



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Postgrado

Programa de Magíster en Psicología Clínica de Adultos

EXPLORACIÓN Y ANÁLISIS DESDE LA TEORÍA COGNITIVA A LA SEXUALIDAD DE PACIENTES ADICTOS A COCAÍNA

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos
Mención Constructivismo Cognitivo

Autor: Ps. CLAUDIA CHOMALÍ GALLARDO
Profesor Patrocinante: Dr. ALEJANDRO GÓMEZ CHAMORRO
Profesional Colaborador: Ps. y Mag. ELISABETH WENK WEHMEYER

Santiago, Chile
2013

“La adicción no está en la sustancia sino en el hombre”

Dr. E.M. Jellinek

INDICE

RESUMEN	4
I. INTRODUCCION	5
II. MARCO TEORICO	
2.1 Adicción a Sustancias	15
2.2 Adicción y Cognición	17
2.3 Modelo Cognitivo de la Adicción	18
2.4 Adicción a Cocaína	21
2.4.1 Craving	23
2.5 Sexualidad	24
2.6 Cruce de Sexualidad y Drogas	26
2.6.1 Cruce de Sexualidad y Cocaína	28
2.6.2 Sexualidad, Cocaína y Género	29
III. OBJETIVOS	
3.1 Objetivo General	31
3.2 Objetivos Específicos	31
IV. METODO	
4.1 Tipo de estudio	33
4.2 Diseño de investigación	33
4.3 Descripción de población y muestra	34
4.4 Instrumentos de recolección de información	35
4.4.1 Entrevista Semi Estructurada en Profundidad	35
4.4.2 Cuestionario de Esquemas Cognitivos	37
4.5 Procedimientos seguidos en la Investigación	38

4.6	Procesamiento de la Información	39
4.6.1	Análisis Cualitativo	39
4.6.2	Análisis Cuantitativo	40
V.	ANALISIS DE RESULTADOS	
5.1	Resultados Cuantitativos: Esquemas Cognitivos	41
5.2	Resultados Cualitativos por Temas	
5.2.1	Percepción de la Sexualidad previa a la Adicción	43
5.2.2	Atribuciones hacia la Cocaína antes de experimentar su uso en la Sexualidad	44
5.2.3	Pensamientos Automáticos	45
5.2.4	Hipersexualidad	46
5.2.5	Percepción sobre las Primeras Experiencias Sexuales con Cocaína	47
5.2.6	Percepción del Abuso de Cocaína sobre la Sexualidad	49
5.2.7	Percepción del Impacto de la Adicción a Cocaína en la Sexualidad	49
5.2.8	Percepción de Cambios en la Sexualidad una vez iniciada la Abstinencia de Cocaína	51
VI.	DISCUSION	55
VII.	CONCLUSIONES	65
	REFERENCIAS	71
	ANEXOS	77

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue explorar la sexualidad de pacientes adictos a cocaína principalmente a través de entrevistas en profundidad. Desde la psicología es el modelo cognitivo el que cuenta con mayor eficacia en el abordaje de las adicciones, por ello se realizó un rastreo cognitivo, indagando en la sexualidad previa, en las atribuciones que se le entregan a la cocaína antes de vivir la sexualidad bajo sus efectos, en los pensamientos que emergen durante el acto sexual bajo el efecto de la sustancia, y también la percepción de esta combinación estando en etapa de abstinencia. Los resultados destacan la importancia del abordaje de la sexualidad en el tratamiento de rehabilitación y más específicamente en la prevención de recaídas, debido a la importante asociabilidad encontrada, además de la mutación que experimenta la sexualidad incluso después que los pacientes han suspendido el consumo.

PALABRAS CLAVE: Adicción; Terapia Cognitiva; Cocaína; Sexualidad; Abstinencia

I. INTRODUCCION

La adicción a sustancias es una enfermedad compleja que compromete todas las áreas de la vida de una persona. Su multicausalidad la posicionan como un desafío a las ciencias de la salud y por ello se requiere de un abordaje integral para el logro de abstinencia.

El fenómeno de las drogas y su consumo es un tema extensivo a todo el mundo: desde la década del setenta se define el abuso de sustancias como un problema público. Desde entonces ningún país ha podido evidenciar que las estrategias nacionales han sido efectivas, por ende, no han logrado reducir de manera sostenida el consumo de drogas ilegales (Fundación Paz Ciudadana, 2004).

Chile no es la excepción: el consumo de sustancias se constituye en un problema que está muy lejos aún de ser resuelto y que en el último tiempo ha adquirido significativa connotación pública. En general, es el tabaco y el alcohol las que ocupan los primeros lugares en cuanto a preocupación del sistema de salud, sin embargo, en nuestro país el consumo de cocaína ocupa un lugar importante, comparativamente a otros países de la región.

El consumo de cocaína en Chile, en un ranking latinoamericano realizado por la Oficina Contra las Drogas y el Delito de las Naciones Unidas (UNODC) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), se encuentra en el segundo lugar (luego de Argentina) con una prevalencia anual del 2.4% en la población de entre 15 a 64 años (en UNODC, 2011).

En el último Estudio Nacional de Drogas (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes [CONACE], 2010) surge un dato interesante respecto del uso de

cocaína en Chile: mientras la prevalencia del consumo del último año disminuyó en ambos sexos, grupos socioeconómicos y en todos los tramos de edades, la estimación de dependencia de cocaína en los dos últimos años aumentó. La comprensión de este fenómeno no se clarifica en el estudio, así como tampoco la metodología que se utiliza para diagnosticar la dependencia, sin embargo, podría pensarse que probablemente se refieren a distintos grupos, uno donde aún hay sensibilidad a las campañas de prevención y a la conciencia de daño, mientras los dependientes siguen consumiendo de igual forma.

Debemos considerar además que la adicción a esta droga emerge temprano y explosivamente en los primeros años luego del primer consumo, en comparación al riesgo de dependencia entre usuarios de marihuana y alcohol. Como segundo dato relevante, entre un 15 y un 16% de los consumidores de cocaína se volverán dependientes dentro de los primeros diez años de consumo, a diferencia de la marihuana, donde alcanzaría sólo un 8% y en el alcohol llega entre un 12-13% (Wagner y Anthony, 2002; Berridge y Robinson, 2003). Entre los dependientes a cocaína, la mitad remite aproximadamente a los cuatro años, pero un 10% son dependientes por al menos 16 años, y un 5% son dependientes por al menos 23 años (Heyman, 2013).

A lo largo de la historia, el uso de alcohol y drogas recreacionales y la sexualidad han estado muy entrelazadas. De muchas drogas se ha creído que son afrodisiacas y, en general, el uso de sustancias ha sido usualmente considerado un facilitador psicológico y social del prelude de la actividad sexual (McKay, 2005).

