexual. Su objetivo general fue indagar la influencia del consumo de bebidas alcohólicas en bebedores, específicamente su repercusión en la relación de pareja. En esta investigación se concluyó que:

El consumo de bebidas alcohólicas de manera regular o irregular ocasiona conflictos en las relaciones de pareja a nivel sexual. Específicamente en las relaciones sexuales el elemento alcohol afecta la relación de pareja, ya

que el estado de embriaguez en alguno de los integrantes impide la realización del acto sexual en términos satisfactorios; el sujeto no se encuentra en óptimas condiciones, pues en la mayoría de los casos la droga influye en la conducta del individuo, haciéndole, entre otras cosas, perder el control sobre sí mismo.

- Rivero y Colina (2010) Maracaibo, realizaron su trabajo de grado titulado: Conducta de Riesgo Sexual y Consumo de Drogas en la Mujer. Su objetivo general fue describir la conducta de riesgo sexual y el consumo de drogas en mujeres participantes de un programa de tratamiento para abuso y consumo de drogas. Su conclusión mas relevante fue la siguiente:

Los estados biológicos de excitación física, consumo de alcohol y drogas influyen determinantemente en la vida sexual de estas mujeres, tanto como motivo para su inicio a lo largo de su vida sexual. Igualmente están presentes con otras conductas de riesgo como es las relaciones sexuales con parejas ocasionales

A nivel regional

- En el ámbito regional, se encontró un trabajo de investigación realizado por Ruíz (1999) Cumaná, el cual se titula “Disfunciones Sexuales en Adultos Consumidores de drogas de abuso: Cocaína, Crack, Marihuana y alcohol. Unidad de Tratamiento al Farmacodependiente (UTAF)” y su objetivo general fue conocer las disfunciones sexuales que presentan los adultos (18 a 36 años de edad) consumidores de drogas de abuso: cocaína, crack, marihuana y alcohol que asisten a la UTAF.

En esta investigación se determinó que los pacientes que asisten a la UTAF tienen conocimientos sobre los diferentes problemas sexuales que generan el consumo de drogas de abuso y alcohol, siendo las más conocidas la disfunción orgásmica masculina (70%), eyaculación retardada (60%), disminución del interés sexual (60%) y eyaculación precoz (50%). Se conoció además que el 50% de los pacientes presentan disfunciones sexuales generadas por el consumo de drogas y alcohol.

Con los datos obtenidos se pudo conocer que los primeros signos de disfunciones sexuales después del consumo de drogas con frecuencia aparecen a las semanas de iniciarse en el mismo.

2.2 BASES TEÓRICAS

En este apartado se desarrollarán las bases teóricas que dan explicaciones y sustento al tema de investigación.

2.2.1 GENERALIDADES SOBRE LAS DROGAS

Desde siempre el hombre ha recurrido al uso de drogas con un sinnúmero de objetivos, desde los que atañen a rituales religiosos hasta la cura de enfermedades. Con el pasar de los años han surgido nuevos patrones de consumo y la curiosidad del hombre entre otras cosas lo ha hecho llegar a crear algunas drogas en la búsqueda de nuevas sensaciones placenteras que le provoca el disfrute y “escape” de los conflictos de la vida diaria, o, lo que es igual, evadir responsabilidades y realidades.

Las drogas, según Rodríguez y Franco (1998), “son sustancias que actúan sobre el sistema nervioso central, deprimiendo, estimulando o alterando funciones, con la posibilidad de producir tolerancia y dependencia física y/o psíquica o ambas” (p. 13). Muchas de estas sustancias son utilizadas en la medicina y la farmacología con la finalidad de brindar una mejor calidad de vida a las personas con problemas de salud; sin embargo, cuando se excede de la dosis o se consume sin control médico, se generan consecuencias lamentables en el organismo. Otras sustancias han sido creadas o transformadas y traficadas de manera ilegal por el hombre en la búsqueda de placeres, y de beneficios económicos en el caso de los traficantes. De allí que existen drogas legales e ilegales.

Toda droga puede ser objeto de abuso pero generalmente las ilegales y el alcohol son más frecuentemente usadas con ese fin. Según Calabuig citado por Pascual y Fernández (2002), las drogas de abuso son “Todas aquellas sustancias que producen dependencia y que se emplean voluntariamente para provocarse determinadas sensaciones o estados síquicos no justificados terapéuticamente”

El consumo de estas sustancias ocurre en todas las clases sociales y sus consecuencias afectan tanto a profesionales como a personas con bajo nivel académico y de bajos recursos económicos y cada vez la edad de inicio en el consumo es más temprana.

Como se ha venido indicando desde el primer capítulo, en esta investigación se trabajará con las drogas de abuso de usos no terapéuticos o ilegales más comunes como lo son el alcohol, la marihuana, la cocaína y el crack.

Cuadro N° 1 CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS SEGÚN LA OFICINA NACIONAL ANTIDROGAS (ONA) (2010)

Estimulantes del Sistema Nervioso Central	Depresoras del sistema nervioso central	Alucinógenos	Inhalantes	Drogas de diseño	Drogas que causan amnesia anterógrada
Cocaína y sus derivados. Anfetaminas y sus análogos estructurales. Nicotina. Cafeína.	<u>Opio y sus derivados:</u> morfina, heroína, codeína, meperidina, metadona, fentanyl. <u>Barbitúricos:</u> tiopental, pentobarbital, secobarbital, amobarbital, barbital. <u>Benzodiacepinas:</u> alprazolam, bromazepam, clonazepam, lorazepam, diazepam, etc. Alcohol etílico	LSD, Marihuana, Finciclidina (PCP), Mescalina, Peyote.	Barnices, pegas, solventes, gasolina, tiner	Derivados del fentanyl: alfa-metil-fentanyl, 3-metil-fentanyl, para-fluoro-fentanyl Derivados de la meperidina: MPPP y MPTP. Derivados anfetaminicos: Éxtasis, Eva; ketamina.	Alcaloides de la Belladona: escopolamina (burundanga), atropina (campanita); gamahidroxitirato (GHB)

Fuente: <http://www.ona.gob.ve/Drogas.htm>

2.2.2 LAS DROGAS Y EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Las drogas interfieren en el equilibrio natural del sistema nervioso central interrumpiendo el normal funcionamiento del cerebro. El Instituto para el Estudio de las Adicciones Lasdrogas.info (2011), sostiene que

Las drogas alteran el funcionamiento cerebral modificando la producción, la liberación o la degradación de los neurotransmisores cerebrales de tal forma que se produce una modificación del proceso natural de intercomunicación neuronal y en la producción y recaptación de los neurotransmisores.

Como ya es conocido, el cerebro es un órgano vital para el funcionamiento de toda persona, este es el centro de toda actividad humana, desde caminar, respirar hasta la fabricación de grandes obras. De modo que las drogas al interrumpir los procesos naturales de este órgano, descontrolan todo lo que tiene que ver con actividades motoras, coherencia, toma de decisiones, entre otros aspectos fundamentales para el buen desenvolvimiento del ser humano.

Según el Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos (NIDA, por sus siglas en inglés) (2010),

Las drogas son sustancias químicas que infiltran el sistema de comunicación del cerebro interrumpiendo el envío, la recepción y el procesamiento normal de información entre las células nerviosas. Hay por lo menos dos maneras que las drogas pueden hacer esto: (1) imitando los mensajes químicos naturales del cerebro o (2) sobreestimulando el “circuito de gratificación” del cerebro. Algunas drogas, como la marihuana y la heroína, tienen una estructura similar a la de ciertos mensajeros químicos llamados neurotransmisores, que el cerebro produce de manera natural. Debido a esta semejanza, estos tipos de drogas pueden “engañar” a los receptores del cerebro, logrando activar las células nerviosas para que envíen mensajes anormales. Otras drogas, como la cocaína o la metanfetamina, pueden hacer que las células nerviosas

liberen cantidades exageradas de los neurotransmisores naturales o pueden bloquear el reciclaje normal de estas sustancias químicas del cerebro, lo cual es necesario para cortar la señal entre las neuronas. Esto resulta en un mensaje sumamente amplificado que a su vez dificulta los patrones normales de comunicación.

Esto explica la falta de control que existe en los drogodependientes que los lleva a múltiples consecuencias negativas, ya que su comportamiento está guiado por el efecto de la droga, la cual altera el funcionamiento de unos de los mas importantes sistemas del organismo como lo es el sistema nervioso central, afectando así la comunicación del cerebro con todas las partes del cuerpo.

2.2.3 DROGODEPENDENCIA

Por lo general el inicio en el consumo de drogas se da en la búsqueda del alivio de alguna frustración, puesto que por la angustia o ansiedad, la persona toma un desvío a las dificultades de su vida diaria. También la curiosidad por experimentar nuevas sensaciones es causa del consumo de la sustancia; la dificultad de comenzar este hábito está en que al cabo de un tiempo el ser humano queda sujeto a los efectos de la droga, lo que se conoce como drogodependencia. La OMS citada por Infoadicciones.com.er (2010), define este termino como

El estado psíquico y, a veces, físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco (droga), que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco (droga) en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación.

El Instituto para el Estudio de las Adicciones Lasdrogas.info (2011) establece cuatro (4) signos y síntomas de adicción, tomando en cuenta que “todas las adicciones son diagnosticables ya que sus síntomas pueden ser reconocidos y descritos. Sin embargo, generalmente es difícil y costoso que una persona acepte que

tiene un problema de adicción”
(<http://www.lasdrogas.info/index.php?op=Sustancias&link=Signos>)

Ahora bien, los cuatro signos y síntomas que presenta dicho Instituto son:

- Obsesión: el adicto posee una conducta obsesiva que por lo general lo lleva a dirigir todo su tiempo, esfuerzo y atención al consumo de la droga dejando en un segundo plano a la familia, amigos y obligaciones.

- Consecuencias negativas: estas se pueden observar en todas las áreas que comprende la vida del adicto como lo son las relaciones, el trabajo, la economía, la salud psíquica, la conducta y la salud física.

- Falta de control: todo adicto piensa que tiene el control sobre la sustancia y por el contrario es la sustancia que domina la voluntad del adicto.

- Negación: tiene mucho que ver con el tercer síntoma puesto que por creer tener el control de la situación, el adicto niega el hecho de tener algún problema con el consumo de sustancias.

Las adicciones pueden ser tóxicas o no tóxicas, es decir, las personas pueden ser adictas a una sustancia o a una actividad (apostar, comer, jugar en computadoras, tener sexo, entre otras) en cualquiera de los casos, la dependencia va acompañada de una falta de control, debido a que la sustancia o la actividad se convierten en su único objeto de deseo, por lo que la vida del adicto gira alrededor de un mismo hábito que le ocasionan múltiples consecuencias negativas, como el deterioro de las relaciones, la salud (física y mental) y de las capacidades para desenvolverse positivamente.

El problema de la adicción a drogas, no se trata únicamente de un problema social, la situación es mucho más compleja y resulta erróneo pensar que sólo se cura con la voluntad del adicto, esta es un factor fundamental mas no constituye por sí misma la solución. Inicialmente el consumo es voluntario sin embargo, con el tiempo, las drogas afectan el autocontrol y la capacidad para tomar decisiones acertadas o sensatas.

Según el NIDA (2010), “estudios e imágenes del cerebro de los drogodependientes muestran cambios en las áreas del cerebro esenciales para el juicio, la toma de decisiones, el aprendizaje, la memoria y el control del comportamiento”

Aunado a esto es importante resaltar que la adicción no se trata sólo de un problema de conducta o de influencia del entorno, también le atañen condiciones biológicas que pueden crear una vulnerabilidad a caer en la adicción. Tal como lo expone el Dr. Pedro Delgado, Psiquiatra de Humana Desarrollos en Bienestar Integral, C.A, citado por Ortiz (2009),

Hoy en día sabemos que hay ciertos genes que se transmiten familiarmente, de padres a hijos, que predisponen a una persona a tener una adicción. En el caso del alcoholismo, el 98% de los hombres bebe, pero solamente un 10% ó 13% desarrolla alcoholismo, porque ese porcentaje tiene la carga genética. El otro porcentaje puede que beba, que incluso muchas veces se exceda, pero no desarrolla alcoholismo.

El mismo autor sostiene que “las adicciones son de origen multifactorial, es decir, se necesita la suma de varias cosas. Puedes tener una carga genética y una predisposición, pero si nunca estás en un ambiente donde se consume y nunca

consumes una sustancia, no la vas a desarrollar (la adicción)”. Lo que quiere decir que la adicción no se trata de falta de voluntad o desviación de conducta sino de una enfermedad más asociada a múltiples factores biopsicosociales.

2.2.4 TOLERANCIA, DEPENDENCIA Y SÍNDROME DE ABSTINENCIA

El consumo prolongado de drogas de abuso ocasiona que el efecto sea cada vez menor, por lo que se hace necesario aumentar la dosis para conseguir las sensaciones con la misma intensidad que al principio, lo que se conoce como tolerancia. Sciolla (2008), define la tolerancia como la

Desaparición de los efectos agudos de la droga ante una misma dosis o, lo que es lo mismo, a la necesidad de aumentar la dosis para conseguir los mismos efectos. Se ha sugerido que la tolerancia es producto de mecanismos homeostáticos neurocelulares que se ponen en marcha ante cada nueva dosis, y que son cada vez más poderosos para contrarrestar los efectos agudos de la droga.

El hecho de desarrollar tolerancia a una sustancia no implica necesariamente que la persona se haga dependiente a la misma. Esto ocurre a menudo con el consumo de alcohol; existen muchos consumidores de esta bebida que adquieren una tolerancia que va aumentando de acuerdo con la frecuencia de la ingesta pero no son dependientes; es decir, el hábito no es compulsivo, son capaces de controlar su conducta y no presentan síndrome de abstinencia.

También se puede presentar la tolerancia inversa que es todo lo contrario; el organismo no logra adaptarse a la sustancia, por lo cual con una mínima dosis puede experimentar efectos de gran intensidad. Esto es característico del alcoholismo.

La tolerancia es un fenómeno reversible, pues, tras un periodo sin consumir, se pierde esa resistencia a la sustancia y si al cabo de un tiempo la vuelve a ingerir puede experimentar sensaciones como si fuera la primera vez, es decir, efectos intensos con dosis pequeñas.

Por otra parte la dependencia se refiere a la necesidad de ingerir una sustancia para experimentar sensaciones placenteras o para evitar sensaciones desagradables por falta de la misma, esto lleva al drogodependiente a realizar el consumo de manera compulsiva, pues la sustancia es la que domina sus pensamientos y deseos y dirige su conducta, convirtiendo esta actividad en lo más significativo de su vida.

La dependencia se clasifica en psicológica y física. El Instituto para el Estudio de las Adicciones Lasdrogas.Info (2011), define como dependencia psicológica la “Compulsión a consumir periódicamente la droga de que se trate, para experimentar un estado afectivo positivo (placer, bienestar, euforia, sociabilidad,...) o librarse de un estado afectivo negativo (aburrimiento, timidez, estrés,...)”. En este mismo orden de ideas plantea que cuando hay dependencia física “La droga se ha incorporado al metabolismo del sujeto. El organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en sangre para funcionar con normalidad”.

Por lo general se conoce la presencia de una dependencia a una sustancia cuando se interrumpe de manera brusca el consumo de la misma y aparecen una serie de síntomas y reacciones fisiológicas y psíquicas que se denominan síndrome de abstinencia, lo que quiere decir que, éste puede ser observado cuando hay una contención de la ingesta. Jarne y Talarn, (2000), expresan que

La característica principal del síndrome de abstinencia es la presencia de un conjunto de síntomas fisiológicos y psicológicos, que se presentan al cesar o reducir el consumo de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El síndrome de abstinencia es un trastorno mental orgánico específico para cada grupo de drogas. (p.604).

2.2.5 ALCOHOL

Según LasDorgas.info (2008),

Las bebidas alcohólicas se clasifican básicamente en dos grupos, en función de su proceso de elaboración:

Bebidas fermentadas: Proceden de la fermentación de los azúcares contenidos en diferentes frutas (uvas, manzanas, etc.) Son característicos de este grupo la cerveza, la sidra y el vino. Su graduación alcohólica oscila entre 4° y 12°. Su descubrimiento fue casual, como resultado de la putrefacción natural de frutas almacenadas.

Bebidas destiladas: Resultan de la depuración de las bebidas fermentadas, para obtener mayores concentraciones de alcohol. Se trata de bebidas como el vodka, la ginebra o el ron, y oscilan entre 40° y 50°. La destilación fue inventada en el siglo VII por los alquimistas árabes, de quienes procede el nombre de la sustancia al-kohl.

Esta sustancia se considera una droga porque produce cambios en el organismo y es capaz de generar tolerancia y dependencia. Es una de las drogas que se consume en mayor cantidad, ya que al principio produce sensaciones de desinhibición y euforia que facilitan las relaciones sociales, sin embargo, el consumo excesivo de alcohol es el responsable de la mayoría de los accidentes de tránsito, del bajo rendimiento en el trabajo, de la desintegración de la familia y del desequilibrio psicológico. En otras palabras influye negativamente en todos los aspectos de la vida cotidiana.

Por otra parte, tal como se expresa en el manual Merck (2005), “La ingestión prolongada de excesivas cantidades de alcohol daña muchos órganos, particularmente el hígado, el cerebro y el corazón”. Por lo que la mayoría de los alcohólicos desarrollan enfermedades hepáticas como la cirrosis, son mas propensos a sufrir un infarto, ya que esta sustancia aumenta los triglicéridos que son grasas no saturadas en las arterias y aumenta la presión sanguínea.

En el mismo orden de ideas el farmacéutico Borrás (2007), platea que

A la larga, beber excesivamente puede tener consecuencias en la salud como: pérdida del apetito, deficiencia vitamínica, mala digestión de alimentos, problemas de piel, impotencia sexual, obesidad, problemas del sistema nervioso central, pérdida de memoria, desórdenes psicológicos.

No obstante el alcohol, se ha convertido en el compañero de recreación de la mayoría de los venezolanos, es decir, forma parte de la cultura, esta bebida, influenciada ligeramente por una presión colectiva está asociada a los hábitos de alimentación, diversión, hospitalidad y agrupación así como un acto de inicio en la vida adulta.