Desde la experiencia clínica en el trabajo con pacientes adictos a cocaína, se puede visualizar efectivamente esta relación estrecha entre el consumo de sustancias y el cómo se vive la sexualidad. El relato da cuenta de profundas transformaciones en el funcionamiento sexual, demostrando que la creencia popular sobre la desinhibición sexual y el aumento del goce no es una vivencia que puedan experimentar cuando

existe cronicidad en el consumo, sino muy por el contrario. Hay un relato que hace hincapié en una sexualidad distinta a la anterior, con nuevos componentes y otras dinámicas, relato no siempre fácil de obtener, debido a que la posibilidad que se hable abierta y espontáneamente de temáticas referentes al terreno sexual no es lo habitual.

La combinación sexualidad y drogas se aborda con un fuerte hincapié en la necesidad de prevención, ya que la investigación empírica ha ido demostrando que quienes usan alcohol y otras drogas ilícitas tienen más parejas sexuales, más parejas casuales, más sexo desprotegido, más HIV y más enfermedades de transmisión sexual en comparación a los no consumidores (Kopetz, Hart, Kruglanski y Lejuez, 2010).

También se visualiza la tendencia de asociar fuertemente la investigación de sexualidad en consumidores y adictos homosexuales más que en la población heterosexual, por ejemplo Brewster y Tillman (2012) señalan que mujeres y hombres identificados como lesbianas, gays o bisexuales tienen significativamente tasas más altas de consumo que los heterosexuales, sugiriendo que el uso excesivo de alcohol y drogas se relaciona justamente con la voluntad de experimentar con la sexualidad. En la misma línea, Russell et al. (2002, en Brewster y Tillman) mencionan que la atracción y relaciones con el mismo sexo aumentaban la probabilidad de uso de sustancias, mientras que Maranda, Han y Rainone (2004) encontraron un aumento significativo en el número de parejas sexuales entre los consumidores de cocaína, en comparación a quienes no lo son, además de una asociación positiva entre el uso de cocaína y la prostitución en ambos sexos.

Es llamativo cómo se circunscribe recurrentemente el tema a la población homosexual, impresionando la carencia de información referente a la población heterosexual y a conocimientos que vayan más allá del riesgo asociado. Existe un artículo donde justamente explicitan la carencia de información en la población masculina heterosexual, pero de todas formas con el foco en las conductas de riesgo. En esta

investigación concluyen que los hombres con consumo de sustancias poseen más relaciones anales, más parejas casuales y disminuye el uso del preservativo (Calsyn et al., 2010).

Brown, Domier y Rawson (2005) es el primer artículo hallado donde se da cuenta de la escasez de literatura científica de la relación entre droga y sexo, reparando en lo poco que se sabe del vínculo entre conducta sexual y uso de drogas a pesar de las implicancias clínicas, haciendo hincapié que aún menos se conoce en mujeres y en los heterosexuales en general. Señalan como los estudios se focalizan en las conductas de riesgo homosexual más que en el funcionamiento sexual como es el deseo, el rendimiento y el placer. *“La escasez de literatura científica sobre la relación entre sexo y drogas es causa de preocupación, considerando que este aspecto de la experiencia humana puede jugar un rol importante en la recuperación y en las recaídas”*¹ (Center on Addiction and Substance Abuse [CASA], 1999, en Brown et al., 2005, p.171).

Existe como antecedente el libro *“Chemical Dependency and Intimacy Dysfunction”* editado por Eli Coleman, del año 1988 y, que de acuerdo con la American Association of Sexuality Educators (AASEET, 2012) estuvo adelantado en su tiempo, señalando que debieron pasar catorce años hasta que los investigadores hablaran de cómo el uso excesivo de alcohol y drogas afecta la conducta sexual. En este libro, de acuerdo con lo señalado por AASEET, se explica cómo las personas que acuden a tratamiento serían víctimas de quienes fallan en reconocer la conexión entre ambos trastornos, donde raramente es parte del diagnóstico la disfunción existente en la intimidad.

En nuestro país, sólo se encontró una memoria teórica de Cardona (2009) referente a las transformaciones en el área de la sexualidad para el trastorno por consumo de sustancias. En dicha investigación no hay distinción entre las sustancias y tampoco se revisan específicamente las alteraciones, pero si se señala cómo pacientes que logran

¹ Traducción libre de la autora

abstinencia temporal vuelven a requerir nuevos tratamientos por la omisión sistemática de temas referentes a la sexualidad, debido al no abordaje psicoterapéutico de esta temática en los tratamientos.

Para quienes la cocaína deja de tener un uso “recreacional” y se convierten en adictos, esta droga, lejos de generar placer a nivel erótico, genera potentes dificultades desde el deseo hasta el normal desarrollo del orgasmo (por ejemplo, impotencia). Una investigación realizada por Kopetz et al. (2010), señala cómo las personas, a pesar de percibir efectos perjudiciales en el deseo sexual y su rendimiento bajo los efectos de la cocaína, la utilizan en la intimidad comparativamente más que otras drogas. Concluyen en este caso que, debido a los nulos efectos farmacológicos, es probable que los consumidores de cocaína aumenten su conducta sexual por las oportunidades en términos de condiciones ambientales que se dan en torno a esta droga y no por los resultados de la droga en sí misma. Este estudio pone el acento en que la facilitación sexual podría estar dada por el contexto. Hay otras hipótesis plausibles de por qué se genera tan masivamente la asociación droga y sexo, por ejemplo, la personalidad de quien usa la sustancia, o incluso hay investigaciones como la de La Pera, Giannotti, Taggi y Macchia (2003), que señala cómo la sexualidad insatisfactoria, sea por desórdenes sexuales o por la convicción de que se tiene un problema sexual, puede ser un posible factor de riesgo entre los hombres para el posterior abuso de sustancias y la adicción.

En un estudio realizado por McKay (2005), se concluye a partir de una revisión de investigaciones anteriores, que entre el tabaco, metanfetamina, cocaína y marihuana, la cocaína es la única droga que daña el deseo, la excitación (aunque en esta fase solo estaría demostrado en hombres) y el orgasmo. En el caso del alcohol, también se evidenciaría un daño en las tres etapas de la respuesta sexual, sin embargo, el impacto es sólo evidente cuando altas dosis son consumidas, no así con la cocaína.

La adicción es una enfermedad crónica y por ende no termina cuando la droga está fuera del organismo. Los procesos adaptativos ya instalados son los que generan el riesgo de recaída permanente, por las asociaciones potentes que se instalan en la etapa de consumo activo. Desconocer que la sexualidad vive transformaciones durante el proceso de adicción puede explicar en parte las recaídas tan habituales en estos pacientes.

Con la adicción a cocaína aumenta claramente la práctica de la sexualidad en un número considerable de usuarios, incorporándose prácticas que antes no estaban en el repertorio conductual, sin embargo, esta hipersexualidad ligada a la adicción no se encuentra con facilidad en la literatura de los últimos años. En la búsqueda realizada, se hallaron dos trabajos que reseñan este fenómeno, en un caso el tema se circunscribe a cómo la motivación alcanza recompensas que van más allá de la droga, aunque por cierto la motivación primaria sea a la droga en sí misma, señalando entonces que hay evidencias sobre cómo algunos consumidores de cocaína son “hipersexualizados” (Washton y Stone-Washton, 1993, en Berridge y Robinson, 2003), así como también algunos individuos dependientes de sustancias pueden ser “hipersensibles” a estímulos monetarios (Bechara et al., 2002, en Berridge y Robinson, 2003). En un segundo artículo más reciente se aborda con más claridad y fuerza el cómo la combinación de una droga estimulante (refiriéndose a cocaína y metanfetaminas) y la sexualidad generan un “super high”² debido a lo potente que son ambos como reforzadores. Esta combinación sería entonces más adictiva que la droga usada de manera aislada, señalando entonces que los individuos que experimentan ese potente efecto se convierten en adictos no sólo de la droga, sino de la combinación (Washton y Zweben, 2009). En este estudio concluyen que la respuesta hipersexualizada es resultado directo de la alteración bioquímica inducida por la droga, más que a factores psicológicos predisponentes.

² Al español pudiese ser traducido como “subidón”, pero por constituir un término de nulo uso en el idioma, se decide mantener expresión en inglés.

Es importante consignar la importante divergencia teórica encontrada, con polaridades extremas con respecto a algunos temas, sólo por mencionar tres casos de lo aquí ya señalado:

1. Kopetz et al. (2010) mencionan el nulo efecto farmacológico de la cocaína en la sexualidad, por tanto serian otros los elementos que explican su uso en la intimidad, mientras Washton y Zweben (2009) no dejan lugar a dudas de cómo es resultado directo de la alteración bioquímica lo que genera el impacto en la sexualidad.
2. Brown et al. (2005), plantean que en el caso de las metanfetaminas, hay mayor cantidad de atribuciones positivas entre droga y sexo, no así en el caso de la cocaína, donde las asociaciones son primariamente negativas. Por otro lado, se encuentra una investigación de Washton y Zweben (2009) donde equiparan el efecto de la cocaína y la metanfetamina, señalando que ambas están fuertemente ligadas al sexo, y que los usuarios hombres reportan aumento de libido y disminución de las inhibiciones sexuales.
3. Para Kopetz et al. (2010), el género no tiene efectos en los resultados de las variables, y por ello incluso es excluido de su análisis. Brown et al. (2005) sugieren desde la experiencia clínica, que no existe una conexión entre sexo y cocaína en las mujeres e incluso en el autoreporte son las mujeres consumidoras de cocaína donde las efectos negativos se consignan con mayor fuerza en la experiencia de vincular la droga y el sexo, a diferencia de la fuerte asociación que si existiría en los hombres. En la contraparte, en el estudio realizado por Calafat et al. (2008) se señala que la cocaína es valorada muy positivamente sobre todo por y para las mujeres.

Esto puede deberse a metodologías diversas de recogimiento de información o a problemas muestrales, debido a que usualmente las muestras no son muy grandes y el origen de los usuarios también es diversa (centros de tratamiento, clínicas, etc.)

Los grandes problemas, de acuerdo a Belenko y Peugh (2001), con los que nos encontramos al revisar las investigaciones realizadas sobre los efectos directos e indirectos de las drogas en la sexualidad humana, son las pequeñas muestras no generalizables, la falta de grupo de control, la dependencia del autoreporte, el fracaso para controlar o bien especificar el efecto de la dosificación, expectativas, efectos sociales, y el uso de múltiples sustancias. Resulta muy difícil vislumbrar conclusiones por las potentes limitaciones, lo cual hace necesario hacer investigaciones locales que incluso así no son fáciles de generalizar. En el mismo trabajo recién mencionado, señalan que a pesar de las limitaciones, su revisión sugiere que el abuso de drogas y el alcohol crónico tienen claros efectos perjudiciales en el funcionamiento sexual de muchos individuos. Además, los efectos del uso de una sustancia en la sexualidad inevitablemente están mediados por otros aspectos como dosis, duración de uso, características de personalidad del consumidor, contexto, etc. Esta salvedad se señala en la mayor parte de los artículos revisados, y por cierto la presente investigación no está exenta de esta problemática.

A raíz de todo lo señalado, cabe pensar que la idea colectiva arraigada en nuestra sociedad de "*sexo, droga y rock and roll*"³ podría al menos ser cuestionada, ya que no sería extensiva a todos los casos. La problematización sobre temas relacionados al consumo de sustancias suele estar impregnado de gran cantidad prejuicios y de poca investigación de acuerdo a las necesidades y realidades particulares. La información hoy existente se restringe al riesgo propio de la etapa de consumo activo y el sexo inseguro, por ende, la pretensión de esta investigación es indagar el lugar que tiene la

³ De acuerdo con esta fuente, la expresión se atribuye a Ian Dury, pero no existe certeza al respecto <http://www.miperiodicodigital.com/edicion2010/articulo.php?id=6501>,

cocaína en la sexualidad de quienes han vinculado la droga y el sexo, dicha búsqueda se hará desde la mirada de hombres que han detenido el consumo y se encuentran en abstinencia. No obstante lo anterior, se sugiere desarrollar investigación en el tema en ambos sexos, en el presente trabajo se tomó la opción de hacerlo sólo con hombres, debido a las evidentes diferencias que existen en la sexualidad, además en la literatura nos encontramos con diferentes posturas sobre el impacto que tiene cocaína en mujeres y en hombres, mientras que en algunos artículos señalan no haber diferencias, en otros, sobre todo en lo referente a las percepciones, estas variarían considerablemente.

El lograr esclarecer los efectos que genera esta droga en todos los ámbitos de la vida de una persona, es vital para lograr la mayor efectividad en los programas de tratamiento, y existiría hoy una arista poco considerada para ejercer dicha misión de la manera más cabal posible. Retomar la sexualidad en quienes la han vinculado con la cocaína podría gatillar una vuelta al consumo (caída), o bien, una búsqueda de caminos alternativos, que tangencialmente dificulten un proceso de rehabilitación satisfactorio. Poder instalar explícitamente el tema en el tratamiento con una base empírica podría permitir abordar un área de difícil acceso y poco considerada en los procesos de rehabilitación.