El Instituto para el Estudio de las Adicciones Lasdrogas.Info (2011) define el alcohol como:

Un depresor del sistema nervioso central que adormece progresivamente el funcionamiento de los centros cerebrales superiores, produciendo desinhibición conductual y emocional. No es un estimulante, como a veces se cree: la euforia inicial que provoca se debe a que su primera acción inhibitoria se produce sobre los centros cerebrales responsables del autocontrol.

Esto contradice el mito de que el alcohol facilita o mejora la respuesta sexual como popularmente se cree. Si bien es cierto que reduce las tensiones y las inhibiciones, seguidamente distorsiona la percepción de los sentidos, la coordinación motora e induce al sueño.

La dependencia al consumo de alcohol se conoce como alcoholismo, y como en otras adicciones, la persona carece de capacidad para evitar la ingesta de la sustancia y resulta necesaria una terapia adecuada para que ésta aprenda a vivir sin el alcohol y recupere el control de sus acciones. El NIDA (2010), define el alcoholismo como

Una enfermedad diagnosticable caracterizada por un fuerte deseo por el alcohol, y / o el uso continuado a pesar de los daños o lesiones personales. El abuso de alcohol, que puede conducir al alcoholismo, es un patrón de consumo que resulta en daño a la salud, las relaciones interpersonales, o la capacidad de trabajo.

El consumo de alcohol no es el único factor que provoca esta enfermedad llamada alcoholismo, pues existen muchas personas que ingieren dicha bebida y son capaces de controlar su conducta, otras que se embriagan y pierden el control por un corto tiempo pero no son dependientes. Al parecer existen factores genéticos que influyen en el alcoholismo y lo hacen hereditario. Según el manual Merck (2005),

Los familiares consanguíneos de los alcohólicos tienen una incidencia más alta de alcoholismo que la población general. Lo que sugiere que el alcoholismo implica un defecto genético o bioquímico. Algunas investigaciones sugieren que las personas con riesgo de ser alcohólicas se embriagan con menor facilidad que los no alcohólicos; esto quiere decir que sus cerebros son menos sensibles a los efectos del alcohol.

Como en todas las adicciones, el entorno donde se desenvuelve la persona, las situaciones o experiencias que viva y algunas características de su personalidad también juegan un papel desencadenante en el alcoholismo. Por lo que se puede decir que es una enfermedad biopsicosocial.

2.2.6 MARIHUANA

La marihuana es la sustancia ilícita mas consumida a nivel mundial, se utiliza con fines recreativos, religiosos y medicinales. Su modo de consumo más habitual es por vía respiratoria (fumada). Es una sustancia psicoactiva obtenida del cannabis sativa, un arbusto silvestre que crece en zonas templadas y tropicales, pudiendo llegar a una altura de seis metros, extrayéndose de su resina el hachís, y de sus hojas la marihuana. Dicha sustancia según la ONA (2010),

Se obtiene de las hojas y flores secas de la Cannabis Sativa, Aunque se conoce desde hace miles de años, su ingrediente activo, el Tetrahidrocanabinol (THC), solo fue sintetizado hasta año 1966. La potencia de la marihuana depende de la concentración del THC, a mayor concentración los efectos nocivos serán mayores.

Durante muchos años se mantuvo la creencia de que la marihuana era una sustancia inofensiva que algunos utilizaban para relajarse o divertirse y otros para sus ritos religiosos. Las investigaciones que se realizaban sobre esta hierba no llegaban a conclusiones concretas; no obstante, desde hace algún tiempo se conoce información confiable sobre los efectos negativos que ella ocasiona al organismo. El NIDA (2010), afirma que “esta droga deteriora la memoria a corto plazo, el aprendizaje, la habilidad para concentrarse y la coordinación. También aumenta la frecuencia

cardiaca, puede causar daño a los pulmones y, en las personas susceptibles, puede causar psicosis.”

Estos efectos parecen ser suficiente motivo para dejar de consumir dicha sustancia, sin embargo, no resulta tan fácil, puesto que ésta genera desde un principio sensaciones muy placenteras que hacen imposible que el consumidor se de cuenta de los otros efectos y una vez sumergido en la adicción resulta necesario un tratamiento administrado por profesionales para poder aprender a vivir sin la droga. Esto se debe a los cambios que se producen en el cerebro; el NIDA (2010), sostiene que

Algunas áreas cerebrales tienen muchos receptores de cannabinoides; otras tienen pocos o ninguno. La mayor densidad de receptores de cannabinoides se encuentra en las partes del cerebro que influyen en el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, las percepciones sensoriales y del tiempo, y el movimiento coordinado.

De acuerdo con este planteamiento se puede decir que el consumo prolongado de marihuana conduce a la adicción, es decir, al uso compulsivo de la misma aún cuando se conocen las consecuencias negativas que dicho hábito deja en la salud, la familia, el trabajo y otros aspectos de la vida cotidiana.

Se dice que esta sustancia crea dependencia psicológica y no física. Según el manual Merck (2005),

La dependencia física de la marihuana no ha sido demostrada de modo fehaciente. Al igual que el alcohol, la marihuana puede ser usada de modo intermitente por muchas personas sin que les cause una disfunción aparente social o psicológica, ni tampoco adicción.

Esto tiene mucho que ver con la predisposición genética y los factores de riesgo que influyen en la adicción y que fueron expuestos anteriormente. Así como también rasgos de personalidad y situaciones de la vida diaria, ya que la adicción en todos los casos se ve influida o determinada por factores biopsicosociales.

Muchas personas que han consumido marihuana en un largo periodo presentan algunos síntomas como irritabilidad, dificultad para dormir, disminución en el apetito, ansiedad y deseos por la droga que representan el síndrome de abstinencia característico de esta sustancia. Según el NIDA (2010), “Estos síntomas del síndrome de abstinencia comienzan aproximadamente al día siguiente de empezar la abstinencia, llegan a su punto máximo a los dos o tres días, y se atenúan una o dos semanas después de haber consumido la droga por última vez.”

Más allá de las consecuencias negativas ya mencionadas, el consumo de marihuana se deja sentir en el proceso de la reproducción humana alterando su normal funcionamiento. Según la ONA (2010),

Se ha comprobado que el consumo de marihuana tiene efectos negativos en todas las fases de la reproducción humana, tanto en hombres como en mujeres, debido a que los cannabinoides (componentes químicos de la marihuana) se almacenan en los órganos sexuales y en el cerebro.

Este planteamiento sugiere que la marihuana representa un peligro para el sistema reproductor, lo cual podría impedir que el embarazo llegara a buen término, poniendo en riesgo la vida tanto del bebe como de la madre. También puede interferir en una nutrición y descanso adecuado de la misma, por lo que los bebés tienden a ser más pequeños y con problemas de salud, sobre todo en el desarrollo motor y el aprendizaje entre otros trastornos, que van de acuerdo a la cantidad y la frecuencia de

consumo de la madre. De igual forma la misma institución(ONA) (2010), sostiene que esta droga

En los hombres disminuye el número y la movilidad de los espermatozoides, produce deformaciones en éstos y afecta al hipotálamo (glándula cerebral que controla el proceso de generación de los espermatozoides). En las mujeres produce cambios en el ciclo menstrual debido al efecto del THC en el hipotálamo (glándula que regula la liberación de hormonas de la pituitaria) y disminución del número de óvulos. Se observa una relación entre el uso de la marihuana antes de la concepción y durante el embarazo, y una alta incidencia del efecto tóxico de la sustancia en el feto así como en el número de defunciones neonatales.

Por otra parte, en el Manual Merck (2005) se expone que “el consumo de marihuana puede reducir los valores de testosterona”. Lo que indica que este hábito puede ser capaz de deteriorar la vida sexual de las personas reduciendo hasta el interés por las relaciones sexuales ya que esta hormona tiene mucho que ver con el deseo sexual.

2.2.7 COCAINA

La segunda droga ilícita (después de la marihuana) mas traficada y por lo tanto mas consumida es la cocaína, la cual tiene un gran poder adictógeno, generando una importante dependencia que implica un intenso impulso a continuar el consumo. Esta sustancia se presenta como un polvo blanco y fino; su efecto es de corto tiempo, lo que obliga al adicto a repetir el consumo varias veces por día; su inhalación puede dañar el tabique nasal, fumada o inyectada aumenta el riesgo de contraer otras enfermedades o infecciones. Según la ONA (2010);

La cocaína es un alcaloide extraído de un arbusto llamado coca, originario de la región de Los Andes, en América del Sur. Se observa como un polvo de color blanco o marfil que actúa como estimulante del sistema nervioso central. Como droga estimulante, puede provocar importantes trastornos psíquicos, tales como crisis de ansiedad, insomnio, desazón, irritabilidad, desinterés por la familia, el trabajo y las relaciones en general. También puede ocasionar ruptura de conductas éticas habituales, psicosis, ideas persecutorias, alucinaciones visuales y auditivas, así como reacciones agresivas y depresión.

Esta droga está asociada por muchos jóvenes a los hábitos de diversión y escape temporal de realidades frustrantes, puesto que produce sensación de euforia, grandeza y potencia física, deja al consumidor en un estado de alerta así como también lo lleva a la pérdida del control de sus acciones. Este “gran poder” que deja sentir esta sustancia puede conducir a la agresividad y representar un peligro tanto para el consumidor como para los que lo rodean.

La cocaína suprime la sensación de cansancio y genera una ola de placer por la liberación de dopamina que es la hormona responsable de las sensaciones gratificantes, es por ello que se asocia el consumo de esta sustancia con la diversión, sin embargo, ésta puede costar muy cara, puesto que después de un cierto periodo de consumo se desarrolla la adicción además de muchas otras complicaciones médicas. Es decir, unos momentos de placer intenso pueden condenar al consumidor de cocaína a una fuerte dependencia y complicaciones médicas. El NIDA (2010), explica que:

La cocaína incrementa la concentración de la dopamina, una sustancia química del cerebro (o un neurotransmisor) asociada con el placer y el movimiento, en el circuito de gratificación del cerebro. Ciertas células del cerebro o neuronas usan la dopamina para comunicarse. Normalmente, la dopamina es liberada por una neurona en respuesta a una señal placentera (por ejemplo, el olor rico de una comida) y luego reciclada de nuevo a la

célula que la liberó, apagando así las señales entre las neuronas. La cocaína actúa previniendo el reciclaje de la dopamina, causando que se acumule una cantidad excesiva del neurotransmisor. Esto hace que se amplifique el mensaje y la respuesta de la neurona receptora y por último perturba la comunicación normal. Este exceso de la dopamina es el responsable de los efectos eufóricos de la cocaína.

Esta euforia, la sensación de poder, grandeza y hasta el placer, crea en muchos consumidores una conducta llena de violencia y agresividad que se traduce en comportamientos inaceptables que a su vez, ocasionan un deterioro de las relaciones interpersonales. Asimismo provoca un desgaste físico debido a que durante el efecto de la cocaína se encuentra anulada la sensación de cansancio y esto puede llevar al adicto a realizar actividades que impliquen mayor fuerza física.

También es importante mencionar que el consumo prolongado de cocaína deja efectos severos en el cerebro, Según publicación de la Clínica de desintoxicación HPsis (2009),

Después, en ingestiones futuras, con los aumentos del uso de cocaína el cerebro pierde su habilidad de producir dopamina, reduciendo estas sustancias químicas en los lugares del cerebro que inducían los efectos placenteros al consumir cocaína. Entonces causará sentimientos de depresión o decaimiento.

Esto constituye una gran dificultad para el buen desempeño en la vida diaria del cocainómano ya que la depresión trae consigo perturbaciones del sueño, del apetito, pérdida de iniciativa, abandono, inactividad, incapacidad para el disfrute, entre otros; de manera que no es capaz de llevar a cabo con eficacia sus roles en la sociedad.

En otro orden de ideas, es pertinente mencionar que se les hace costumbre a muchos consumidores de cocaína (cocainómanos) ingerir alcohol al mismo tiempo que inhalan el polvo blanco, de manera que aumentan los efectos así como las complicaciones médicas. En otras palabras esta mezcla resulta peligrosa. Según el NIDA (2011),

Los investigadores han encontrado que el hígado humano combina la cocaína y el alcohol para producir una tercera sustancia, el etileno de cocaína, que intensifica los efectos eufóricos de la cocaína. El etileno de cocaína está asociado con un riesgo mayor de muerte súbita que si se usara la cocaína sola.

En fin, la combinación de cocaína y alcohol esta asociada a una imagen errada de diversión, estimulación y potencia tanto física como sexual, que lleva al deterioro psicorgánico progresivo del consumidor.

2.2.8 CRACK

El crack se deriva de la cocaína y es también conocido popularmente como la “piedra”; es una droga cuyo consumo es bastante común, puesto que su precio es muy bajo y cualquier persona puede acceder a ella. Según Rodríguez y Franco (1998), “se obtiene a partir del residuo de pasta básica que queda después de obtener el clorhidrato de cocaína, el cual se trata (residuo) con bicarbonato de sodio, desecándose a bajas temperaturas.” (p.36). El mayor problema con este derivado de la cocaína es que es altamente adictivo; aunque aparentemente la adicción que provoca no es física, pero es psicológica y fuerte. Los usuarios de crack describen sus efectos como más intensos, pero de menor duración, lo que implica que su dosificación sea más continua.

La utilización del bicarbonato de sodio en la preparación del crack consiste en aumentar el volumen y disminuir el precio, es por ello que resulta tan accesible. Esta sustancia como toda droga ilícita es preparada en laboratorios clandestinos que no poseen ningún método de higiene, por lo que está llena de impurezas que complican aún más los efectos negativos.

2.2.9 LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA

La sexualidad forma parte de todas las etapas del ser humano, comprende diversos factores biológicos, psicológicos y emocionales; se traduce en sentimientos, impulsos, necesidades y conductas que son determinadas en gran medida por la cultura en la que se desenvuelva la persona.

La mayor forma de expresar la sexualidad es la actividad sexual, una de las experiencias más gratificantes del ser humano a través de la cual se aumenta la autoestima, la estabilidad emocional, se mejora las relaciones interpersonales. Así como también se experimenta un estado de relajación y una sensación de bienestar que permite reducir la ansiedad y el estrés, cuestión que logra crear en las personas una actitud mas optimista ante las dificultades de la vida diaria.

La sexualidad humana, en su más amplio sentido, es tan rica y variada que difícilmente se puede esquematizar, pero en cambio si es posible describir el conjunto de reacciones biológicas que se desencadenan tanto en hombres como en mujeres ante un estímulo sexual.

Masters y Johnson (citado por McCary, 1999), “han estudiado y explicado, científicamente, las reacciones que experimentan hombres y mujeres en el ciclo de la respuesta sexual y las han dividido en cuatro fases: excitación, meseta, orgásmica y resolución”. (p.179). Estos investigadores a lo largo de doce años, determinaron que la respuesta sexual es un proceso que consta de un principio y un final. Para hombres y mujeres el esquema de la respuesta sexual es el mismo: Cuatro etapas que se diferencian entre los dos sexos por la reacción fisiológica de sus genitales. Luego de esta investigación, los mismos autores consideraron necesario agregar a dicho esquema la fase de Deseo, por ser fundamental para iniciar la actividad sexual.

En esta investigación, se tomará en cuenta las fases de la respuesta sexual descritas por Masters y Johnson, puesto que su investigación duró 12 años, analizaron 694 sujetos y aún se mantiene vigente.

2.2.9.1 Fases de la Respuesta Sexual Humana:

- **Deseo:**

Esta fase se caracteriza por el interés o apetito sexual que se da a través de los sentidos (vista, olfato, tacto, oído, gusto) en el cual se activan las neuronas como la testosterona y la luteína. En esta fase no se observan cambios fisiológicos, pues se trata de un proceso psicológico pero elemental para llevar a cabo la actividad sexual.

- **Excitación:**

Se relaciona con el deseo sexual. Comprende la respuesta fisiológica ante la estimulación a través de los sentidos o la imaginación. Se dilatan los vasos sanguíneos.

En la mujer los cambios que se producen son:

- Lubricación vaginal, que puede aparecer entre los 10 y 30 segundos después de haberse iniciado la excitación.
- Aumento del tamaño y longitud de la vagina
- El clítoris se hace más grande
- El pecho crece y los pezones se ponen erectos

En el hombre la excitación sexual se caracteriza por:

- Aumentan el ritmo cardíaco y la presión sanguínea.
- Aumenta la tensión muscular y nerviosa (neuromuscular) general.
- Erección del pene. El tamaño y la dureza varían de unos individuos a otros. La fatiga y la ansiedad pueden hacer variar la excitación.
- Los testículos aumentan de tamaño.

Según Masters y Johnson citado por Ladas, Whipple y Perry (2007), “la lubricación es comparable a la erección en el sentido de que se produce como resultado del incremento del flujo sanguíneo en la zona, que a su vez provoca la congestión de los tejidos circundantes” (p. 40)

- **Meseta:**

Es un estadio de alta tensión o excitación sexual, a lo largo del cual se suele producir una nivelación y se alcanza el grado de excitación sexual necesario para que se desencadene el orgasmo, es decir, en esta etapa, la intensidad de los signos de la fase anterior aumenta, y la duración de esta fase es muy variable. En los dos sexos, se da un aumento de la respuesta nerviosa simpática, lo que provoca la elevación de la tensión muscular, de la respiración, de la presión y del ritmo cardíaco. También se

produce el rubor sexual, un enrojecimiento sobre todo del pecho y la cara, se debe a un aumento de la circulación de la sangre bajo la piel.

En la mujer:

- El clítoris se esconde bajo el prepucio que lo protege
- La vagina sigue segregando más líquido lubricante
- El útero se desplaza hacia arriba.
- Comienza a sentir algunos espasmos, que se localizan por todo el cuerpo, genitales, en un pie o en el vientre.
- Los labios menores se engrosan y enrojecen.

En el hombre:

- La erección es más rígida,
- Puede aparecer líquido pre-eyaculatorio en el pene,
- El glande aumenta de tamaño,
- Los testículos incrementan su volumen y se acercan al cuerpo,
- También pueden aparecer contracciones del esfínter rectal.

- **Orgasmo**

Si la actividad sexual prosigue, se alcanza el clímax deseado: el orgasmo. En los dos sexos hay una sensación de no vuelta atrás, y de pérdida de control de los músculos, donde se libera toda la tensión tanto física como psicológica.