Bajo esa premisa es que la presente investigación pretende contribuir con nueva información, explorando la sexualidad de pacientes adictos a cocaína, con el fin de aportar al conocimiento con relación a este tema, y es partir de la revisión de la literatura existente que surge el interés por lograr responder algunas preguntas tales como, ¿Cómo era la sexualidad previa al consumo de cocaína?, ¿Qué atribuciones le daban a la cocaína antes de experimentar su uso en la sexualidad?, ¿Se producen y perciben cambios en la sexualidad una vez iniciada la abstinencia?, ¿En qué etapa del consumo emerge la hipersexualidad?. Dicho cometido se realiza a través de un enfoque mixto de investigación, por una parte, en lo cualitativo se recogió información a

través de entrevistas en profundidad guiada por temas, mientras que desde lo cuantitativo se aplicó el cuestionario de esquemas de Young,

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Adicción a Sustancias

Existen diferentes conceptualizaciones en lo que a adicción se refiere: la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la drogadicción o drogodependencia como *“Un estado psíquico y algunas veces físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un producto psicoactivo, que se caracteriza por producir modificaciones de la conducta y otras reacciones que incluyen siempre un deseo incontrolable de consumir droga, continua o periódicamente, a fin de experimentar nuevamente sus efectos psíquicos y evitar a veces el malestar de su privación”*⁴.

La adicción no se genera luego de un primer consumo. Inicialmente, el consumo de drogas es una conducta con objetivo y que se refuerza por la experiencia de los efectos placenteros. El consumo social de una droga no se direcciona por sí sola hacia una adicción, es un proceso que toma tiempo, donde de manera progresiva se va perdiendo el control, a propósito de la confluencia de vulnerabilidades preexistentes en el sujeto, así como de factores ambientales. La búsqueda y el consumo de la droga se convierten en una conducta habitual, hasta llegar a ser una conducta automática que intenta amortiguar los efectos negativos del consumo.

Entonces, lo que necesariamente empieza en el uso social controlado puede evolucionar hacia el desorden compulsivo que caracteriza a la adicción. Para la comprensión de la adicción se consideran cada vez más cruciales tres aspectos: la adicción es la compulsión para consumir la sustancia, hay una alteración en el cerebro y es un trastorno crónico. Sellman (2009) señala las diez cosas más importantes que se deben saber sobre la adicción y entre éstas menciona: la adicción es una conducta

⁴ <http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/glosario-de-terminos/>

fundamentalmente compulsiva, la búsqueda compulsiva se inicia fuera de la conciencia, es un desorden crónico con recaídas y que el cambio toma tiempo.

La ciencia, en su afán de entender la adicción a sustancias, ha generado diversas explicaciones desde distintos paradigmas. Desde la Sociología, por ejemplo, el consumo de drogas es un proceso social, el cual comienza con la pertenencia a un grupo, por ejemplo, compañeros de colegio o familia, donde la búsqueda se origina en la necesidad biológica de socialización propia del ser humano (Dobbs, 2007, en Montaña, 2009). Desde este modelo, la adicción puede entenderse como un síntoma de una enfermedad social, y en ese contexto la lógica de tratamiento apunta a la inclusión.

Desde la biología, en los últimos años existe gran cantidad de investigación, sólo a modo de ejemplo, hay estudios que demostrarían cómo las drogas usurpan los circuitos normales de aprendizaje hasta crear una modificación crónica, como también se ha clarificado el rol del circuito de recompensa, donde se evidencia la asociación de la droga con la ansiedad e impulso por consumir. El desarrollo de la neurobiología ha descubierto la neuroplasticidad de los circuitos cerebrales, razón de la compulsión que resumiría cualquier adicción (Kalivas y O'Brien, 2008).

Dentro de los paradigmas psicológicos, el enfoque cognitivo - conductual ha aportado en gran medida a la comprensión de los mecanismos tras las adicciones. Aun cuando existen diversos modelos conceptuales en esta teoría, existen supuestos básicos compartidos, como que la conducta es principalmente adquirida y poco determinada genéticamente, es determinada por factores contextuales y ambientales; los mismos procesos de aprendizaje que crean una conducta problema pueden usarse para modificarla y los pensamientos y afectos pueden entenderse como conductas encubiertas, por lo que también están sujetos a cambio a través de los principios de aprendizaje (Rotgers, 1996).

2.2 Adicción y Cognición

Hoy existe acuerdo en que tanto la biología como lo cognitivo en el proceso adictivo están íntimamente relacionados, ambos con igual potencia a la hora de enfrentarnos al abordaje de esta enfermedad.

Según Gould (2010) habría un acuerdo desde las perspectivas psicológicas y neurológicas sobre entender a la adicción como un desorden de la cognición, donde ésta estaría alterada. Este mismo investigador señala que las regiones del cerebro que subyacen la adicción se superponen con las áreas envueltas en las funciones cognitivas más esenciales, entre éstas, el aprendizaje, memoria, atención y control de impulsos, por tanto las drogas, al alterar la estructura cerebral y las funciones de dichas regiones, produce inevitablemente cambios cognitivos que promueven el seguir consumiendo drogas por un aprendizaje mal adaptativo, dificultando las conductas adaptativas que sustenten la abstinencia.

En el caso específico de la cocaína, el principal déficit cognitivo en uso crónico es el déficit en la flexibilidad cognitiva, (Kelley et al., 2005 en Gould, 2010), sin embargo, en el consumo agudo, la cocaína, al igual que la anfetamina y nicotina, aumentarían significativamente el aprendizaje y/o la atención. Similar resultado se plantea en el caso del alcohol, donde bajas dosis pueden aumentar el aprendizaje, mientras altas dosis interrumpen los procesos cognitivos.

Gould también señala que incluso en un grupo de consumidores de una misma droga, el impacto cognitivo será distinto, dependiendo del ambiente y de la genética.

2.3 Modelo Cognitivo de la Adicción

El enfoque cognitivo - conductual para el tratamiento del desorden por abuso de sustancias tiene sus raíces en la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva, incluyendo los trabajos de Aaron Beck, Albert Ellis y Albert Bandura (Rotgers y Arburn, 2004). En el tratamiento del desorden por uso de cocaína *“el acercamiento cognitivo conductual ha recibido la mayor validación empírica.”* (Van Horn y Frank, 1998 en Rotgers y Arburn, 2004, p.10).

Inicialmente era sólo el condicionamiento clásico o por asociación el que explicaba como actuaban las señales reforzadoras para los adictos a drogas, donde estímulos originalmente neutrales se convierten en gatillantes de uso de drogas por las asociaciones repetidas entre esos estímulos y el uso de la sustancia. Luego el condicionamiento operante o por consecuencias, aporta con el valor de las contingencias, demostrando que si el alcohol o la droga generan los resultados deseados en repetidas ocasiones, devendrá en la manera favorita para alcanzar esos resultados. El modelamiento, es el tercer proceso de aprendizaje, y explica como de una manera rápida y eficiente se producen nuevos aprendizajes. En esta evolución, luego es la mediación cognitiva lo que los teóricos han integrado, incorporando el rol de varios procesos cognitivos en la iniciación, mantención y el cambio en el comportamiento de consumo de sustancias. Las teorías cognitivas pueden variar en el énfasis dado a los mediadores cognitivos, pero todos tienen una fuerte relación con los procesos de cambio de comportamiento basados en los tres procesos de aprendizaje básico. La teoría del aprendizaje social representa por tanto una extensión de las teorías de condicionamiento clásico, operante y modelamiento, con la adición de los procesos mediacionales como característica central que presume regular los procesos psicológicos resultantes de aprendizajes básicos (Rotgers, 1996).

La principal característica entonces del enfoque cognitivo es el énfasis que se le da a los procesos mediacionales del aprendizaje, que son los fenómenos que median entre los estímulos y la conducta, otorgando gran relevancia a cómo los procesos cognitivos influyen en las conductas. El modelo apela a modificar el modo en cómo se interpreta la realidad, identificando pensamientos desadaptativos, sentimientos y conductas que mantengan o aumenten el uso de sustancias, además de aumentar habilidades de afrontamiento no sólo con lo referente a la adicción, sino con los problemas de la vida en general (Rotgers y Arburn, 2004).

Con todas las drogas adictivas el fenómeno del aprendizaje es potente. En el consumo de cualquier sustancia, la droga se va asociando tanto a claves internas como ambientales. Los estímulos relacionados en tiempo y espacio con los efectos de la droga (sea un sonido, un olor, una situación, etc.), pueden convertirse rápidamente en estímulos condicionados, que luego serán por sí solos capaces de desencadenar el deseo de consumir. Estos estímulos o claves que se instalan fuertemente en la memoria de los usuarios, pueden disparar la parte biológica, es decir la apetencia, el deseo o las ganas por la sustancia, lo cual frecuentemente conduce a una recaída, incluso después de un largo tiempo de abstinencia. Sin embargo, existe el filtro del pensamiento y de las expectativas, y es por eso que desde la terapia cognitiva se puede modificar incluso el componente biológico de la adicción.

La droga funcionará como reforzador si es que logra aumentar o al menos mantener la probabilidad de ocurrencia de la conducta a la que sigue. Esa es la premisa básica del condicionamiento operante, que la probabilidad de ocurrencia de una conducta está determinada por sus consecuencias. El reforzamiento con drogas se incorpora a la categoría de los reforzadores naturales, como la presentación de comida, actividad sexual y la estimulación eléctrica del cerebro (Graña, 1994).

De acuerdo con Graña, el síndrome de abstinencia ha sido el principal interés de las investigaciones en adicciones, ya que se constituye en la consecuencia aversiva de interrumpir el uso de drogas. En el caso de la cocaína, que no produce tal síndrome cuando se interrumpe su administración, al igual que las anfetaminas, actúan como reforzadores negativos, pero para aliviar el “síndrome de estrés psicológico”.

De acuerdo con lo señalado por Aguilar et al. (2008), en los adictos lo que existiría sería un desplazamiento desde los estímulos incondicionados hacia estímulos condicionados a la droga de uso y a su consumo, perdiendo en los adictos la capacidad inicial del estímulo para provocar una respuesta emocional. Los estímulos afectivos cotidianos, incluyendo los de contenido sexual, son menos atractivos y provocan bajos niveles de activación, existiendo entonces una devaluación de los reforzadores naturales. Probablemente, debido a que la principal labor sea generar la elicitación del deseo por la droga, a través de la sola presencia del estímulo ahora condicionado.

Aguilar et al. (2008) también proponen que existiría una percepción de mayor control de la respuesta emocional, lo cual le permite a la persona adicta acercarse a situaciones relacionadas con el consumo con menos percepción de riesgo, lo cual ayuda a entender el alto porcentaje de recaídas, incluso tras períodos largos de abstinencia.

Existe gran variedad de modelos cognitivos con relación a la adicción. El trabajo de Alan Marlatt, sólo por reseñar uno de estos, es pionero en investigar y sistematizar los gatillantes que explicarían las dificultades para mantener la abstinencia tras un proceso de rehabilitación, volviendo a la conducta adictiva. Dicho trabajo es lo que se conoce como “prevención de recaídas”, cuyas bases se encuentran en la teoría del aprendizaje social, e incorpora elementos del condicionamiento clásico y operante (en Rotgers, 2004).

Marlatt (1985, en Beck, Wright, Newman y Liese, 1999) señala: “*los procesos cognitivos relacionados con las adicciones que reflejan los modelos cognitivos son: autoeficacia, resultados esperados, atribuciones de causalidad y procesos de toma de decisiones*” (p.33). La autoeficacia es creer que las propias acciones son eficaces (Ejemplo: “*Soy capaz de dejar las drogas cuando yo quiera*”); los resultados esperados son las anticipaciones que se hacen sobre los efectos de una droga o actividad adictiva (Ejemplo: “*Tendré mejor sexo si estoy bajo los efectos de la cocaína*”); las atribuciones de causalidad se refieren al lugar (externo o interno) al cual se le atribuye el uso de la droga (Ejemplo: “*Soy alcohólico por genética*”); por último, el proceso de toma de decisiones refiere a cómo se van tomando decisiones (que pueden ser incluso en apariencia irrelevantes) que conducen al consumo. Por lo tanto, todos los ejemplos señalados se constituyen en claves que pasan por el filtro del pensamiento y que terminan disparando la apetencia, claramente un aspecto ya más biológico, por el consumo.

2.4 Adicción a cocaína

Una de las drogas ilegales de mayor consumo y transversal en cuanto a estratos socio económicos es el clorhidrato de cocaína, el principal alcaloide de la planta de coca. Esta droga es un estimulante del sistema nervioso central y periférico, con acción anestésica y vasoconstrictora. Usada en pequeñas cantidades, la cocaína genera una potente sensación de bienestar, euforia, y agudeza mental, incrementa el estado de alerta, especialmente las sensaciones de visión, audición y tacto, incluso pueden temporalmente decrecer las necesidades básicas como el comer o el dormir (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2010). La imagen del sí mismo se enaltece, hay omnipotencia, se genera una idea de mayor fortaleza que la real, la persona experimenta un subjetivo incremento de todas las sensaciones placenteras normales.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 1995), se habla de “Trastornos por Uso de Cocaína”, lo que incorpora dependencia y abuso. La descripción de dependencia hace alusión a los potentes efectos eufóricos y al signo inicial de la dependencia, que sería la dificultad de resistirse al consumo cuando se dispone de la sustancia. La vida media de la cocaína es corta, por tanto, para mantener los efectos euforizantes es necesario administrar dosis frecuentemente. Esta definición carece de acuerdo en la actualidad, ya que la cocaína no produce el síndrome de abstinencia característico asociado al cese de consumo, por ende, técnicamente no nos enfrentamos a la “dependencia”, sino a la “adicción” a cocaína.