Es la más corta del ciclo de respuesta sexual, y dura de 3 a 15 segundos. En ésta las pulsaciones y la respiración llegan a la máxima frecuencia e intensidad.

En esta fase según Master y Johnson citado por Ladas, Whipple y Perry (2007),

En las mujeres se aprecian una serie de contracciones rítmicas de la “plataforma orgásmica”, el tercio exterior de la vagina y los tejidos y músculos circundantes. Al principio, las contracciones musculares se producen a intervalos de aproximadamente cuatro quintos de segundo. Luego estas pausas se prolongan y la intensidad de las contracciones disminuye. Un orgasmo intenso incluye de ocho a doce contracciones, en tanto que uno suave genera solo entre tres y cinco. (p.41)

- **Resolución:**

En esta fase desaparecen todos los cambios fisiológicos que se presentaron en las tres primeras y aparece una sensación de relajación y bienestar. La mujer es capaz de experimentar otro orgasmo si continua con una estimulación adecuada a diferencia del hombre que en esta fase pasa por un periodo refractario durante el cual es imposible continuar con la actividad sexual.

2.2.10 DISFUNCIONES SEXUALES

En el apartado anterior se describió cómo el ser humano responde normalmente a los estímulos sexuales; ahora bien, cuando se presenta alguna alteración de manera reiterada en cualquiera de las fases de dicha respuesta (excitación, meseta, orgasmo y resolución) se está en presencia de una disfunción sexual, la cual puede surgir por múltiples causas biológicas o psicológicas. Según Bravo, (2005), “su aparición se debe principalmente a factores psicológicos, aunque también puede desencadenarse como consecuencia del consumo de determinadas sustancias o por la presencia de una patología” (p. 658).

Estas disfunciones se hacen evidentes cuando una persona a pesar de tener las condiciones y oportunidades adecuadas presenta reiteradamente dificultades para practicar la actividad sexual o queda insatisfecha con la misma. Tal situación puede ser la causa del deterioro de la vida en pareja, ya que impiden o dificultan el disfrute satisfactorio de la sexualidad. Según el Dr. Serradell (2008),

La expresión disfunción sexual se utiliza para designar diversos trastornos caracterizados por una alteración del normal desarrollo de la respuesta sexual que se presenta de manera repetida y, como consecuencia, dificultan o impiden una vida sexual satisfactoria, con todas las implicaciones que eso conlleva, (p. 210)

Las disfunciones sexuales mas frecuentes son la inhibición del deseo en ambos sexos, la ausencia de orgasmo en la mujer y los trastornos de la erección y la eyaculación en el hombre.

2.2.10.1 INHIBICIÓN DEL DESEO SEXUAL

Por lo general esta disfunción se origina por causas psicológicas (aunque también se puede presentar por causas biológicas) puesto que en algunas culturas existen mitos sobre las relaciones sexuales que crean una actitud de rechazo, desinterés o sensación de culpabilidad por el incumplimiento de patrones sociales de comportamiento. El Dr. Serradell (2008), expone que

Existe inhibición del deseo sexual ante una ausencia persistente del impulso sexual o de la libido en situaciones en que, en condiciones normales y en mayor o menor medida, está presente en todas las personas. Se trata de una disfunción sexual que afecta tanto a los hombres como a mujeres, cuyas causas son muy variadas y que pueden obedecer tanto a factores de naturaleza psíquica como de índole orgánica. (p. 216)

Ciertamente el deseo sexual puede variar considerablemente de una persona a otra, pues, además de los factores educativos y sociales se ve influido por características individuales. No obstante, en condiciones normales, toda persona tiene cierto interés por el sexo. Razón por la cual se considera la inhibición del deseo sexual como una disfunción.

2.2.10.2 TRASTORNOS DEL ORGASMO O ANORGASMIA

La anorgasmia se refiere al no disfrute del instante de placer que corresponde a la tercera fase de la respuesta sexual, es decir, la ausencia recurrente del orgasmo a pesar de contar con las condiciones necesarias. Ocurre más frecuentemente en mujeres pero también se puede presentar en hombres. Según Bravo, (2005), “es la incapacidad o retraso persistente de alcanzar el orgasmo. Aunque existe excitación” (p. 660).

Esta disfunción puede generar sentimientos de frustración en la mujer por no lograr alcanzar el clímax en ninguna circunstancia aun cuando lo desea y está cerca de alcanzarlo. El hombre también sufre las consecuencias, ya que muchas veces por desconocimiento se siente responsable del problema.

2.2.10.3 TRASTORNOS EN LA ERECCIÓN O DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Este trastorno no permite la penetración, por lo que impide el desarrollo satisfactorio de la relación sexual. Evita la principal característica de la fase de

excitación en el hombre que es la erección del pene, evitando por completo el resto de la respuesta sexual.

Para una mejor comprensión de este trastorno es importante conocer el proceso de erección del pene. Rugama, (2003), explica que

El pene durante la erección actúa como un reservorio, acumulando sangre bajo presión, las arterias helicinas rama de la arteria cavernosa, son las arterias de referencia que modulan el paso de sangre hacia el espacio trabecular. Cuando están contraídas, hay poco paso de sangre y por lo tanto el pene está en estado de flacidez y su dilatación permite la transmisión de la presión arterial sistemática al cuerpo cavernoso que justo con la relajación subsecuente del músculo liso trabecular causa la expansión del espacio trabecular y el consecuente atrapamiento de sangre por la que drenan el cavernoso y por ende una erección. (p. 17).

Cuando este proceso se desvía de su normal funcionamiento de manera recurrente se está en presencia de un trastorno que puede ser originado por un sinnúmero de causas psicológicas o biológicas

El Dr. Serradell (2008), expresa que

La disfunción eréctil se caracteriza por la dificultad o incapacidad de alcanzar o mantener un estado de erección suficiente para practicar el coito. Se trata de un problema muy extendido y de causas variadas que en realidad, puede presentarse de forma diversa y adoptar diferentes modalidades, más o menos persistentes en el tiempo. (p. 230)

La disfunción eréctil, por no permitir el coito entre la pareja, genera sentimientos de frustración que abarcan más del ámbito de la vida sexual; o lo que es igual, se deja sentir en muchos aspectos de la vida cotidiana

2.2.10.4 EYACULACIÓN PRECOZ

La eyaculación se produce normalmente en la tercera fase de la respuesta sexual masculina, consiste en la expulsión del semen. Generalmente viene acompañada del orgasmo masculino y cuando ocurre con mucha frecuencia antes de lo esperado y sin poder evitarlo se está en presencia de una disfunción que se conoce como eyaculación precoz. Que según Ferri, (2007), “es un problema persistente en el que un hombre experimenta un orgasmo o eyaculación en las primeras fases del contacto sexual y antes de que lo desee”. (p. 339)

En este mismo orden de ideas el Dr. Serradel (2008) plantea que,

Por lo general, la eyaculación precoz tiene su origen en factores psicológicos y de condicionamiento que impiden el normal aprendizaje del control eyaculatorio. Sucede así, por ejemplo, cuando el hombre practica sus primeras relaciones sexuales con prisas, en lugares inadecuados o con temor a ser descubierto. En tales situaciones, el hombre se acostumbra a eyacular rápidamente y se establece así un patrón eyaculatorio precoz que mas adelante, aunque se acceda a situaciones que permitan mantener relaciones sexuales relajadas es difícil de modificar. (p.234)

Ésta como todas las disfunciones, es capaz de generar un desequilibrio en la pareja, debido a que la no satisfacción de la mujer por la pronta eyaculación del hombre puede generar sentimientos de frustración o irritabilidad que perjudican las relaciones interpersonales.

2.2.11 DROGAS DE ABUSO Y DISFUNCIÓN SEXUAL

Además del deterioro físico, psicológico y social que acarrearán las adicciones a drogas de abuso, también en la respuesta sexual ocasionan daños significativos. Sin embargo estas drogas son consumidas con la errada creencia de mejorar el rendimiento de la respuesta sexual. Según González, Gálvez y colaboradores (2006),

La sexualidad, como conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, marca de forma decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo. Considerada a lo largo de la historia como una fuerza natural e innata, cada vez más se llega al convencimiento de que en ella también intervienen las influencias sociales. Así, desde tiempos muy remotos el hombre y la mujer han buscado sustancias que les permitan incrementar su placer sexual, y han recurrido a plantas, alimentos, y por supuesto, a sustancias naturales o sintéticas como lo son las drogas. Sin embargo, según todos los estudios realizados, las drogas tienen efectos negativos, no solo durante las relaciones sexuales, sino en la manifestación de la sexualidad en general.

En el caso del alcohol y la marihuana inicialmente producen desinhibición que facilita el escape de prejuicios o tabúes y bajo este contexto se favorece el inicio de la actividad sexual pero no garantiza el buen rendimiento de la misma, ya que deprimen el Sistema Nervioso Central al cabo de un corto tiempo dejando secuelas graves en el funcionamiento sexual.

Blanco, Pérez y Batista (2011), afirman que

El alcohol disminuye la secreción de testosterona, principal hormona sexual masculina, producida por las células intersticiales de Leydig de los testículos. En la corteza suprarrenal de hombres y mujeres, se producen andrógenos, algunos de éstos se convierten en testosterona, en los tejidos extrasuprarrenales. Lo anterior explica que la testosterona sea una de las sustancias químicas responsables del deseo sexual para hombres y

mujeres, por tanto dentro de los efectos a largo plazo del alcohol está la disminución del deseo sexual para ambos.

Esto tiene amplia repercusión en las relaciones sexuales, puesto que el deseo es fundamental para llevar a cabo las demás fases de la respuesta sexual humana, y la falta del mismo pudiera ocasionar la desaparición total de la intimidad de la pareja. Según González, Gálvez y colaboradores el alcohol “en dosis altas retarda el proceso de excitación, ocasiona pérdida de coordinación, y en consumo frecuente bloquea la respuesta sexual y provoca impotencia”.

En cuanto al efecto de la marihuana sobre la sexualidad, Flores (2010), expresa que “El cannabis contiene 400 compuestos químicos y tiene un efecto depresor. En las mujeres puede disminuir la lubricación vaginal, su consumo continuo puede provocar desinterés por el sexo, y puede inhibir la ovulación”. Por ello la marihuana constituye una amenaza para el disfrute de la actividad sexual ya que, la lubricación vaginal es característica de la primera fase de la respuesta sexual (excitación) y sin ella el coito resulta desagradable y hasta doloroso. Por lo que en las mujeres el consumo dicha sustancia puede impedir el buen desenvolvimiento en esa y las demás fases de dicha respuesta.

Otra droga de abuso que se consume frecuentemente en la búsqueda de placeres en el ámbito sexual es la cocaína y dentro de las muchas complicaciones médicas generadas por el consumo de ésta, García (2008), menciona las alteraciones sexuales:

Aunque la euforia y la desinhibición secundaria al consumo de cocaína pueden aumentar inicialmente la excitación sexual, la norma es que la repetición del consumo provoca disfunción sexual. A largo plazo, lo más frecuente es impotencia y ginecomastia en el varón y anorgasmia en la mujer.

Sin embargo, la cocaína es consumida bajo la concepción de que aumenta la potencia sexual, y puede ser que en un principio tenga ese efecto por su condición de estimular y otorgar fuerza física; no obstante, a la larga afecta gravemente la respuesta sexual. Publicaciones realizadas por Larazon.es (4/12/2010), afirman que

El 27% de los consumidores de cocaína presenta dificultades para lograr una erección suficiente para tener relaciones sexuales, ya que esta droga actúa como un potente vasoconstrictor. Así se desprende de un estudio realizado entre un amplio grupo de hombres adictos a la cocaína con edades comprendidas entre los 21 y 44 años, que ha realizado Boston Medical Group. El doctor José Benítez, quien ha dirigido esta investigación, ha explicado que la cocaína disminuye el calibre de las arterias, lo que produce una reducción del riego sanguíneo, haciendo que la sangre llegue al pene en un volumen y presión insuficientes para mantener una erección.

Esto repercute negativamente en la estabilidad emocional de los hombres, puesto que para ellos la erección está muy relacionada con la masculinidad y al verse afectada, puede bajar su autoestima, su calidad de vida y puede presentarse un deterioro de la vida en pareja.

En fin todas estas drogas de abuso aunque parezcan al principio aumentar el deseo y la capacidad, en realidad dificultan en gran medida el acto sexual ya que, pueden facilitar vencer los temores y desaparecer prejuicios que faciliten el inicio del mismo, sin embargo, de manera simultánea inhibe partes del Sistema Nervioso Autónomo que impiden una respuesta sexual satisfactoria

Cuadro N° 2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DISFUNCIÓN SEXUAL POR ADICCIÓN A DROGAS DE ABUSO: ALCOHOL, MARIHUANA, COCAÍNA Y CRACK EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE TRATAMIENTO AL FARMACODEPENDIENTE.

Objetivo general: Determinar la influencia de la adicción a drogas de abuso sobre las funciones sexuales en los pacientes tratados en la Unidad de Tratamiento al Farmacodependiente (UTAF).

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Disfunción sexual	Diversos trastornos caracterizados por una alteración del normal desarrollo de la respuesta sexual que se presenta de manera repetida y como consecuencia, dificultan o impiden una vida sexual satisfactoria, con todas las implicaciones que eso conlleva. (Dr. Serradell 2008)	Se considera disfunción sexual a la alteración que se presenta de manera reiterada en cualquiera de las fases de la respuesta sexual humana a pesar de contar con las condiciones y oportunidades adecuadas.	Disponibilidad para las relaciones sexuales	Disposición de pareja estable Frecuencia de la actividad sexual	¿Tiene usted una pareja estable? ¿Mantiene relaciones sexuales? ¿Cada cuanto tiempo?
			Desempeño en la respuesta sexual	Nivel de satisfacción durante la actividad sexual Capacidad de la función sexual	¿Qué nivel de satisfacción obtiene usted durante sus relaciones sexuales? (alto, medio, regular, bajo, ninguno) ¿Cuáles de los siguientes problemas presenta usted? interés sexual disminuido, falta de excitación y/o erección, eyaculación precoz, Eyaculación retardada o ausencia de orgasmo? ¿Su respuesta sexual cambió con el consumo de drogas?

DISFUNCIÓN SEXUAL POR ADICCIÓN A DROGAS DE ABUSO: ALCOHOL, MARIHUANA, COCAÍNA Y CRACK EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE TRATAMIENTO AL FARMACODEPENDIENTE.

Objetivo general: Determinar la influencia de la adicción a drogas de abuso sobre las funciones sexuales en los pacientes tratados en la Unidad de Tratamiento al Farmacodependiente (UTAF).

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Adicción a drogas de abuso o drogodependencia	Es un estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una droga, que se caracteriza por cambios en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irrefrenable a tomar la droga en forma continuada o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. (OMS, citado por lasdrogas.info)	Se entiende por drogodependencia una enfermedad de origen multifactorial que conduce al consumo compulsivo de una droga para experimentar sensaciones intensas de placer o para evadir los síntomas desagradables que ocasiona la abstinencia	Tolerancia	Disminución de la intensidad del efecto. Aumento de la dosis	¿Qué cantidad consumía? ¿Con que frecuencia ingería la droga? ¿Se veía en la necesidad de aumentar la dosis? ¿Cada cuanto tiempo lo hacía?
			Dependencia	Síndrome de abstinencia	¿Presentaba algunos síntomas desagradables al dejar de consumir la droga? ¿Cuáles?

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Este proyecto de investigación se llevó a cabo bajo un diseño de campo, puesto que, se extrajeron los datos directamente en la Unidad de Tratamiento al Farmacodependiente, es decir, fueron los mismos pacientes quienes suministraron información sobre su realidad. Según Arias (2006), “la investigación de campo consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular variable alguna” (p.31)

3.2 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación corresponde al nivel Descriptivo-Analítico, puesto que, la recolección de datos tiene como finalidad identificar características detalladas del objeto de estudio para luego conocer la relación entre los diferentes elementos. La investigación descriptiva según Hurtado (2008),

Tiene como objetivo la descripción precisa del evento de estudio. Este tipo de investigación se asocia al diagnóstico. En la investigación descriptiva el propósito es exponer el evento estudiado, haciendo una enumeración detallada de sus características (p.101).

Para comprender las interconexiones de los elementos descritos, se utilizó el nivel de investigación analítica que según Hurtado (2008), “es aquella que trata de entender las situaciones en términos de las relaciones de sus componentes” (p. 103)

3.3 ÁREA DE ESTUDIO

Para efectos de esta investigación el área de estudio está constituida por la Unidad de Tratamiento al Farmacodependiente (UTAF) ubicada en la Parroquia Valentín Valiente, Municipio Sucre, Estado Sucre, que por el norte limita con el mar Caribe, por el sur con la av. Perimetral, por el este con El Liceo Creación Caigüire y por el oeste con el Instituto Nacional de Investigaciones Agrícolas (INIA).

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estudiada la conformaron los pacientes tratados en la UTAF por adicción a drogas de abuso tales como: alcohol, marihuana, cocaína y crack. Ellos forman un número de 14pacientes.

Según Arias (2006), la población es “un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes, para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Esta queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio” (p. 81). En este caso la población es finita porque se conoce la cantidad de pacientes que asisten a la UTAF.

En este estudio no se extrajo muestra puesto que el número de pacientes atendidos en UTAF por adicción a las drogas de abuso es reducido y resulta accesible aplicar la encuesta a todos.

3.5 FUENTES DE INFORMACIÓN

3.5.1 FUENTES PRIMARIAS:

Las fuentes primarias de esta investigación están representadas por los pacientes tratados en la UTAF, ya que éstos son los que protagonizan la realidad planteada y suministrarán los datos necesarios para establecer las relaciones entre las variables.

3.5.2 FUENTES SECUNDARIAS:

Están representadas por libros físicos y documentos electrónicos sobre investigaciones similares que den sustento teórico a este trabajo.

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Recolectar datos implica un procedimiento cuyas características dependerán de lo que el investigador desee conocer para su trabajo. Este procedimiento comprende la forma cómo recolectar los datos de manera tal que estos sean confiables y válidos. Para obtener y registrar los datos se requiere utilizar instrumentos que faciliten su detección, registro y análisis. En esta investigación las técnicas utilizadas para recolectar la información requerida fue la encuesta oral y como instrumento se usó el cuestionario.