Aun cuando la cocaína no tiene un impacto directo específico en el ciclo de la respuesta sexual, la sensación de bienestar que se obtiene tras el consumo, podría intensificar, activar o mejorar las sensaciones de la sexualidad. (McKay, 2005). Otras investigaciones señalan opiniones distintas respecto del impacto de la cocaína en la sexualidad, por ejemplo, una investigación de Brown et al. (2005), quienes por autoreporte indagan en las asociaciones de los usuarios entre uso de sustancias y sexo, encontraron que en el grupo de quienes consumen cocaína se dan prioritariamente asociaciones negativas entre droga y sexo, a diferencia de quienes usan metanfetaminas, quienes si reportaron fuertes asociaciones positivas.

Con respecto a los efectos agudos de la cocaína, muchos consumidores nuevos o infrecuentes reportan que la cocaína tendría cualidades afrodisiacas. Hay reportes sobre inducción de erecciones espontáneas y eyaculación sin estimulación genital y que facilita múltiples orgasmos en algunos usuarios (Buffum, 1982, en Belenko y Peugh, 2001).

En relación a los efectos del uso crónico, según Belenko y Peugh (2001) los consumidores habituales reportan que la cocaína reduce o bien no impacta el deseo o función sexual. Entre los hombres, el uso crónico puede generar problemas en lograr o

bien mantener una erección y en eyacular, lo cual puede persistir incluso luego de que haya cesado el consumo. La investigación entonces sugiere ambas cosas, que puede aumentar la excitación, pero que al mismo tiempo se asocia a disfunción sexual y puede provocar eyaculación prematura o retardada. El artículo plantea que los descubrimientos contradictorios se pueden deber, entre otros aspectos, a la línea base del funcionamiento sexual, y posteriormente se reconoce que no se consideraron las condiciones previas al consumo.

2.4.1 Craving

El deseo por consumir es un estado psicobiológico de tiempo limitado e intensidad variable que se acompaña de síntomas mentales y físicos (Acuña, Feuchtmann, Muñoz, Quijada y Spies, 2011). A estos deseos intensos se le suele llamar por su nombre en inglés: craving, lo cual es el estado de apetencia de una sustancia o deseo irrefrenable de consumir la droga y es considerado como una de las características nucleares del desorden por uso de sustancias (Kavanagh y Connor, 2013).

Beck et al. (1999) señala que el craving aparece en situaciones específicas y se activa en apariencia como una reacción refleja al estímulo, sin embargo, no sería la situación en si misma lo que detona el deseo o craving, sino más bien la creencia que está instalada a la droga, además del pensamiento automático que se deriva de la creencia, lo cual está justamente a medio camino entre el estímulo y el deseo. La rapidez del proceso sería lo que hace pensar en que hay un reflejo condicionado, pero más bien existiría una cadena de acontecimientos. Esta postura, ha sido fuente de discusión debido a que las señales internas como ambientales si serían críticas para gatillar el craving, siendo los recursos del sujeto la clave a la hora de controlar o no el deseo, ya sea por las ideas que se tenga de la cocaína así como de la enfermedad respecto al consumo de esta última, lo cual puede encausar hacia una caída o hacia la conservación de la abstinencia. En esta línea, el NIDA (2010) señala como durante

períodos de abstinencia, la memoria de la experiencia con cocaína o la exposición a las claves asociadas a la droga de uso, pueden gatillar el craving y con ello la caída hacia un nuevo consumo de la droga.

El craving es un concepto que en el español ha sido traducido de múltiples maneras: ansia, sed, reconcomio, deseo, pudiendo ser “ansia/impulso” la mejor traducción del concepto de craving a nuestro idioma (Dr. Juan Manuel Pérez, 2012, Com. Pers.⁵).

2.5 Sexualidad

La forma de concebir la sexualidad se ha ido transformando fuertemente con el tiempo, siendo además un concepto que ha tratado de ser explicado desde diversas disciplinas, y aun así es muy difícil de precisar. Además, existen conceptos afines, que también poseen diversas definiciones, dependiendo de la epistemología a la base.

Pareciera existir relativo acuerdo en la actualidad que la sexualidad es un fenómeno multidimensional, que varía en las culturas y que depende del contexto socio - histórico en que se desarrolle. Por ejemplo, luego de los años 70 es la lógica constructivista de la sexualidad la mirada que se instala con fuerza, dejando de lado la dicotomización inicial proveniente de la tradición esencialista (donde el modelo médico era el paradigma) sobre lo normal y lo patológico, hacia un paradigma de construcción social donde prima el concepto de “diversidad sexual”. Por ende, la respuesta sexual es multifacética y subjetiva a una amplia gama de factores biológicos, psicológicos, contextuales e interpersonales (Basson, 2004, en McKay, 2005).

⁵ Psiquiatra Especialista en Adicciones. Departamento de Psiquiatría Campus Sur. Universidad de Chile. Entrevista realizada con fecha 24 de abril del 2012.

Valdés et al. (1999, en Valdés y Guajardo, 2007) generan una definición bastante integral sobre el concepto de sexualidad, en la cual señalan que es básicamente “*un concepto comprensivo, que incluye la capacidad física para la excitación y el placer (libido), como los significados personales y socialmente compartidos relacionados con el comportamiento y con la formación de las identidades sexuales y de género*”.

Como señala Barra (2002) “*la sexualidad entendida en un sentido amplio va a constituir un aspecto central de nuestra identidad y de nuestro bienestar psicológico*”, además menciona que desde un punto de vista individual, la satisfacción que posea un sujeto con su sexualidad tendrá una importante relación con su autoestima y su modo de vincularse al mundo y a las personas, aunque un bajo nivel de satisfacción no quiere decir exactamente lo contrario, si se cuenta con maneras de compensar dicha merma.

Barra, en su libro “*Psicología de la Sexualidad*” (2002) realiza una exhaustiva revisión de los modelos teóricos psicológicos, sociológicos y socio biológicos del comportamiento sexual. En esta investigación nos detendremos en el enfoque del aprendizaje, enfoque cognitivo y un modelo específico relacionado a ambos enfoques.

Enfoque del Aprendizaje: Gran parte de la conducta sexual humana es aprendida, siendo el condicionamiento clásico lo que ayuda a explicar el por qué determinados estímulos pueden llegar a tener un significado erótico y generar excitación, mientras el condicionamiento instrumental explica cómo la excitación y el orgasmo se constituyen en refuerzos primarios que fortalecen cualquier patrón de conducta.

Enfoques Cognitivos: Señalan que la forma en que percibimos, etiquetamos y evaluamos un determinado evento sexual determinará las reacciones emocionales hacia ese evento y probablemente hacia otros elementos también relacionados.

Modelo Cognitivo de Abramson: Se plantea como principales determinantes de la expresión sexual las estructuras cognitivas de cada individuo. Existirían cuatro fases: los factores de entrada (estándares parentales, normas sociales, maduración y experiencia sexual previa); la estructura cognitiva mediadora (producto de la interacción de las experiencias anteriores); las claves o estímulos sexuales y la salida o expresión sexual. Este modelo se basa en dos supuestos, se asume que aprendemos de la experiencia pasada y por tanto los principios del aprendizaje son aplicados a la conducta sexual como a cualquier otra, y segundo, que las cogniciones en torno a la sexualidad poseen un rol mediador central en las respuestas sexuales, siendo resultado de un pensamiento racional y no de manera instintiva (Barra, 2002).

2.6 Cruce de Sexualidad y Drogas

La respuesta sexual de un ser humano es compleja por sí sola, por tanto, si a ello sumamos el uso de sustancias, su combinación es doblemente compleja. Además, hay que considerar que una misma droga puede tener distintos efectos con relación a la sexualidad en distintas personas, por las diferencias individuales.

Muchos estudios han encontrado una asociación entre alteración de la respuesta sexual y consumo de drogas (Vallejo, Guillén y Sierra, 2010), pero el impacto de sustancias específicas en fases específicas de la respuesta humana sexual no ha sido directamente examinada en la literatura científica (McKay, 2005).

De la droga que más se sabe sobre cómo impacta la sexualidad es el alcohol. Simultáneamente el alcohol ha sido asociado con la facilitación de la conducta sexual y el deseo, y en la contraparte como un atentado a la potencia y habilidad sexual. Claramente las variaciones de sus efectos dependen de la frecuencia y por sobre todo la cantidad que se ingiera. El alcohol, al ser un depresor del sistema nervioso central,

contribuye directa o indirectamente a la disfunción eréctil, disminuye las secreciones vaginales y reduce la respuesta sexual, entre otras (Pinger et al., 1998, en Belenko y Peugh, 2001).

En cuanto a los psicoestimulantes, éstos poseen un perfil farmacológico con características tales como desinhibir la conducta y aumentar la respuesta sexual. Hay investigaciones que señalan que las repercusiones en la sexualidad varían considerablemente entre un psicoestimulante y otro, es decir, a pesar de generar un efecto similar a nivel de sistema nervioso, las asociaciones que las personas establecen entre droga y sexo varían considerablemente.

Investigaciones sugieren que las atribuciones a la cocaína y a las metanfetaminas son bastante opuestas: un estudio realizado por Brown et al. (2005), plantea que en el caso de las metanfetaminas, hay mayor cantidad de atribuciones positivas entre droga y sexo (existiría un aumento de pensamiento y actividad sexual), no así en el caso de la cocaína, donde las asociaciones son primariamente negativas y más aún en el caso de las mujeres. Por otro lado, nos encontramos con una investigación de Washton y Zweben (2009), donde equiparan el efecto de la cocaína y la metanfetamina, señalando que ambas están fuertemente ligadas al sexo, y que los usuarios hombres reportan aumento de libido y disminución de las inhibiciones sexuales. Ambas drogas, como psicoestimulantes, abrirían las posibilidades a verse envueltos en situaciones sexuales en las cuales no se involucrarían sin el efecto de la sustancia, como por ejemplo fantasías y conductas homosexuales en hombres heterosexuales.

Otra investigación, realizada el año 2008 por Calafat, Juan, Becoña y Mantecón, en que entrevistaron a jóvenes españoles para conocer qué drogas prefieren usar para las relaciones sexuales en contextos recreativos, concluyen que el alcohol es la droga más popular para iniciar encuentros sexuales, para alcanzar experiencias inusuales y aumentar el deseo, mientras que la cocaína sólo era preferida en caso de querer

prolongar el acto sexual. En general, para todos los entrevistados la relación existente entre sexualidad y drogas es estrecha y evidente, además la gente que usa drogas en contextos sexuales admiten que lo hacen para mejorar su funcionamiento sexual (Calafat et al., 2008).

El goce y el placer sexual son altamente subjetivos y por ende muy propensos de ser influenciados por los agentes psicoactivos de las drogas recreacionales, pero en términos estrictos, las drogas recreacionales no poseen como objetivo el aumentar la excitación o el orgasmo como si lo hacen otras drogas, por ejemplo el Viagra (Mc Kay, 2005).

2.6.1 Cruce de Sexualidad y Cocaína

Con relación a cómo afecta la cocaína a la conducta sexual, no hay conclusiones unívocas. Los descubrimientos sobre los efectos de la cocaína en la sexualidad son ambiguos, lo cual puede deberse a la dosis, vías de administración, los efectos de las impurezas o bien de otras sustancias mezcladas con la cocaína (Buffum, Moser y Smith, 1988, en Belenko y Peugh, 2001). A estos se podría sumar además, la cronicidad del uso, los antecedentes premórbidos de la sexualidad, y otros problemas de salud.

Al ser un estimulante, ésta es rápidamente asociada a un aumento en la excitación, deseo, tiempo de resistencia, rendimiento, goce, etc., sin embargo, existe una línea creciente de investigación que sostiene que la cocaína más bien genera una sexualidad disruptiva y no sólo en pacientes crónicos (Kopetz et al., 2010). De acuerdo con una investigación de Calsyn et al. (2010), serían muchos los estudios que citan a los estimulantes como las drogas con la asociación más fuerte con las “mejoras” en la sexualidad, siendo la cocaína la droga favorita para aumentar el placer sexual.

Los consumidores de cocaína que están iniciando consumo o bien lo realizan de manera infrecuente, señalan que posee cualidades positivas frente a la sexualidad, en cambio en el uso crónico hay relativo acuerdo en que daña el funcionamiento sexual, reduciendo el deseo y el rendimiento, independientemente a si en etapas iniciales del uso los aumentó. (Washton y Zweben, 2009). El uso prolongado genera problemas en lograr o mantener la erección y la eyaculación, lo cual puede persistir incluso tras un tiempo sostenido de abstinencia. (Gold, 1997, en Belenko y Peugh, 2001).

En términos generales, lo que la literatura sugiere es que la facilitación de la conducta sexual por efecto farmacológico directo de la cocaína es bastante limitado y es debido a esa evidencia que surge la pregunta sobre por qué y cómo el uso de la cocaína está asociado a la alta frecuencia de sexualidad, a pesar de los efectos perjudiciales en el deseo y el rendimiento (Kopetz et al., 2010).