Hurtado (1998), expresa que “las técnicas de recolección de datos comprenden procedimientos y actividades que le permiten al investigador obtener la información necesaria para dar respuesta a su pregunta de investigación” (p.409). Es muy importante utilizar la técnica adecuada para recoger la información que sea realmente de relevancia para la investigación, ya que se debe trabajar en función de responder acertadamente las interrogantes planteadas en la formulación del problema.

Con respecto a los instrumentos de recolección de información se considera que son las herramientas que permiten el registro de los datos obtenidos para su análisis. Hurtado (1998) expresa que “si bien la técnica indica cómo se va a recoger la información, el instrumento señala cuál información seleccionar” (p, 409). Éste recurso material es muy importante para registrar la información, ya que constituye una prueba de los datos recolectados así como también, permite la llegada de los resultados para su análisis.

3.6.1 LA ENCUESTA:

Se utilizó la encuesta como técnica en esta investigación porque permite recolectar información al colectivo a través de preguntas concretas. Arias (2006), define la encuesta como “una técnica que pretende obtener información que suministra un grupo o muestra de sujetos a conocer a cerca de sí mismos o en relación con un tema en particular” (p, 72).

Esta técnica se puede utilizar en dos modalidades: oral y escrita. En la primera el encuestado expresa las respuestas que son plasmadas en el instrumento (cuestionario) por el encuestador o investigador y en la segunda, el encuestado escribe sus respuestas en el instrumento.

En este estudio se utilizó la encuesta oral debido a que en ella se establece un contacto cara a cara con el encuestado, que le permite al investigador observar la congruencia entre las respuestas y el lenguaje corporal del encuestado. Asimismo facilita un clima de confianza que le permita expresarse libremente sin temor a ser

cuestionado o juzgado. De esta manera se asegura la veracidad de la información suministrada.

3.6.2 EL CUESTIONARIO

El cuestionario es el instrumento de recolección de datos que corresponde a la técnica de encuesta. Según Hurtado (2008), “consiste en un conjunto de preguntas relacionadas con el evento de estudio. Su característica es que tales preguntas pueden ser dicotómicas, de selección, abiertas, tipo escala o tipo ensayo” (p.157). Este instrumento permite plasmar y registrar la información suministrada para su posterior análisis.

3.7 LA VALIDEZ

La validez del instrumento está certificada por un juicio de experto o prueba de jueces que llevaron a cabo tres expertos: un Trabajador Social, un Psicólogo y un Sexólogo.

3.8 CONFIABILIDAD

En función de la confiabilidad del instrumento de recolección de datos, se realizó la prueba piloto, que consistió en aplicar el instrumento al 10 % de la muestra con características similares a la población objeto de estudio. Esto permitió la realización de ajustes en algunos ítems, así como la creación de otros que surgieron de las respuestas de los pacientes, obteniendo de esta manera un instrumento más confiable formado por 31 ítems,

3.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

Luego de la recolección de datos, se realizó un análisis riguroso de los mismos para establecer las conclusiones que responden a las interrogantes planteadas en la formulación del problema. Hurtado (1998), expresa que

El análisis constituye un proceso que involucra la clasificación, la codificación, el procesamiento y la interpretación de la información obtenida durante la recolección de datos con el fin de llegar a conclusiones específicas en relación al evento de estudio y para dar respuesta a la pregunta de investigación (p.485).

Para efectos de esta investigación se realizó el proceso de análisis de los resultados a través de un proceso de codificación de la información obtenida y registrada en los cuestionarios. Para ello se agrupó y categorizó las respuestas comunes, luego se le asignó un símbolo a cada uno de los ítems. Este procedimiento permitió llevar a cabo la tabulación de manera sencilla, ya que al asignarle un número o un símbolo a las opciones de respuesta, fue más fácil registrar con cifras.

En segundo lugar, se procedió a tabular, es decir, en una planilla previamente diseñada se insertaron los datos codificados para registrar la frecuencia de cada código.

Esto permitió analizar la frecuencia de las respuestas arrojando cifras que facilitaron el análisis. Asimismo permitió, realizar gráficas que agilizaron la interpretación de los resultados obtenidos.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Una vez realizada la encuesta como técnica para la recolección de información sobre los factores asociados al consumo de drogas de abuso y la repercusión del mismo en la respuesta sexual de los pacientes que asisten a la Unidad de Tratamiento al Farmacodependiente, se presentan en este capítulo, el análisis de los resultados que dan respuesta a las interrogantes planteadas en la formulación del problema, lo que es igual al alcance de los objetivos específicos. Sin dejar de presentar principalmente aspectos elementales como son los rasgos sociodemográficos, es decir, caracterizar a los pacientes ya mencionados en cuanto a su edad, sexo, estado civil y grado de instrucción con el fin de tener un mejor conocimiento sobre la población estudiada.

En relación al primer objetivo específico el cual es Caracterizar el patrón de consumo de drogas en los pacientes que asisten a la Unidad de Tratamiento al Farmacodependiente (UTAF), se ubicó información sobre el tipo de droga que consumían, con cual droga se iniciaron, a que edad, con qué frecuencia lo hacían, qué cantidad y si consumían simultáneamente alcohol y otras drogas. Estos datos resultan relevantes para esta investigación puesto que, permite una visión más amplia que a su vez permite, mas adelante relacionar las variables.

Luego se presentan los análisis de los resultados que dan respuesta al segundo objetivo específico de esta investigación; Identificar el cambio de la respuesta sexual antes, durante y después de la adicción a drogas de abuso en los pacientes que asisten a la Unidad de Tratamiento al Farmacodependiente (UTAF). En este sentido, se indagó sobre la existencia de una relación de pareja en los mismos, la frecuencia de las relaciones sexuales, la causa de abstinencia sexual en caso de que exista, el nivel

de satisfacción antes, durante y después de la adicción a sustancias, también se indagó sobre la respuesta a los estímulos sexuales durante la época de dependencia total a la droga de abuso entre otros aspectos relacionados con esta variable.

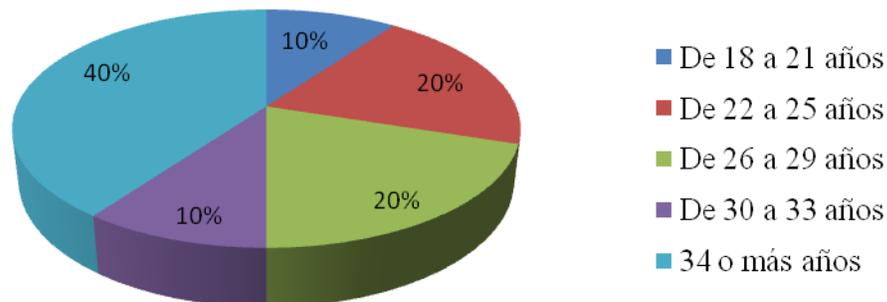
Seguidamente se muestran los resultados que facilitan el alcance del tercer objetivo específico el cual es, identificar la influencia de la adicción a drogas de abuso sobre la relación de pareja a nivel sexual y comunicacional en los pacientes que asisten a la UTAF. Se tomó en cuenta estas variables por la importancia que tiene las relaciones sexuales en la relación de pareja y lo vital que es la comunicación en ella.

Asimismo, los resultados correspondientes al alcance del cuarto objetivo específico: Determinar la aparición de disfunciones sexuales durante la adicción a drogas de abuso en los pacientes que asisten a la Unidad de Tratamiento al Farmacodependiente (UTAF). Se muestran con sus respectivos análisis que son elemento clave en esta investigación, puesto que responden básicamente al propósito principal del trabajo, es decir, al hecho de que la adicción a drogas de abuso puede ocasionar la presencia de disfunciones sexuales.

De igual manera se muestran los gráficos que indican el alcance del quinto y último objetivo específico, el cual es determinar la capacidad de respuesta ante los estímulos sexuales después de la desintoxicación en los pacientes que asisten a la Unidad de Tratamiento al Farmacodependiente (UTAF). De esta manera, se identifica si los daños que ocasionan las drogas de abuso en la respuesta sexual humana, son reversibles y en que medida.

Gráfico N° 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LA EDAD DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE TRATAMIENTO AL FARMACODEPENDIENTE (UTAF). CUMANÁ - SUCRE 2012



Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

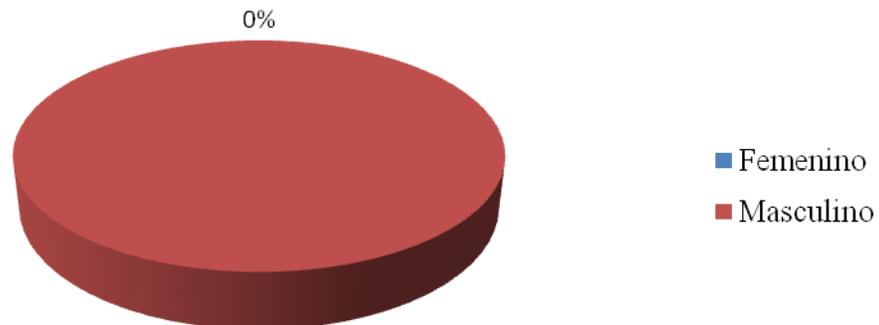
Como se puede observar en el gráfico N° 1, la mayor parte de la población estudiada (40%) se encuentra en la edad comprendida entre 34 y más años. Lo que quiere decir que en la UTAF prevalecen los pacientes adultos. Según Cepvi (2010):

La definición legal de la edad adulta marca una edad determinada, como los 18 años, que varía en los diferentes países. Según las definiciones sociológicas, las personas se consideran adultas cuando pueden mantenerse por sus propios medios o han elegido una profesión, se han casado o han formado una familia. Las definiciones psicológicas consideran que la madurez mental se alcanza al lograr la capacidad para el pensamiento abstracto; la madurez emocional se logra cuando se alcanzan metas como descubrir la propia identidad, independizarse de los padres, desarrollar un sistema de valores y establecer relaciones maduras de amistad y amor. En este sentido, algunas personas jamás abandonan la adolescencia, sea cual sea su edad cronológica.

Este grupo etario a pesar de la experiencia y madurez que se indica que debe tener, aún presentan problemas con el consumo de drogas de abuso. En relación a esto, es importante recordar que existen múltiples factores que inciden en el consumo de drogas y la edad en muchos casos no es determinante para ello. Sin embargo se puede decir que en la etapa adulta podría incidir el nivel de estrés por una vida mal organizada o un proyecto de vida mal encaminado, es decir situaciones que generen angustia. También se puede evidenciar que los pacientes con edades comprendidas entre 22 y 25 años así como los que se encuentran entre 26 y 29 años representan cada uno 20 % de la población, este es un porcentaje significativo que deja claro que los pacientes objeto de estudio están integrados en su totalidad por adultos, aunque algunos mas jóvenes que otros, todos se encuentran en el mismo grupo etario.

Gráfico N° 2

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO AL SEXO
DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE
TRATAMIENTO AL FARMACODEPENDIENTE.
CUMANÁ - SUCRE 2012**



Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

Los pacientes que asisten a la UTAF, como se puede observar en el gráfico N° 2, en su totalidad pertenecen al sexo masculino; por lo que se puede decir que este

sexo prevalece en el consumo de drogas de abuso. Sin embargo, esto no significa que el sexo femenino no este inmerso en el consumo de drogas; pues existen investigaciones que demuestran que es más frecuente el abuso de drogas en hombres, tal como lo platea Mulholland, (2010):

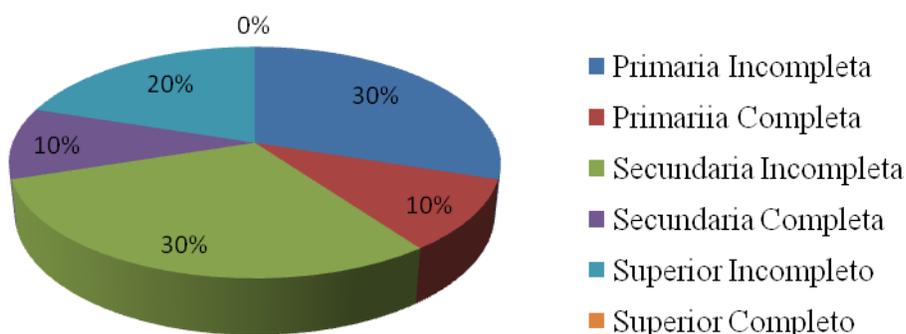
Los hombres son mucho más propensos a ser adictos al alcohol y otras sustancias que las mujeres. Dos tercios de los asistentes a Alcohólicos Anónimos son hombres.

Un estudio estadounidense de gran tamaño se ha encontrado que los hombres tienen el doble de probabilidades que las mujeres a tener un trastorno de dependencia de sustancias, con una prevalencia de casi el 36 por ciento para los hombres y el 18 por ciento para las mujeres. En otras palabras, más de un tercio de la población masculina de los EE.UU. han sido dependientes del alcohol o las drogas en algún momento de sus vidas.

Es importante mencionar que al momento de la realización de la encuesta, se encontraba una persona de sexo femenino que se negó rotundamente a responder pregunta alguna del cuestionario. De hecho se retiró de la institución manifestando que no deseaba hablar del tema, y que se encontraba desde 19 años atrás sin actividad sexual y sin deseo alguno. Dejando en evidencia cierto temor por enfrentar esa realidad.

Gráfico N°3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO AL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE TRATAMIENTO AL FARMACODEPENDIENTE



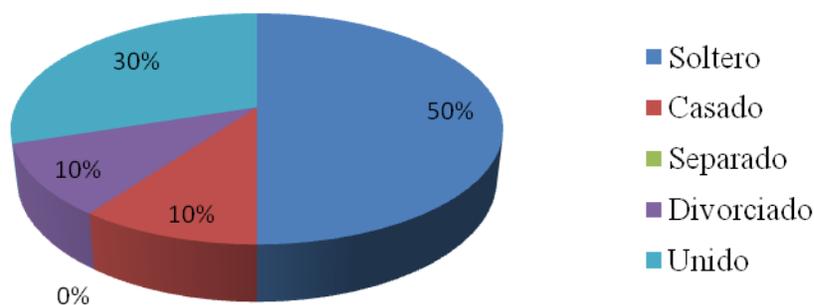
Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

Este gráfico muestra que el 30% de los pacientes, no culminaron su educación primaria, un 10% si lo hizo, un 10% culminó la secundaria sin ingresar a la educación superior y un 20% comenzó una carrera universitaria más no la ha culminado. Esto demuestra que los pacientes, en su mayoría son de bajo grado de instrucción. En el caso de los que no terminaron su educación primaria es probable que se encuentren en una familia con bajo nivel de instrucción y escasos recursos económicos.

Resulta necesario mencionar que el nivel de instrucción es relevante para ingresar a cualquier empleo, por lo que existe la probabilidad de que la mayoría de los encuestados, no pertenezcan a ninguna actividad económica formal. Y esto a su vez, repercute en su calidad de vida y en la aparición de situaciones de ansiedad o angustia que pudieran ser la causa del inicio en el abuso de sustancias.

Gráfico N° 4

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO AL
ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES QUE
ASISTEN A LA UNIDAD DE TRATAMIENTO AL
FARMACODEPENDIENTE**



Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

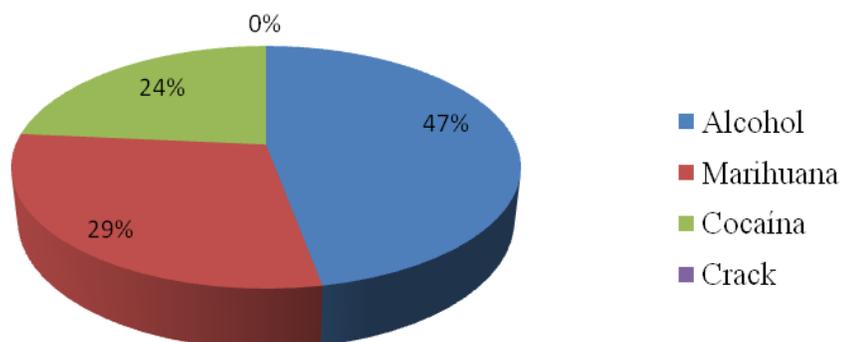
El 50% de la población en estudio, manifestó ser soltero, sin embargo esto no implica que sea un hecho el no poseer pareja, un 10% si mantiene un matrimonio, otro 10% es divorciado y un 30% se mantiene unido a una pareja, es decir, mantienen una relación de concubinato. Actualmente ha disminuido considerablemente los matrimonios y las relaciones de pareja se mantienen bajo concubinato, esto puede ser causa de la cantidad de divorcios que ha existido en los últimos años que crea una expectativa negativa con respecto a la unión matrimonial. En relación a esto, La Región (13/03/2012) publicó lo siguiente:

Las separaciones de hecho, divorcios y nuevos rejuntes, han obtenido un “honroso” galardón. Y es que los últimos números reportados por el gobierno, evidencian que la paciencia de los matrimonios venezolanos comienza a decaer a partir del quinto año; pero además, son los capitalinos, quienes más se divorcian durante ese tiempo, pues están en el primer lugar de divorciados con 748 separaciones. Según los datos del INE, el “hasta que la muerte nos separe”, no se cumplió cabalmente el

año pasado en el país, pues se registraron aproximadamente 27 divorcios, siendo la etapa crítica los primeros cinco años, donde se produjeron casi la mitad de las separaciones. Sin embargo, para muchas organizaciones no gubernamentales, la cifra de separaciones de hecho y de divorcios, en el año 2011, fue infinitamente superior por motivos multifactoriales, que triplica las cifras oficiales, pues de cada cuatro demandas o solicitudes que entran a tribunales Civiles o de Protección, una o dos son de divorcio o separación voluntaria de cuerpos... En promedio, el amor conyugal en Venezuela, parece durar solamente menos de seis años.

Gráfico N° 5

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO AL TIPO DE DROGA QUE CONSUMÍAN LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UTAF



Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

Este gráfico, muestra que el alcohol es la sustancia de mayor consumo en los pacientes que asisten a la UTAF. Éste según Las Drogas.info (2008):

Es un depresor del sistema nervioso central que adormece progresivamente el funcionamiento de los centros cerebrales superiores, produciendo desinhibición conductual y emocional. No es un estimulante, como a veces se cree: la euforia inicial que provoca se debe a que su primera acción inhibidora se produce sobre los centros cerebrales responsables del autocontrol.

El alcohol es una droga legal y socialmente aceptada, por lo que constituye un factor de riesgo en las personas propensas a caer en la adicción. De igual manera es un factor desencadenante al consumo de otras drogas por su efecto desinhibidor y la pérdida de autocontrol que produce en los consumidores

La marihuana es la segunda droga más consumida, representando un 29% de la población estudiada, esta droga a pesar de ser ilegal en Venezuela y muchos países, ha tenido aceptación y se ha considerado erróneamente como una sustancia incapaz de producir mayores daños. En relación a ello, el sitio web profesor en línea (2008) publicó que:

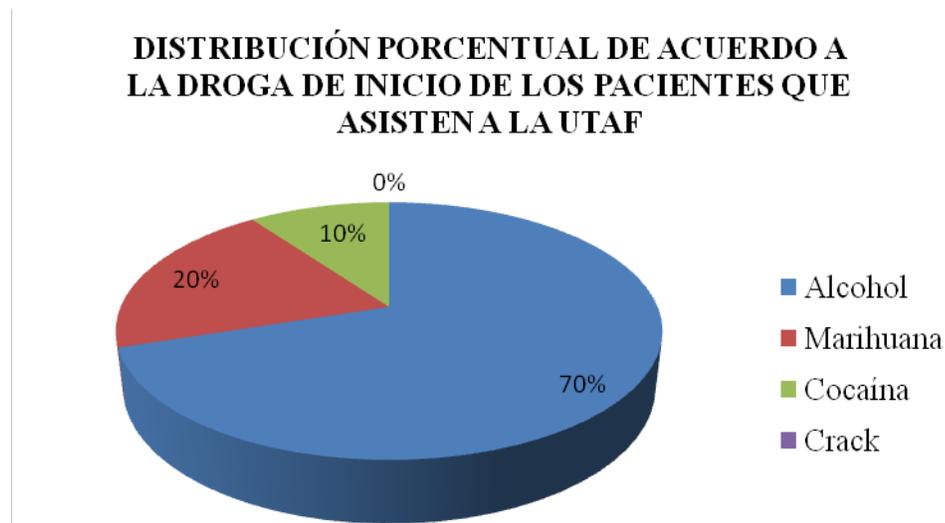
Las investigaciones iniciales acerca de la marihuana eran inconcluyentes y limitadas. Los investigadores sostenían que no estaban seguros, que necesitaban estudios adicionales, que no podían aplicar los resultados a los seres humanos. Todo eso fue interpretado por la prensa y por numerosos científicos como indicación de que la marihuana era inofensiva.

En cuanto a la cocaína, la consumía un 24% de los pacientes, este también representa un porcentaje significativo; esta sustancia tiene un efecto de corto tiempo, lo que impulsa a que el consumo sea más continuo, generando rápidamente dependencia a la misma. La cocaína tiene la particularidad de suprimir la sensación de cansancio, generar mucho placer y euforia por la liberación de dopamina que es la hormona responsable de las sensaciones gratificantes. Tal como lo expresa el NIDA (2008):

La intensidad y la duración de los efectos de la cocaína, que incluyen un aumento de energía, disminución de la fatiga, además de agudeza mental, dependen de la forma de administración de la droga. Cuanto más rápido entra la cocaína al torrente sanguíneo y llega al cerebro, más intensa es la euforia. La cocaína inyectada o fumada produce

una euforia más rápida y más fuerte que la inhalada. Por otro lado, entre más rápida es la absorción, generalmente es más corta la duración de la acción; la euforia puede durar de 15 a 30 minutos si la cocaína se inhala y de 5 a 10 minutos si se fuma. Para poder mantener la euforia, los usuarios de la cocaína deben administrarse de nuevo la droga. Por esta razón, algunas veces el abuso de la cocaína ocurre administrándose repetidamente la droga en un periodo de tiempo relativamente corto, aumentando progresivamente la dosis.

Gráfico N° 6



Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

El 70% de los pacientes, se iniciaron en el consumo de drogas con el alcohol y Según el gráfico anterior, sólo el 47% de los pacientes eran adictos a esta droga, mientras que, la población restante consumía otras sustancias, lo que ratifica que éste es un factor desencadenante para el consumo de otras sustancias ilícitas como lo son la marihuana y la cocaína. Cabe agregar que el alcohol es tan aceptado socialmente, que representa un rito de iniciación en la vida adulta. Así como lo plantea Tnrelaciones.com (2011):

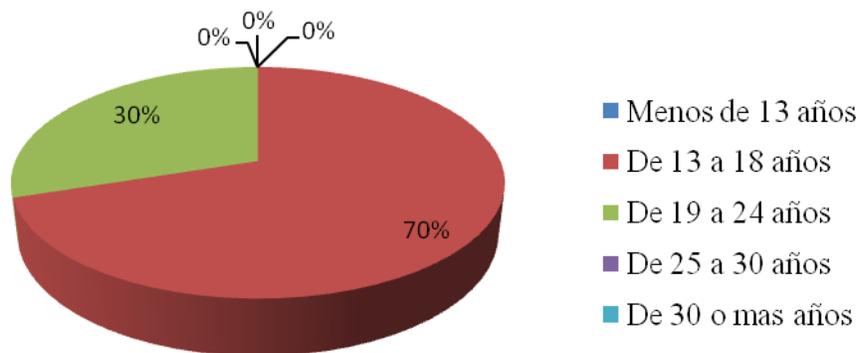
Para los adolescentes el consumo de drogas puede suponer una entrada en la adultez, una forma de demostrar su autonomía, un rito de

iniciación en la toma de decisiones, y sobre todo una manera de autoafirmarse, tomando decisiones que van totalmente en contra de los que sus padres les dictan.

El 20% se inició con el consumo de marihuana, esto quizás por el nivel de aceptación social a pesar de ser ilícita. Y sólo un 10% de la población objeto de estudio se inició con el consumo de cocaína.

GRÁFICO N° 7

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LA EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UTAF



Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

Como es evidente en el gráfico N° 7, el 70% de los pacientes, se iniciaron en el consumo de drogas en una edad comprendida entre 13 y 18 años, es decir, en plena adolescencia. Cabe destacar que en esta etapa del desarrollo humano se producen rápidos cambios por la transformación del niño en adulto. Esta es una etapa de descubrimiento de identidad psicológica e identidad sexual, ya que, se produce un crecimiento físico y un desarrollo psicológico. En esa búsqueda de identidad, se

presentan confusiones que ponen al adolescente en un estado de vulnerabilidad ante las presiones sociales, sobre todo de los grupos de pares; esto facilita el inicio de conductas de riesgo como el consumo de drogas. En relación a ello, Cepvi (2010) plantea que:

Los adolescentes pueden entrar en una etapa de crisis de identidad. Durante esta etapa analizan sus opciones y buscan llegar a comprometerse con algo en lo que puedan tener fe. Con frecuencia, estos compromisos de carácter ideológico o personal ayudan a formar la identidad y moldean la vida en los años siguientes. El nivel de confianza que los adolescentes tengan en sus compromisos influye en su capacidad para resolver sus crisis de identidad.

De la crisis de identidad surge la fidelidad a algo, la lealtad, la constancia o la fe y un sentido de pertenencia.

Si bien durante la infancia es importante confiar en otros, sobre todo en los padres, durante la adolescencia es importante confiar en uno mismo. También transfieren su confianza de los padres a otras personas, como amigos íntimos o parejas.

Además de todas las vulnerabilidades que presentan los adolescentes en el proceso de transición de niño a adulto, es importante acotar que, este grupo etario se encuentra inmerso en una variedad de factores de riesgo, tales como la costumbre de observar a gran parte de su entorno, como familia, amigos y vecinos en el consumo de alcohol, convirtiéndolo en el centro de toda celebración importante. Esto se relaciona con lo que se planteaba en el gráfico anterior con respecto al uso del alcohol como rito de iniciación en la adultez.

En este orden de ideas, Hurtado (2003), plantea que:

La adolescencia tiene aparejada la adaptación a los cambios de la pubertad, la progresiva desvinculación de la familia, el establecimiento de una identidad individual, la utilización de mayor competencia intelectual

y el desarrollo de potencialidades ocupacionales y recreativas con mayor compromiso individuo-comunidad, que pudieran considerarse factores de riesgo en el proceso de desarrollo de la dependencia, a través de las fases de experimentación, abuso, adicción y dependencia química plenamente establecida.

Luego de la adolescencia sigue una etapa de juventud plena donde se inicia la vida adulta, se comienza a tomar responsabilidad e independencia, donde se generan múltiples inquietudes acerca del futuro, situación que muchas veces genera inseguridad y desconfianza de sí mismo; que hace a este grupo etario propenso a consumir drogas de abuso como “vía de escape” a los conflictos, entre otras cosas, como es el caso del 30% de la población estudiada en esta investigación.

Cuadro N° 3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO EN LOS PACIENTES QUE ASÍSTEN A LA UTAF

FRECUENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO					CANTIDAD DE VECES POR DÍA		
Diario	Semanal	Quincenal	Mensual	Ocasional	1-2 Veces por día	3-4 Veces por día	5 y más veces por día
50%	40%	0%	0%	10%	33%	50%	17%

Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

Los resultados obtenidos muestran que el 50% de los pacientes realizaban su consumo diariamente, de ellos, el 33% lo hacía de 1 a 2 veces por día, el 50% de 3 a 4 veces por día y el 17 % lo hacía 5 y más veces por día. Esta situación resulta altamente peligrosa, ya que este consumo continuado, sin pausa ni medida, lleva al agotamiento y exige cantidades de droga cada vez mayores que llevan a la pérdida del

control y tienen amplia repercusión sobre las estructuras nerviosas. Este fenómeno se denomina tolerancia, lo que Sciolla (2008), define como:

Desaparición de los efectos agudos de la droga ante una misma dosis o, lo que es lo mismo, a la necesidad de aumentar la dosis para conseguir los mismos efectos. Se ha sugerido que la tolerancia es producto de mecanismos homeostáticos neurocelulares que se ponen en marcha ante cada nueva dosis, y que son cada vez más poderosas para contrarrestar los efectos agudos de la droga

Asimismo, el consumo prolongado de drogas de abuso puede ocasionar dependencia como en el caso de los pacientes que asisten a la UTAF. En este orden de ideas, la OMS citada por Infoadicciones.com.er (2010), define este término como:

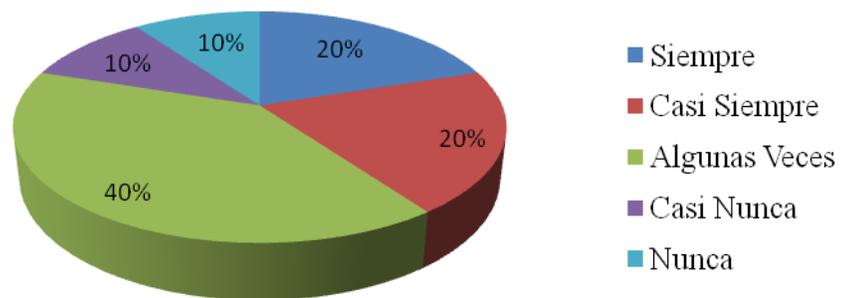
El estado psíquico y, a veces, físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco (droga), que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irrefrenable a tomar el fármaco (droga) en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación

La frecuencia semanal del consumo de sustancia se ve en el 40% de los pacientes, debido a que las drogas de abuso se asocian a los hábitos de diversión y esto se da generalmente los fines de semana.

Un 10% realiza su consumo ocasionalmente, sin embargo esta poca frecuencia no deja de ser peligrosa, puesto que cuando se consume, de igual manera los efectos son nocivos y repercuten en la conducta.

Gráfico N° 8

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO AL CONSUMO DE DROGAS EN COMPAÑÍA DE LOS GRUPOS DE PARES DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UTAF



Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

Se consideró importante este ítem donde se preguntaba a los pacientes si consumían la droga acompañados para conocer si la cantidad que consumían era compartida y así comprender mejor los datos reflejados en el siguiente cuadro. Lo que arrojó que la mayoría de ellos consumían la droga acompañados de grupos de pares, el 20% lo hacía siempre, otro 20% casi siempre y un 40 % algunas veces.

Cuadro N°4 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE DROGA QUE CONSUMÍAN LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UTAF

ALCOHOL						MARIHUANA			COCAÍNA			CRACK			
RON, WHISKY Y OTROS			CERVEZA			1-2 gr	3-4 gr	5 y más gr	1-2 gr	3-4 gr	5 y más gr	1-2 gr	3-4 gr	5 y más gr	No respondió
1-2 botellas	3-4 botellas	5 o más botellas	1-2 cajas	3-4 cajas	5 y más cajas										
20 %	40 %	10 %	100 %	0 %	0 %	67%	16%	17 %	67 %	16 %	17 %	0 %	0 %	10 %	90 %

Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

En el cuadro anterior de distribución porcentual, se puede observar que el alcohol es la droga que los pacientes de la UTAF consumían en mayor cantidad, llegando a consumir el 40% de los pacientes de 3 a 4 botellas de ron, whisky y otros, un 10% pasaba de 5 botellas. En el caso de la cerveza, el 10% que la ingería, lo hacía con 1 ó 2 cajas. Estas cantidades de alcohol en el organismo de una persona resultan muy peligrosas, sobre todo en los que lo consumen diariamente, por cuanto, esta sustancia afecta el funcionamiento del sistema nervioso así como de muchos órganos

En lo que respecta a la marihuana, el 67% consumía de 1 a 2 gr, es decir, 1 tabaco pequeño, sin embargo este es suficiente para experimentar fuertes efectos, puesto que, según el Nida (2010), “Cuando se fuma la marihuana, el THC pasa rápidamente de los pulmones al torrente sanguíneo, que lo transporta al cerebro y a otros órganos del cuerpo”. Asimismo dicho Instituto plantea que: “Las personas que han consumido marihuana por largo tiempo reportan irritabilidad, dificultad para dormir, disminución en el apetito, ansiedad y deseos por la droga, todo lo cual dificulta el dejar de usar la misma”.

El 16 % de los pacientes de la UTAF consumía de 3 a 4 gr de marihuana (2 tabacos pequeños aproximadamente) y un 17% consumía 5 y mas gr de esta droga, lo que quiere decir que dependían totalmente de ella, pues su efecto dura de 2 a tres horas, por lo que se puede deducir que permanecían todo el día bajo sus efectos. Ya que, por lo general, consumen diaria o semanalmente, tal como se refleja en el cuadro N° 3

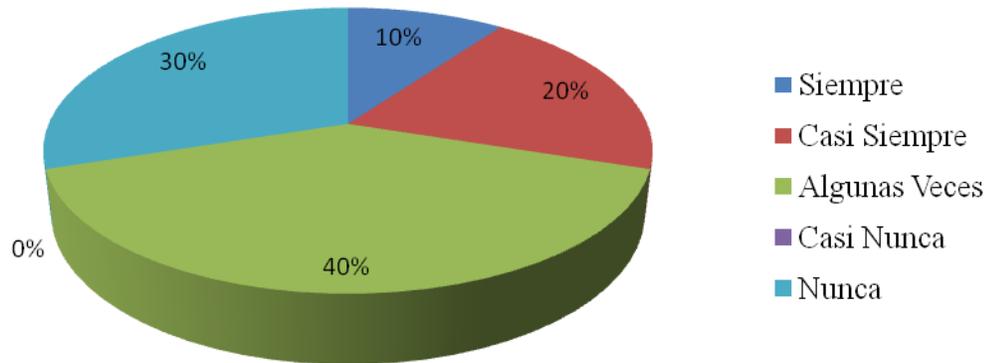
Gran parte de la población objeto de estudio, (67%) consumía de 1 a 2 gr de cocaína. A pesar de ser la cantidad mínima que se expresa, produce fuertes sensaciones, ya que esta droga es un potente estimulador del sistema nervioso central y si esta cantidad se consume de una sola vez, puede ser letal. 16% de los pacientes consumían de 3 a 4 gr y el 17% de 5 a más gr, lo que quiere decir que su organismo dependía completamente de la sustancia llegando a sobre estimular el sistema nervioso central.

En cuanto el crack, sólo en 10% lo consumía pero en grandes cantidades diarias, esto se debe a que los efectos del mismo duran poco tiempo, lo que requiere que el consumo sea mas continuo.

Cabe agregar que las cantidades de drogas de abuso que consumían los pacientes que asisten a la UTAF reflejadas en el cuadro anterior eran usadas en una frecuencia diaria y semanal en su mayoría, tal como lo refleja en cuadro N° 3.

Gráfico N° 9

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO AL CONSUMO SIMULTANEO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UTAF



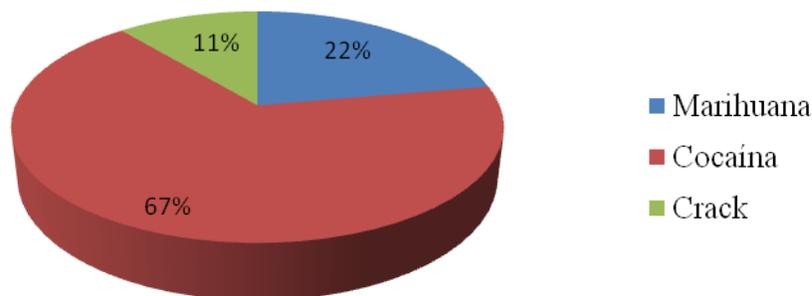
Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

Consumir más de una droga a la vez tiene efectos impredecibles debido a que algunos efectos se potencian o multiplican, otros se contrarrestan o anulan, aumentando esto el riesgo de sobredosis. Sin embargo, el 70% de los pacientes que asisten a la UTAF consume alcohol simultáneamente a otras drogas. De ellos el 10 % siempre lo hace, el 20% lo hace casi siempre y el 40% mezcla las drogas algunas veces. Este patrón de consumo se denomina politoxicomanía o policonsumo. En este orden de ideas, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2009) plantea que:

El policonsumo de drogas puede tener distintas motivaciones y estar asociado a diferentes conductas. Se pueden mezclar drogas para potenciar al máximo la experiencia psicoactiva. También es posible que se consuma una segunda sustancia para compensar los efectos negativos de una primera droga.

Gráfico N° 10

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LAS SUSTANCIAS DE CONSUMO SIMULTÁNEO CON EL ALCOHOL EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UTAF



Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

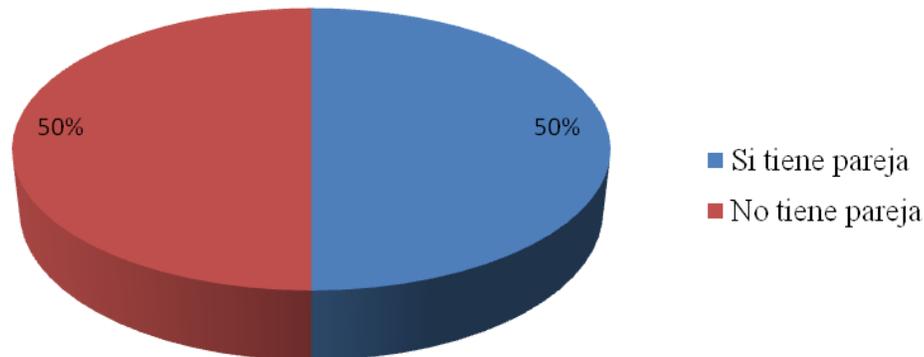
El 22% de dichos pacientes que mezclaban el alcohol, lo hacían con marihuana, este es un peligroso coctel; pues podría elevar el riesgo de infarto cerebral. De igual o mayor riesgo es mezclar alcohol con cocaína, esto produce en el organismo, etileno de cocaína, que incrementa los efectos eufóricos generando un mayor riesgo que puede llevar a la muerte. El 67% de los pacientes encuestados realiza esta delicada mezcla. En relación a ello, el NIDA (2011) expresa que:

Los investigadores han encontrado que el hígado humano combina la cocaína y el alcohol para producir una tercera sustancia, el etileno de cocaína, que intensifica los efectos eufóricos de la cocaína. El etileno de cocaína está asociado con un riesgo mayor de muerte súbita que si se usara la cocaína sola.

Asimismo el 11% de los pacientes mezclan alcohol con crack, esta combinación produce los mismos efectos que con la cocaína, aunque puede ser más tóxico por la continuidad del consumo y por la calidad de los cristales de crack.

Gráfico N° 11

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LA
TENENCIA DE PAREJA EN LOS PACIENTES QUE
ASISTEN A LA UTAF**



Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

El 50% de la población objeto de esta investigación cuenta con una relación de pareja y el otro 50% restante no la posee, sin embargo, esto no implica necesariamente inactividad en cuanto a las relaciones sexuales coitales se refiere.

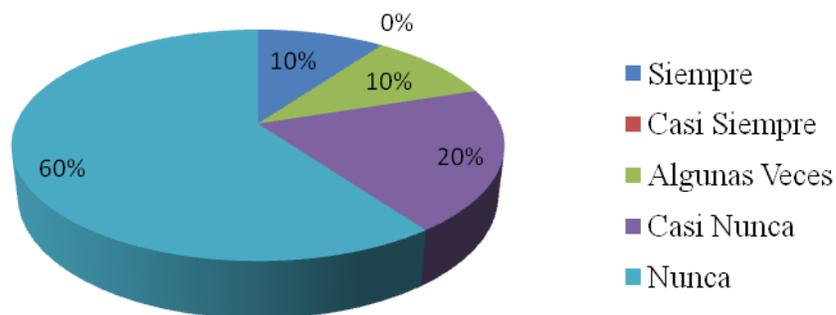
Cabe recordar que la relación de pareja es significativa en la vida del ser humano, pues, mas allá de permitir la vivencia de la actividad sexual y la conformación de la familia, permite mantener una vida compartida donde ambos pueden sentir el apoyo del otro. Es una institución donde se comparten objetivos, metas, deseos entre otras cosas.

Para un adicto, tener una relación de pareja puede significar un empuje a la búsqueda de tratamiento para controlar la enfermedad, por otra parte, si no hay un

manejo adecuado de la situación, el hecho de que uno de los miembros de la pareja sea adicto a una droga de abuso, podría generar un conflicto capaz de terminar con la relación, es decir, la pareja juega un papel importante en la vida de la persona y el consumo descontrolado de sustancias puede causar un desequilibrio en la misma.

Gráfico N° 12

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LAS RELACIONES SEXUALES DURANTE LA ÉPOCA DE CONSUMIDOR DE LOS PACIENTES QUE ASITEN A LA UTAF



Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

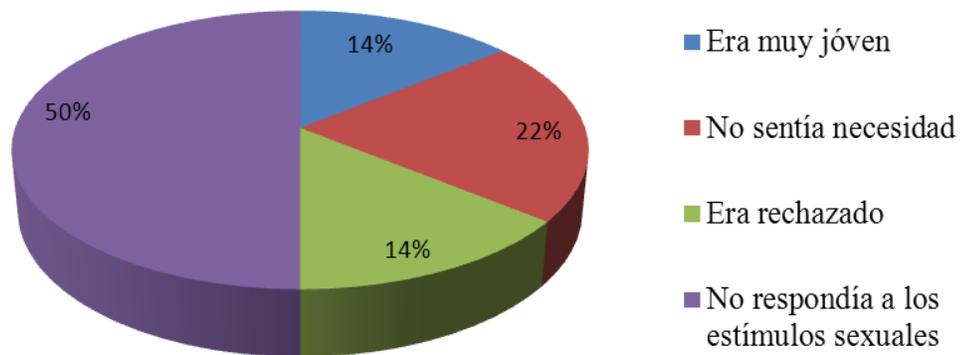
En la época de consumidor sólo el 10% de los pacientes de la UTAF siempre mantenían relaciones sexuales coitales; 10% lo hacía algunas veces; un porcentaje mayor (20%), casi nunca ejercía la actividad sexual, y el 60% nunca la ejerció. Lo que indica que de alguna manera el uso de drogas de abuso influye en la ejecución del acto sexual.

Este resultado deja en evidencia que durante la adicción a drogas de abuso, la mayoría de los pacientes que asisten a la UTAF no mantuvieron relaciones sexuales

coitales. Esto quizás por los efectos de las drogas. En este sentido, Flores (2010) expresa que “la ingesta de algunas sustancias ilícitas puede dañar la vida sexual de una persona”. Es importante mencionar que la no ejecución de la actividad sexual en el caso de los pacientes que tienen pareja (50%, Gráfico N° 11) podría deteriorar la relación y la convivencia en general. En el siguiente gráfico se muestran las posibles causas de esta situación.

Gráfico N° 13

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LA CAUSA DE NO MANTENER RELACIONES SEXUALES DURANTE LA ÉPOCA DE CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UTAF



Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

Cómo es evidente en la gráfica, el 50 % de los encuestados, no mantuvieron relaciones sexuales coitales durante la época de adicción a drogas de abuso por no responder a los estímulos sexuales. En este sentido, el Manual Merck, (2005) expone que:

La respuesta sexual está controlada por una interacción delicada y equilibrada entre todas las partes del sistema nervioso. Una parte del sistema nervioso, llamada sistema nervioso parasimpático, regula el incremento de flujo sanguíneo durante la excitación. Otra parte, el sistema nervioso simpático, controla principalmente el orgasmo.

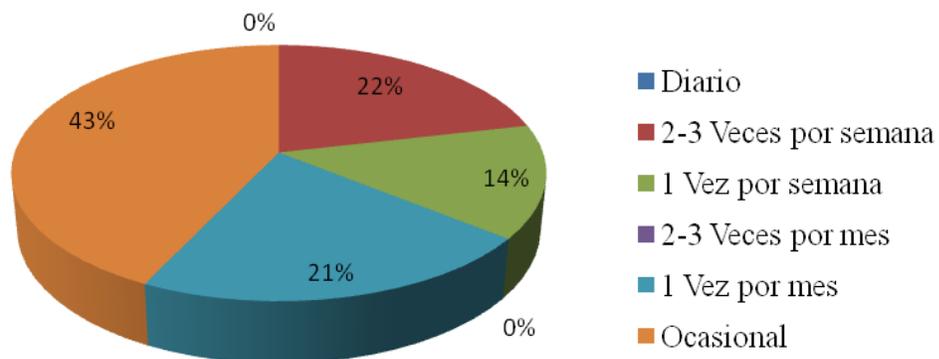
En este orden de ideas Psicoactiva (2009) plantea que:

La Organización Mundial de la Salud define una droga como una sustancia (química o natural) que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona.

Tomando en cuenta que las drogas alteran el Sistema Nervioso Central como lo plantea la definición anterior y que la respuesta sexual humana esta controlada por éste sistema como lo expone el Manual Merck, se puede deducir que, las drogas afectan el disfrute pleno del acto sexual.

Gráfico N° 14

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES DURANTE LA ÉPOCA DE CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UTAF



Como se puede evidenciar en el gráfico N° 13 el 50% de los pacientes que no mantenían relaciones sexuales durante su época de consumo de drogas de abuso, manifestó que era a causa de la ausencia de respuesta ante los estímulos sexuales. Como el 100% de los pacientes encuestados pertenecen al sexo masculino, se deduce entonces que el consumo de drogas de abuso tiene amplia repercusión en la erección del pene. Asimismo el 17% manifestó que no sentía necesidad de mantener relaciones sexuales, es decir, presentaba inhibición del deseo sexual. Esto se puede considerar una disfunción sexual puesto que, como lo plantea Serradell (2008):

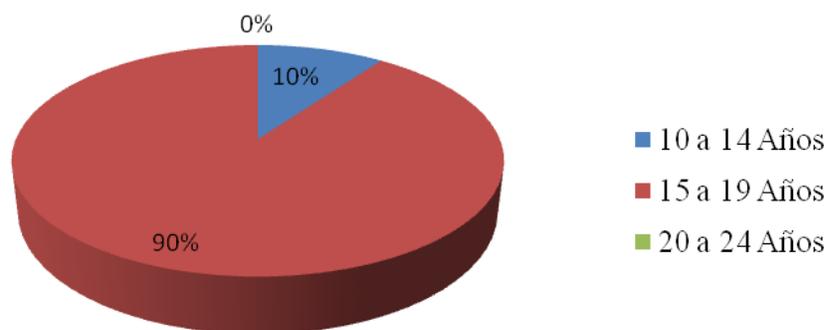
En condiciones normales, toda persona tiene cierto interés por las cuestiones sexuales, no sólo por el coito, sino también por otras prácticas sexuales, como la masturbación, o al menos tiene fantasías o ensoñaciones eróticas, y alguna reacción ante estímulos de esta índole. (p. 216)

En cuanto a la frecuencia del acto sexual en el caso de los que ejercían su función sexual, en su mayoría era eventual (45%) y mensual (22%). El 22 % llegaba a dicho acto de 2 a 3 veces por semana y el 11% una vez por semana. Estos resultados dejan claro que la respuesta sexual se ve afectada por la dependencia a drogas de abuso.

Tomando en cuenta que el 60% de los pacientes nunca mantuvieron relaciones sexuales durante su época de consumo, como se observó en el gráfico N° 12, y los que si mantuvieron, lo hacían en una frecuencia eventual o mensual, como se muestra en este gráfico, se puede deducir entonces que el consumo de drogas de abuso interfiere en el sano desarrollo de la respuesta sexual.

Gráfico N° 15

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LA EDAD DE INICIO EN LAS RELACIONES SEXUALES DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UTAF



Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

Casi la totalidad de los pacientes encuestados (90%) se inició en las relaciones sexuales en una edad comprendida entre 15 y 19 años, ésta es la edad más común para ello, por cuanto, ya se han producido cambios en el organismo que genera curiosidad en la mayoría de los adolescentes en la búsqueda de su identidad sexual.

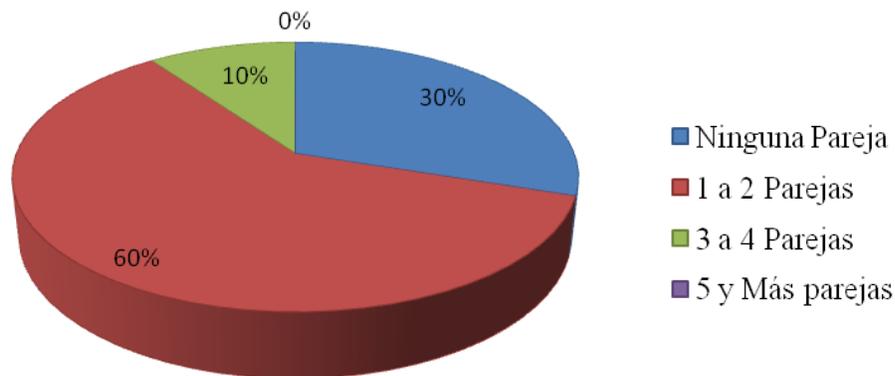
La edad de inicio en las relaciones sexuales de los pacientes que asisten a la UTAF corresponde en gran medida a la edad de inicio en el consumo de drogas de abuso (ver gráfico N° 7). Esto quizás se debe a la búsqueda de identidad que se da en la etapa de la adolescencia que los lleva a experimentar nuevas sensaciones a través de las relaciones sexuales coitales. Además de ello, las falsas creencias sobre el efecto potenciador de las drogas de abuso en la respuesta sexual, puede llevar al adolescente a consumirlas esperando ser desinhibidos y responder de mejor manera a los estímulos sexuales.

Por otra parte, Pérez (1995) plantea que:

El evento más importante en la adolescencia es el desarrollo psicosexual y las consecuencias del mismo parecen ser lo que produce el caos en la comprensión del adolescente. Presenta cambios corporales dramáticos y de rápida evolución a los cuales tiene que adaptarse, además de mantener en equilibrio sus necesidades internas.

Gráfico N° 16

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO AL NÚMERO DE PAREJAS DURANTE LA ÉPOCA DE CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UTAF



Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

Por otra parte, la mayoría de los pacientes en su época de consumo (60%) tuvieron de una a dos parejas, cantidad que se considera dentro de lo aceptado socialmente, un 10% tuvo de 3 a 4 parejas, esto puede ser causa de una búsqueda de mejorar la respuesta sexual sin percibir que las drogas que consumían podrían ser la causa de problemas en la misma.

En el caso de los que no presentaron dificultades en la respuesta sexual, y tuvieron de 3 a 4 parejas, pudiera ser que bajo los efectos de las drogas, abuse de ello, llegando a la promiscuidad como también ocurre. El uso de cualquier droga, puede afectar la capacidad del individuo para tomar decisiones y en lo respecta a su sexualidad, este uso podría llevarlo a mantener conductas de riesgo. En relación a esto, Docsalud.com (2012) sostiene que: “con el uso de drogas de abuso se corre un riesgo elevado de mantener relaciones sexuales no protegidas”

Tabla N° 1 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO AL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS RELACIONES SEXUALES DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UTAF

NIVEL	ANTES DE INICIARSE EN EL CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO	DURANTE LA ÉPOCA DE CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO	ACTUALMETE
Muy Satisfactorio	100%	34%	67%
Satisfactorio	0%	11%	22%
Medianamente Satisfactorio	0%	22%	0%
Poco Satisfactorio	0%	33%	0%
No Satisfactorio	0%	0%	11%

Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

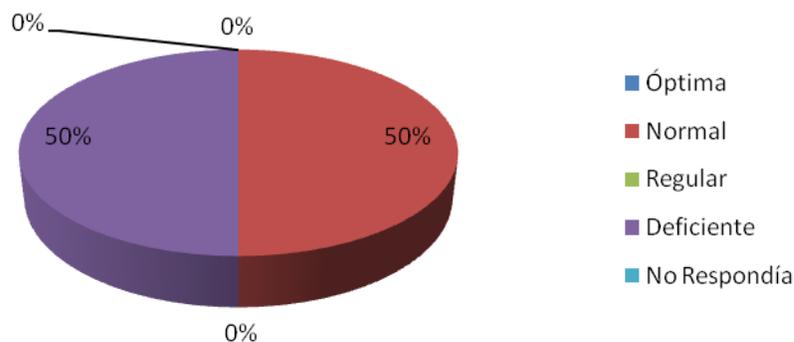
Este cuadro es un elemento clave en esta investigación, en él se evidencia claramente que antes de que el 100% de los pacientes se iniciaran en el consumo de drogas, tenían relaciones sexuales muy satisfactorias; durante la época de consumo, este porcentaje baja considerablemente llegando al 34%, luego de recibir tratamiento para la adicción y estar desintoxicado, sube el porcentaje de pacientes con relaciones sexuales muy satisfactorias (67%), sin embargo no alcanza el 100% como antes de iniciarse en el consumo. Por lo que se puede concluir con este resultado que la adicción a drogas de abuso puede dejar secuelas irreversibles en el disfrute de la actividad sexual.

En este sentido, González (2006) expresa que:

El desconocimiento de las posibles consecuencias para la salud es un elemento que prima en los que utilizan las drogas para satisfacción sexual, por lo que consideramos oportuno resaltar que los efectos de las drogas en la sexualidad femenina y masculina son altamente peligrosos, ya que pueden causar daños irreversibles y lamentables en cada persona, como se evidencia de acuerdo con lo reportado por diferentes autores

Gráfico N° 17

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO AL
LA RESPUESTA ANTE LOS ESTÍMULOS
SEXUALES DURANTE LA DEPENDENCIA TOTAL
DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UTAF A
LA SUSTANCIA**



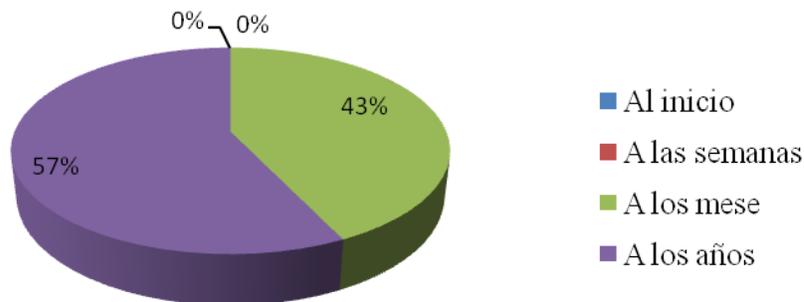
Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

Según los resultados que arroja la gráfica anterior se puede entrever que el 50% de los pacientes respondía de manera normal a los estímulos sexuales durante la dependencia total a la sustancia. La complicación se encuentra en que el 50% restante, respondía de manera deficiente, lo que deja entrever que la adicción a drogas de abuso entorpece el disfrute pleno de la actividad sexual, acto que es fundamental en la vida de todo ser humano, ya que, además de su función procreadora es vital en la relación de pareja. En este sentido, González (2006) plantea que:

Desde tiempos muy remotos el hombre y la mujer han buscado sustancias que les permitan incrementar su placer sexual, y han recurrido a plantas, alimentos, y por supuesto, a sustancias naturales o sintéticas como lo son las drogas. Sin embargo, según todos los estudios realizados, las drogas tienen efectos negativos, no solo durante las relaciones sexuales, sino en la manifestación de la sexualidad en general.

Gráfico N° 18

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO AL TIEMPO DE CAMBIO DE LA CALIDAD DE LA RESPUESTA SEXUAL DESPUÉS DEL INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UTAF



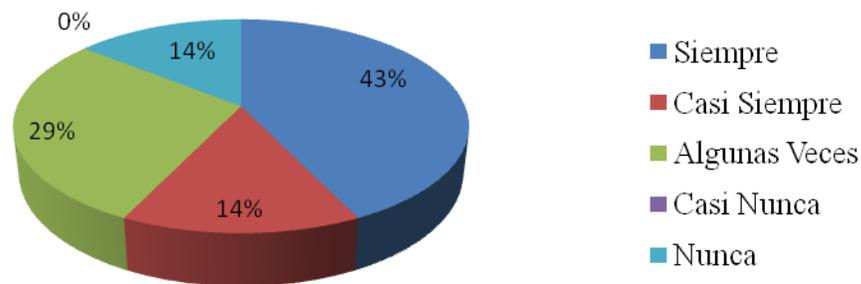
Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

Los resultados que arroja este gráfico dejan percibir que los cambios que se generan en la respuesta sexual por el consumo de drogas de abuso, no se presentan inmediatamente después de iniciarlo sino que pasan meses, como en el caso del 43% de los pacientes encuestado, e incluso años como en el 57% de los mismos. Es decir, debe haber un consumo prolongado para que se presenten cambios en la respuesta ante los estímulos sexuales. En este orden de ideas, Mac (2010), sostiene que:

Un estudio reciente demostró que el consumo de drogas afecta gravemente las funciones sexuales. La investigación realizada por la Universidad de Santiago de Chile apunta a que la ingesta de algunas sustancias ilícitas puede dañar la vida sexual de una persona, de manera momentánea o con efectos a largo plazo. Una de las sustancias más peligrosas para la vida sexual es la cocaína

Gráfico N° 19

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LOS PROBLEMAS A NIVEL COMUNICACIONAL ENTRE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UTAF Y SUS PAREJAS DURANTE LA DEPENDENCIA A LA SUSTANCIA



Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

Un porcentaje significativo (43%) de los pacientes que asisten a la UTAF, siempre tuvieron problemas a nivel comunicacional con sus parejas durante su época de dependencia a la sustancia, un 14% casi siempre y un 29% algunas veces, estos resultados se deben a que cuando uno de los miembros de la pareja sufre dependencia a una droga, genera insatisfacción en el otro, afectando esto seriamente la relación y como se sabe, vivir insatisfecho con una relación conlleva a muchos desajustes emocionales, sociales, psicológicos y sexuales.

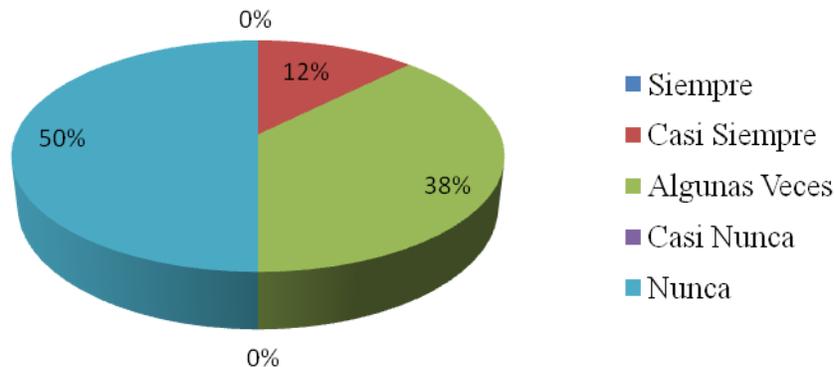
Gran parte de los problemas en la comunicación se deben a interpretaciones distorsionadas de parte del que recibe las palabras o actitudes y generalmente es el drogodependiente quien distorsiona los mensajes por su incapacidad de razonar. Esta situación conduce a que los dos estén a la defensiva esperando el “ataque” del otro.

Cabe agregar que los problemas a nivel comunicacional también afectan las relaciones sexuales, puesto que, resulta muy difícil mantener el deseo o apetito sexual en medio de estos desajustes. En relación a esto, Araya (2012) explica que “Las adicciones son enfermedades que afectan el cerebro y el comportamiento de las personas y son la causa número uno de destrucción personal, matrimonial, familiar y social”

En otro orden de ideas, es relevante mencionar que el 14% de los pacientes encuestados, nunca presentó problemas de comunicación con su pareja durante su dependencia a la droga; esto puede ser debido a que sus parejas comprendían que la adicción es una enfermedad que se podía controlar y el apoyo es fundamental para ello. Tal como lo sostiene el sitio web Adicciones.org.ar (2001), “es indispensable para el tratamiento de la adicción, contar con el apoyo familiar y la ayuda de la pareja”

Gráfico N° 20

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO AL RECHAZO DE LA PAREJA DURANTE LA ÉPOCA DE CONSUMIDOR DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UTAF



Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

El 12 % de la población estudiada, casi siempre fue rechazada por su pareja durante su época de consumidor, y el 38% algunas veces sufrió este rechazo, esto es muy común, ya que las drogas de abuso cambian la conducta de los consumidores, al punto de ser peligrosa para ellos mismos y para todo el que le rodea. Asimismo, como se mencionaba anteriormente, la sensación de insatisfacción en la pareja genera múltiples problemas en la relación.

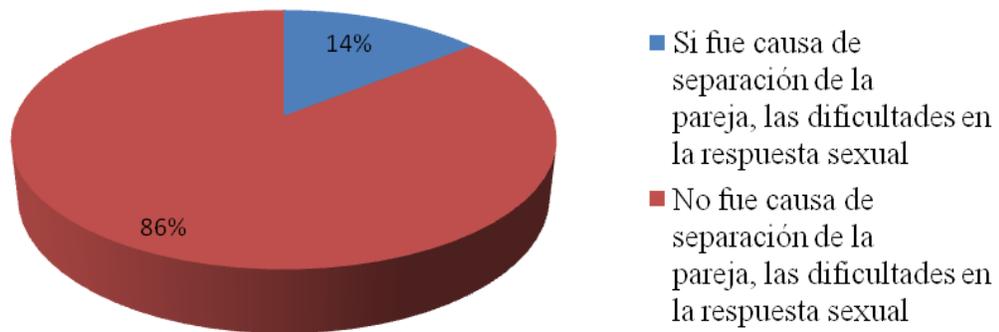
El cambio de conducta que producen las drogas, se debe a su efecto sobre las funciones del cerebro y del sistema nervios, en este sentido, Infored (2012), plantea que:

Las drogas son aquellas sustancias cuyo consumo puede producir dependencia, estimulación o depresión del sistema nervioso central, o que dan como resultado un trastorno en la función del juicio, del comportamiento o del ánimo de la persona. Es toda sustancia capaz de alterar el organismo y su acción psíquica la ejerce sobre la conducta, la

percepción y la conciencia. La dependencia de la droga es el consumo excesivo, persistente y periódico de toda sustancia tóxica.

Gráfico N° 21

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LAS DIFICULTADES EN LA RESPUESTA SEXUAL COMO CAUSA DE SEPARACIÓN DE LA PAREJA

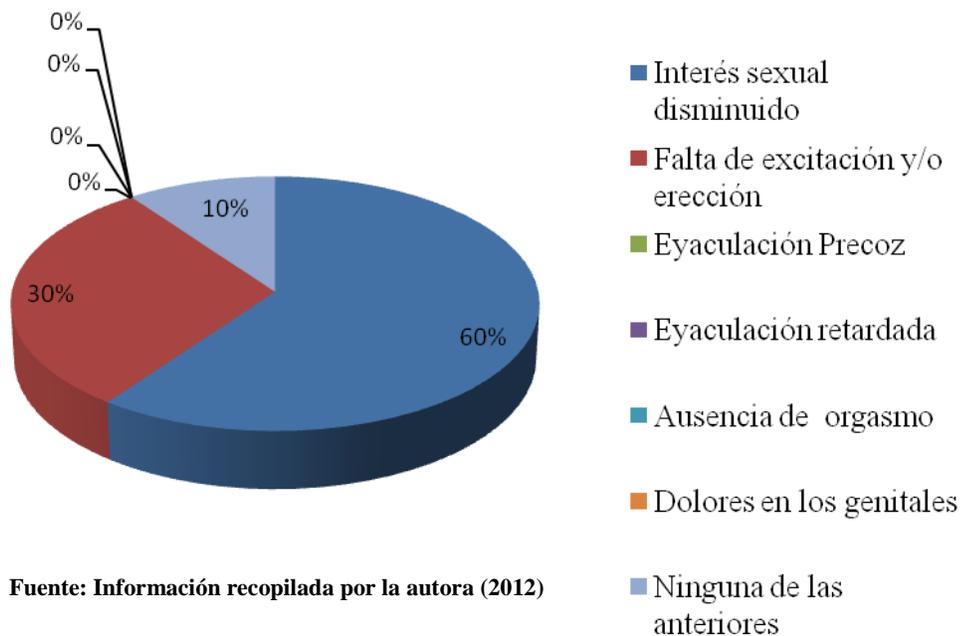


Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

Los problemas en la respuesta sexual que se presentaron en los pacientes durante su época de consumidor de drogas de abuso, no significaron en un 86% una causa para terminar con la relación, sólo un 14 % consideró la separación a causa de la decadencia de la respuesta ante los estímulos sexuales. Es decir, prevalece el apoyo de la pareja en el proceso de adicción, de hecho, los pacientes se encuentran recibiendo tratamiento para superarla.

Gráfico N° 22

DIISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LOS PROBLEMAS EN LA RESPUESTA SEXUAL DURANTE LA ÉPOCA DE DEPENDENCIA A LAS DROGAS DE ABUSO EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UTAF



Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

Casi latotalidad de los pacientes encuestados manifestaron haber presentado problemas en la respuesta sexual durante la época de dependencia a drogas de abuso, de ellos el 60% manifestó tener interés sexual disminuido y el 30% falta de erección. Con estos resultados se puede precisar que la adicción a drogas de abuso tales como alcohol, marihuana y cocaína genera la aparición de disfunciones sexuales tales como inhibición del deseo sexual y disfunción eréctil. Este resultado constituye un elemento vital en esta investigación puesto que le da sentido al título, es decir, es la respuesta que se pretendía ubicar en los pacientes encuestados.

En este orden de ideas, Blanco, Pérez y Batista (2011), afirman que

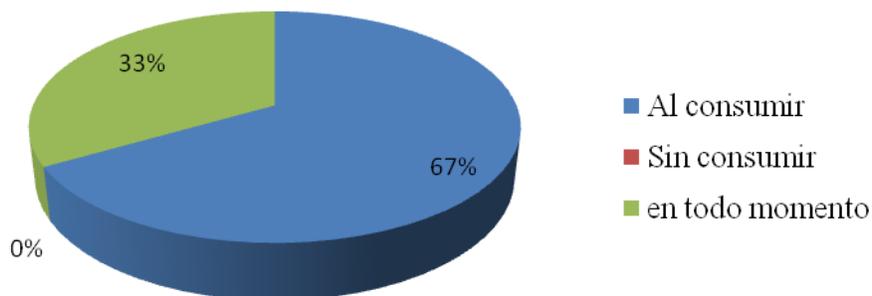
El alcohol disminuye la secreción de testosterona, principal hormona sexual masculina, producida por las células intersticiales de Leydig de los testículos. En la corteza suprarrenal de hombres y mujeres, se producen andrógenos, algunos de éstos se convierte en testosterona, en los tejidos extrasuprarrenales. Lo anterior explica que la testosterona sea una de las sustancias químicas responsables del deseo sexual para hombres y mujeres, por tanto dentro de los efectos a largo plazo del alcohol está la disminución del deseo sexual para ambos.

Esto tiene amplia repercusión en las relaciones sexuales, puesto que el deseo es fundamental para llevar a cabo las demás fases de la respuesta sexual humana, y la falta del mismo pudiera ocasionar la desaparición total de la intimidad de la pareja. Según González (2006) el alcohol “en dosis altas retarda el proceso de excitación, ocasiona pérdida de coordinación, y en consumo frecuente bloquea la respuesta sexual y provoca impotencia”. Asimismo, Larazon.es (2010), afirma que:

El 27% de los consumidores de cocaína presenta dificultades para lograr una erección suficiente para tener relaciones sexuales, ya que esta droga actúa como un potente vasoconstrictor. Así se desprende de un estudio realizado entre un amplio grupo de hombres adictos a la cocaína con edades comprendidas entre los 21 y 44 años, que ha realizado Boston Medical Group. El doctor José Benítez, quien ha dirigido esta investigación, ha explicado que la cocaína disminuye el calibre de las arterias, lo que produce una reducción del riego sanguíneo, haciendo que la sangre llegue al pene en un volumen y presión insuficientes para mantener una erección.

Gráfico N° 23

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LA CIRCUNSTANCIA EN LA QUE PRESENTABAN PROBLEMAS EN LA RESPUESTA SEXUAL LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UTAF



Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

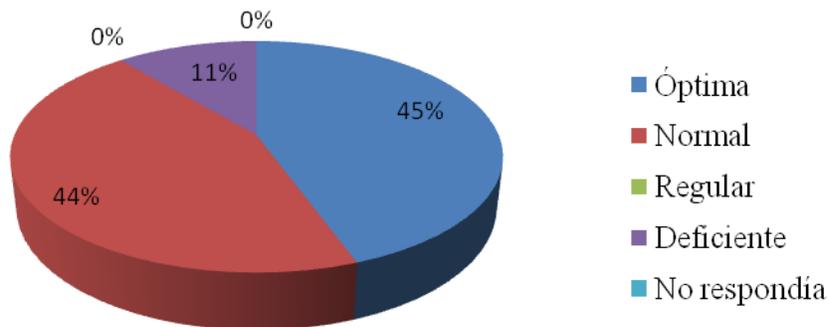
Durante el proceso de adicción el 67% de los pacientes, presentaban problemas en la respuesta sexual sólo en el momento que consumía la droga, es decir, dentro del tiempo del efecto de la sustancia. El 33% restante, presentaba dificultades en la respuesta sexual en todo momento; lo que quiere decir que, así hubiese pasado el tiempo de efecto de la droga, seguían presentando dichas dificultades. La causa de esto se encuentra en que la adicción a drogas de abuso altera el normal funcionamiento del sistema nervioso de manera prolongada, y como se ha venido mencionando a lo largo de esta investigación, este sistema, controla la función sexual. De allí que Pérez (1995) expresa que:

La función sexual es controlada por el Sistema Nervioso Central a varios niveles corticales y las disfunciones sexuales pueden ocurrir por alteraciones en cualquier punto de dicho sistema (Haslam, 1982). La actividad genital y otros tejidos eréctiles son mediados por el Sistema Nervioso Parasimpático. El orgasmo y la eyaculación están bajo el control del Sistema Nervioso Simpático. En condiciones fisiológicas, los dos sistemas están en equilibrio, pero puede haber desbalance en situaciones de respuesta de ansiedad, la cual puede ocurrir tanto en los

hombres como en las mujeres. En el hombre, está asociada con la incapacidad para mantener la erección del pene o con una eyaculación prematura; en la mujer la dificultad está en no tener orgasmo antes de concluir su encuentro sexual.

Gráfico N° 24

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LA RESPUESTA SEXUAL DESPUÉS DE LA DESINTOXICACIÓN DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UTAF

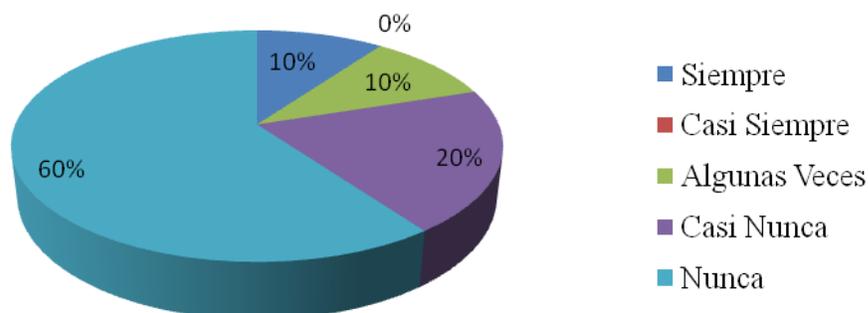


Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

Con respecto a la calidad de la respuesta sexual, después del tratamiento para la adicción a drogas de abuso, existe poca o nula información teórica, sin embargo, el resultado que arrojó esta gráfica, muestra que, luego de la desintoxicación de los pacientes que asisten a la UTAF, el 45% mejoró su respuesta sexual, llevándola a óptima, el 44% obtuvo una respuesta normal, pero el 11% aún después de ser desintoxicado, su respuesta sexual sigue siendo deficiente, esto debido a que en algunos casos, los efectos son a largo plazo, sobre todo en el caso de los que consumía diariamente más de 5 veces.

Gráfico N° 25

**DISTRIBUCIÓN PERCENTUAL DE ACUERDO A LOS
PROBLEMAS EN LA RESPUESTA SEXUAL
ACTUALMENTE EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN
A LA UTAF**



Fuente: Información recopilada por la autora (2012)

De acuerdo con este resultado, se puede percibir que actualmente, bajo tratamiento para la adicción, los problemas en la respuesta sexual han disminuido considerablemente, al punto que un 60% de los pacientes ya no los presentan. Un 20% casi nunca, un 10% algunas veces y sólo el 10% siguen presentando siempre dichos problemas. Es decir, gran parte de los pacientes que asisten a la UTAF recuperaron su capacidad de responder ante los estímulos sexuales.

CONSIDERACIONES FINALES

CONCLUSIONES

En relación a las Características Socio-demográficas puede decirse que, los pacientes que asisten a la UTAF, de acuerdo a su edad, se puede decir que son adultos, en cuanto al sexo, la totalidad de los encuestados son masculinos, lo que quiere decir que este sexo prevalece en el consumo de drogas de abuso.

En lo que se refiere al grado de instrucción, en términos generales se puede decir que es bajo, puesto que 30% de los pacientes no culminó su educación primaria, otro 30% no culminó su educación secundaria, sólo un 20% comenzó estudios universitarios más no los ha concluido.

Como estado civil prevalece la soltería en un 50% de los encuestados, 30% mantiene relación de pareja bajo concubinato. Un 10% es casado y un 10% divorciado.

Características del Patrón de Consumo de Drogas de Abuso

La droga que consumían los pacientes mayormente era el alcohol, (47%), la marihuana la consumía un 29% y la cocaína un 24%. Una mayoría significativa consideró el alcohol como su droga de inicio y éste fue en una edad comprendida entre 13 y 18 años, es decir en plena adolescencia.

Por lo general, la población estudiada consumía la droga diaria y semanalmente, los que realizaban el consumo diario, lo hacían de 3 a 4 veces por día. Los pacientes que consumían alcohol, ingerían de 3 a 4 botellas de ron, whisky y otros o de 1 a 2 cajas de cerveza; esta cantidad, muchas veces era compartida con compañeros de trago sin embargo, no deja de ser una cantidad peligrosa. En el caso de los que consumían marihuana y cocaína lo hacían con una cantidad entre 1 y 2 gr.

La mayoría de los encuestados consume alcohol simultáneamente a otras drogas, sobre todo con cocaína y como se mencionó antes, esta mezcla es altamente peligrosa.

Cambio en la Respuesta Sexual

Gran parte de los pacientes que asisten a la UTAF, no respondían a los estímulos sexuales durante la época de consumo de drogas de abuso y otros no sentían la necesidad de mantener relaciones sexuales coitales. Por lo que la mayoría de los pacientes no tenían actividad sexual durante el tiempo de adicción y los que si ejercieron dicha actividad, lo hacían con poca frecuencia (mensual y ocasional)

El cambio en la respuesta sexual también fue medido de acuerdo al nivel de satisfacción en las relaciones sexuales coitales antes, durante y después de la adicción, concluyendo lo siguiente:

Antes de iniciarse en el consumo de drogas, los pacientes que asisten a la UTAF, tenían relaciones sexuales muy satisfactorias luego, durante la época de consumo, ya éstas no eran tan satisfactorias y después de recibir tratamiento para la adicción, gran parte de los pacientes recuperó su nivel de disfrute en las relaciones sexuales. Por lo que, se deduce que el uso de drogas de abuso deteriora la respuesta sexual. Asimismo, es importante mencionar que muchos pacientes manifestaron que, su calidad de respuesta sexual cambió a los meses y en otros a los años de iniciarse en el consumo de dichas sustancias llegando a ser en 50% deficiente.

Influencia de la Adicción a Drogas de Abuso Sobre la Relación de Pareja a Nivel Sexual y Comunicacional

No obstante a todos los problemas a nivel de la respuesta sexual de los pacientes que asisten a la UTAF, éstos no fueron abandonados por sus parejas, sin embargo, sí presentaron problemas de comunicación que pudo representar un desequilibrio en la relación.

Aparición de Disfunciones Sexuales Durante la Adicción a Drogas de Abuso

Se pudo determinar que durante la dependencia a sustancias como el alcohol, la marihuana y la cocaína, se presentan disfunciones sexuales tales como inhibición del deseo sexual y disfunción eréctil.

Capacidad de Respuesta ante los Estímulos Sexuales Después de la Desintoxicación

Gran parte de los pacientes recuperan la capacidad de responder ante los estímulos sexuales. Por lo que disminuyen los problemas a la hora de la actividad sexual. Sin embargo, algunos pacientes continúan presentando dificultades en su respuesta sexual. Por lo que es evidente que el consumo compulsivo de drogas de abuso afecta gravemente las funciones sexuales, dejando en algunos casos, secuelas irreversibles.

RECOMENDACIONES

A las Instituciones del Estado

- Evaluar y reorganizar los programas de prevención en materia de drogas. Ya que, la prevención es la mejor opción, por cuanto la drogadicción deja secuelas irreversibles a nivel biopsicosocial.

- Realizar seguimiento a las acciones tomadas en relación a la problemática de drogas en los adolescentes.

- Reforzar y/o reformular los programa de prevención en las escuelas de educación primaria

BIBLIOGRAFIA

LIBROS:

Arias (2006). El Proyecto de Investigación: Introducción a la Metodología Científica. (5° ed.) Caracas: Episteme

Hurtado, J. (2008). El Proyecto de Investigación. Comprensión Holística de la Investigación. (2da ed.) Caracas: Sypal

Hurtado, J. (1998). Metodología de la Investigación Holística. (2da ed.). Caracas: Sypal

Ladas, A.; Whipple, B.; Perry, J (2007). El Punto G y Otros Descubrimientos de la Sexualidad Humana. New York Times Bestseller: Neo Person

Mc Cary, J.;Mc Cary, S.; Álvarez; Gayou, J.; Suárez, J. y Río, C. (1999). Sexualidad Humana de Mc Cary. (5° ed.) México: El Manual Moderno.

Niño, H. (1988). Estudio Exploratorio de la Influencia del Consumo de Alcohol en Parejas Bebedores Sociales a Nivel Comunicacional y sexual. Universidad Central de Venezuela (UCV). Caracas

Rodríguez, C. y Franco, C. (1998). Manual de Toxicología. Drogas de Abuso y Alcohol. Fundación Para la Salud Edo. Sucre

Rugama, E. (2003). Prevalencia de Disfunción Eréctil en Pacientes de 18 o mas años Atendidos en Consulta Externa de Urología del HEALF Durante Octubre-Diciembre 2002. Tesis para optar al título de Especialista en Urología. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Ruíz, M. (1999). Disfunciones Sexuales en Adultos Consumidores de Drogas de Abuso: Cocaína, Crack, Marihuana y Alcohol. UTAF. Cumaná. Tesis presentada como requisito para optar al título de Magister en ciencias mención Orientación en Sexología.

Sabino, C. (1976). El Proceso de Investigación. Argentina: El Cid Editor

Ramírez, T. (1999). Cómo Hacer un Proyecto de Investigación. Caracas: Panapo

Serradel, C. (2008) Vida Sexual: Asesor de Padres. Barcelona-España: Oceáno

PÁGINAS WEB

Alvarado S. Adicciones. Disponible en:
<http://www.adicciones.org/enfermedad/definición>

Araya (2012). Adicción. Disponible en:
<http://www.portumatrimonio.org/todapareja/v/adiccion/>

Blanco E., Pérez N., Batista A. (2011). Alcohol Contra Sexualidad. Hospital Psiquiátrico de La Habana (Cuba). Disponible en:
<http://www.revistahph.sld.cu/hph0111/hph10111.html>

Borrás R. Alcohol. Colegio de Farmaceutas de Barcelona – España. Disponible en:
<http://www.farmaceuticonline.com.es/familia/451-alcohol>.

Bravo, L. (2005) Manual de Farmacoterapia. Disponible en: books.google.co.ve

Cepvi (2010). Desarrollo psicológico durante la adolescencia. Disponible en:
<http://www.cepvi.com/articulos/adolescencia10.shtml>

Cruz Roja Venezolana (2004). Dirección de Juventud: Definición de drogas y sustancias ilícitas. Disponible en:
<http://www.cruzrojavenzolana.org/modules.php?name=News&file=article&sid=193>

Cruz Roja Venezolana (10/09/2005) Foro: Hablemos de Drogas. Disponible en:
<http://www.Cruzrojavenzolana.org/modules.php?name=new&sid=272>

De la Sota (2010) Satisfacción sexual en la pareja
<http://www.netdoctor.es/XML/verArticuloMenu.jsp?XML=000271>

Docsalud.com (2012). Destacan el papel del alcohol en la propagación del VIH disponible en: <http://www.docsalud.com/articulo/881/destacan-el-papel-del-alcohol-en-la-propagaci%C3%B3n-del-vih>

Feo (2011) Sexualidad humana y causas de disfunciones sexuales Med-ULA, Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Vol 1 N° 3. Mérida, Venezuela 102

Ferri, F. (2007). Consultor Clínico. Disponible en Books.google.co.ve

Flores, E. (2010) Cómo Influye la Marihuana y las Drogas en la Sexualidad. Disponible en: <http://www.lamarihuana.com/noticias/como-influye-la-marihuana-y-las-drogas-en-la-sexualidad/>

García, O. (2008). Adicción a la Cocaína. Tesis doctoral, Universidad de Oviedo España. Disponible en: tesisenxarxa.net/TESIS_VOV/AVAILABLE/TDR_1017108-122649//UOV0030TOGR.pdf

González, T. (2006), Drogas y Sexualidad: Grandes Enemigos. Facultad de Ciencias Médicas “General Calixto García”. La Habana – Cuba. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/Vol21_5-6_05/mgi155605.pdf

Hpsis, Clínica de Desintoxicación. Efectos de la Cocaína. Disponible en: <http://www.cocaína.tv/efectos-delacocaina.php>

Hurtado (2003). Alcoholismo, hombre y sociedad 2da. Parte y final. Disponible en:
<http://www.sld.cu/saludvida/adicciones/temas.php?idv=5762>

Infoadicciones .org.ar (2011). Nuevas adicciones: Adicción al cibersexo, peligros en la pareja y la vida social. Disponible en: [:http://infoadicciones.com.ar/?page_id=254](http://infoadicciones.com.ar/?page_id=254)

Infoadicciones. La Web Argentina Sobre las Adicciones. Drogodependencias. Disponible en: http://infoadicciones.com.ar/?page_id=254

Infored (2012). DROGADICCION. TERAPIAS EMOCIONALES

NEUROSIS, ALCOHOLISMO, DROGADICCION Disponible en:
http://www.terapiasemocionales.mex.tl/180756_DROGADICCION.html

Informe anual de 2009 sobre el problema de la drogodependencia en Europa

Policonsumo de drogas: patrones y respuestas

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

Instituto Nacional Sobre Abuso de Drogas (NIDA) EEUU. Drogas de Abuso.

Disponible en:

<http://translate.google.co.ve/translate?hl=es&langpair=en%7ces&u=http://www.nida.nih.gov/>

Instituto Nacional Sobre Abuso de Drogas (NIDA) Infofacts. La Marihuana. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/infofacts/marijuana-sp.html>

Instituto Nacional Sobre Abuso de Drogas (NIDA) Infofacts. La Cocaína. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/infofacts/cocaina-sp.html>

Instituto Nacional Sobre Abuso de Drogas (2008). El Abuso de Drogas y la Drogadicción. Disponible en: <http://drugabuse.gov/PDF/Infofacts/understanding-sp08.pdf>

Instituto para el Estudio de las Adicciones. Clasificación Psicopatológica de las Drogas. Disponible en: <http://www.lasdrogas.info/index.php?op=sustancias&link=clasificación>

Instituto para el Estudio de las Adicciones. consecuencias del uso de Drogas. Disponible en: <http://www.lasdrogas.info/index.php?op=sustancias&link=consecuencias>

Instituto para el Estudio de las Adicciones. Los 4 Signos Cardinales de la Adicción. Disponible en: <http://www.lasdrogas.info/index.php?op=sustancias&link=Signos>

Instituto para el Estudio de las Adicciones. Sustancias: Alcohol. Disponible en: <http://www.lasdrogas.info/index.php?op=sustancias&link=5>

Jarne, A. y Talar, A. (2000). Manual de Psicopatología Clínica. Disponible en Books.google.co.ve

Las Drogas.com. ¿Qué son las Drogas? Disponible en <http://www.las-drogas.com>

La Razón.es (4/12/2010). El 27% de los Consumidores de Cocaína Sufre Disfunción Eréctil. Disponible en: <http://www.larazon.es/noticia/4090-el27-de-los-consumidores-de-cocaina-sufre-disfuncion-erectil>

La región (13/03/2012) Violencia divorcios y preñez adolescente “pulverizan” récord en Venezuela

Mac (2010), Cómo influye la marihuana y las drogas en la sexualidad. Disponible en: <http://www.lamarihuana.com/noticias/como-influye-la-marihuana-y-las-drogas-en-la-sexualidad/>

Manual Merck de Información Médica para el Hogar. Adicción y Toxicomanías. Disponible en: http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/sección_07/sección07-092.html

Manual Merck de Información Médica para el Hogar. Trastornos de la Función Sexual. Disponible en: http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_07/seccion_07_088.html

Mañes M. (2001), Fases de la Respuesta Sexual. disponible en: http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=2118&RUTA=1-3-67-438-2118

Navarro (2010). Masculinidad, Alcoholismo y Disfunciones Sexuales. Disponible en [http://www.disisex.org/documentos-disidencia-sexual/iii-coloquio-internacional-de-estudios-sobre-varones-y masculinidad/potencias/46-annia-duany-navarro.pdf](http://www.disisex.org/documentos-disidencia-sexual/iii-coloquio-internacional-de-estudios-sobre-varones-y-masculinidad/potencias/46-annia-duany-navarro.pdf)

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, (2005). Las diferencias en los patrones de of drug use between consumo de drogas entre mujeres y hombres.

Oficina Nacional Antidrogas (ONA). (2009) Estadísticas, Incautaciones y Detenidos por Delitos de Drogas Año 2009. Disponible en <http://www.ona.gob.ve>

Oficina Nacional Antidrogas (ONA). La Marihuana. Disponible en <http://www.ona.gob.ve/OVD/marihuana.htm>

Oficina Nacional Antidrogas (ONA). La Cocaína. Disponible en <http://www.ona.gob.ve/OVD/cocaina.htm>

Oficina Nacional Antidrogas (ONA). ¿Qué son las Drogas? Disponible en <http://www.ona.gob.ve/Drogas.htm>

Ortiz, V. Genes y Medio Ambiente, Peligrosa Mezcla cuando se Trata de Adicción. Universidad Central de Venezuela. Disponible en http://Vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_2842.pdf

Pascual, S.; Fernández, J.; Rodríguez, B. MEDISAN (2002) Consideraciones Generales sobre las drogas de abuso disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_4_02/san/0402.htm

Profesor en línea. Drogadicción. Disponible en:
<http://www.profesorenlinea.cl/Ciencias/drogadiccion.html>

Psicoactiva (2009), (<http://www.psicoactiva.com/drogas.htm>)

Sexualidad.ws. La Influencia de las Drogas en la Sexualidad. Disponible en:
<http://www.sexualidad.ws/sexualidad-drogas.html>

Sciolla, C. (2008). Abuso de Sustancias a Adicciones. Universidad de Valparaiso – Chile. Disponible en:
<http://prontus.UV.cl/pubacademia/pubprofesores/s/pubsciollaCarlos/site/artic/20081010/asocfile/9adicciones.pdf>

Valdés, E. (2011). Actividad Sexual y Salud Mental. Disponible en:
<http://munisalud.muniguate.com/2011/07ago/capsula1.php>

Vitale, S. (2010). Drogas y Sistema Nervioso. Disponible en:
<http://miniespacioeducativo.blogspot.com/2009/08/drogas-y-sistema-nervioso-html>

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	Disfunción Sexual Por Adicción A Drogas De Abuso: Alcohol, Marihuana, Cocaína Y Crack En Los Pacientes Que Asisten A La Unidad De Tratamiento Al Farmacodependiente (Utaf) Año 2012
---------------	--

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
Hernández, Cruz	CVLAC	17911680
	e-mail	cruzadriannaudo@gmail.com
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	

Palabras o frases claves:

drogas de abuso, respuesta sexual, drogodependencia y disfunciones sexuales

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Subárea
Ciencias Sociales	Trabajo Social

Resumen (abstract):

Las drogas de abuso tales como el alcohol, la marihuana, la cocaína y el crack son frecuentemente usadas bajo la errada creencia de que aumentan e intensifican el placer sexual. Por el contrario, la respuesta sexual humana se ve gravemente afectada por el consumo de dichas sustancias, puesto que éstas alteran el normal funcionamiento del Sistema Nervioso, el cual controla las funciones sexuales. Por lo que la drogodependencia constituye un factor de amenaza para el disfrute pleno de una de las experiencias mas gratificantes para el ser humano como lo es la actividad sexual. En este contexto, para ratificar este perjuicio y contribuir con la desaparición del mito de que el consumo de drogas de abuso aumentan el placer el placer sexual, se llevó a cabo esta investigación cuyo objetivo general es analizar la influencia de la adicción a drogas de abuso sobre las funciones sexuales en los pacientes atendidos en la Unidad de Tratamiento al Farmacodependiente (UTAF); bajo un diseño de campo y nivel descriptivo - analítico.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
Prof: Franco Cesar	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
	CVLAC	3660999
	e-mail	
	e-mail	
Prof: González Maria	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
Prof: Muñoz Rodolfo	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	

Fecha de discusión y aprobación:
Año Mes Día

2012	08	07
-------------	-----------	-----------

Lenguaje: **SPA** _____

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo	Tipo MIME
Tesis-hernandezc.doc	Application/word

Alcance:

Espacial: (Opcional)

Temporal: (Opcional)

Título o Grado asociado con el trabajo: Licenciatura en Trabajo Social

Nivel Asociado con el Trabajo: Licenciatura

Área de Estudio: Trabajo Social

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado: Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR *[Firma]*
FECHA 5/8/09 HORA 5:30

hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

[Firma]
JUAN A. BOLANOS CUNTELE
Secretario

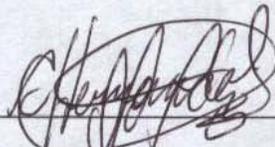


C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

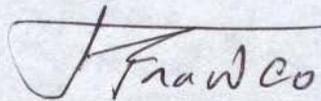
Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso- 6/6

Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009) : “los Trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario para su autorización”.



Hernández Cruz A.

Autor



Prof.: Franco Cesar

Asesor