2.6.2 Sexualidad, Cocaína y Género

Brown et al. (2005) señalan que el cómo afecta la droga a la conducta sexual no puede sino ser especificando la droga y el género. De acuerdo con estos investigadores, la experiencia clínica no sugiere una conexión entre sexo y cocaína en las mujeres, e incluso en el autoreporte son las mujeres consumidoras de cocaína donde los efectos negativos se consignan con mayor fuerza en la experiencia de vincular la droga y el sexo, a diferencia de la fuerte asociación que si existe en los hombres. En la contraparte, en el estudio realizado por Calafat et al. (2008) se señala que la cocaína es valorada muy positivamente sobre todo por y para las mujeres.

Por otro lado, existen investigaciones tales como la de Kopetz et al. (2010), donde consideran que el género no tiene efectos en los resultados de las variables y por ello incluso es excluido del análisis, siendo que las variables de interés son las relacionadas

con indagar deseo sexual y rendimiento, el si se privilegia el estar solo u acompañado y el tipo de contexto social en el cual la droga es típicamente usada.

En la revisión sobre sexualidad, no hay duda sobre las evidentes diferencias de género en conductas sexuales específicas y diversas actitudes sexuales, existiendo múltiples explicaciones teóricas que lo evidencian (Barra, 2002).

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

- Explorar la sexualidad de pacientes adictos a cocaína y analizar desde la Teoría Cognitiva la información emergente con el fin de aportar al conocimiento con relación a este tema.

3.2 Objetivos Específicos:

- Determinar características de la sexualidad previa a la adicción de los pacientes en rehabilitación por cocaína.
- Identificar los esquemas cognitivos subyacentes más comunes en pacientes adictos a cocaína.
- Identificar las atribuciones hacia la cocaína antes de experimentar su uso en la sexualidad.
- Conocer las atribuciones asociadas a la cocaína en la sexualidad en etapa de consumo social.
- Conocer las atribuciones asociadas a la cocaína en la sexualidad en etapa de abuso.
- Conocer las atribuciones asociadas a la cocaína en la sexualidad en etapa de adicción.
- Identificar los pensamientos automáticos que emergen en los pacientes adictos a cocaína durante la experiencia sexual bajo los efectos de la sustancia.

- Determinar la asociabilidad existente entre consumo de cocaína y sexualidad.
- Establecer características de la sexualidad en etapa de abstinencia a la cocaína.
- Determinar en qué etapa del consumo emerge la hipersexualidad.
- Sistematizar la información emergente a modo de complementar el conocimiento existente con relación al tema.

IV. METODO

4.1 Tipo de Estudio

La investigación realizada constituye un estudio *de Enfoque Mixto*, de alcance *Descriptivo*, en tanto pretende describir o mostrar el funcionamiento del área sexual en pacientes adictos a cocaína.

De manera preponderante se empleó un *Método Cualitativo*, ya que consistió en una investigación que generó datos descriptivos a través de las palabras habladas de las personas (Taylor y Bogdan, 1987), con la finalidad de analizar con detalle y profundidad la información recopilada y así poder comprender el fenómeno de estudio (Lucca y Berrios, 2003).

De forma complementaria en esta investigación se utilizó un *Estudio Cuantitativo* (Montero y León, 2007), dado que se exponen datos empíricos originales, relacionados con el Cuestionario de Esquemas de Young (Cid y Torrubia, 2002).

4.2 Diseño de investigación

El estudio contempla una integración de dos diseños de investigación, siendo el enfoque cualitativo de primer orden, mientras que la parte cuantitativa es de segundo orden y por ende complementario en el desarrollo de los análisis.

En la parte cualitativa se trabajó desde un *Diseño de Narrativas* más específicamente el de Tópicos. Este diseño apunta a recolectar datos sobre las historias de vida y experiencias de ciertas personas para describirlas y analizarlas, donde resultan de interés las personas en sí mismas y su entorno, incluyendo por supuesto a otras

personas El diseño narrativo es tanto un esquema de investigación como una forma de intervención, ya que el contar una historia ayuda a procesar aspectos o situaciones que no estaban claras o conscientes. Con este diseño se recolectó la información sobre la experiencia de personas adictas a cocaína (que se encontraban en abstinencia) con relación a su sexualidad (Wenk, 2011).

La parte cuantitativa de la investigación constituye un diseño no experimental ex post facto, debido a que el estudio se realizó una vez ocurrido el fenómeno investigado (León y Montero, 1997), para lo cual se aplicó un instrumento psicométrico.

4.3 Descripción de Población y Muestra

La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico ya que supone un procedimiento de selección de sujetos con un carácter informal y arbitrario (Hernández, Fernández y Baptista, 2001), e intencionado en la medida que se realizó una selección a propósito (León y Montero, 1997) con la finalidad de que los participantes cumplan con requisitos tales como: ser varones mayores de edad con residencia en la Región Metropolitana, que poseyeran el diagnóstico de adicción a cocaína como sustancia única o bien como sustancia principal, que se encontraran en proceso de rehabilitación, que tuviesen al menos un mes de abstinencia de la sustancia y sin comorbilidad psiquiátrica grave.

La muestra quedó constituida por doce hombres, once de los cuales son heterosexuales y uno de ellos se autodefine como bisexual, las edades fluctúan entre los 24 y los 55 años. Con respecto a la escolaridad, existe un sujeto que tiene sólo sexto básico rendido, mientras que la mayor escolaridad es la universitaria completa en tres entrevistados.

En cuanto a la comorbilidad psiquiátrica, se señala el diagnóstico de Eje I con el que contaban dichos pacientes según el psiquiatra tratante en el momento en el que fue evaluado, el diagnóstico más recurrente es el déficit atencional residual del adulto, mientras que en cinco entrevistados se señala ausencia de diagnóstico y sólo en un caso se desconoce comorbilidad por considerarse en estudio. El tiempo de abstinencia varía desde un mes, mientras que el mayor tiempo de abstinencia de cocaína es de dos años.

El tamaño muestral quedó determinado por saturación conceptual, vale decir, cuando la información que se entregó se tornó redundante y no se obtuvo información novedosa de parte de los nuevos entrevistados.

Se cuenta finalmente con doce entrevistas, pero sólo diez cuestionarios de esquemas, ya que en dos casos no fueron devueltos.

4.4 Instrumentos de recolección de información

4.4.1 Entrevista Semi Estructurada en Profundidad

Como instrumento de recogida de datos en la parte cualitativa se utilizó una *entrevista en profundidad* guiada por temas, ya que permite la recopilación de información detallada en donde el entrevistado expresa oralmente información relacionada con un tema específico asociado a un evento ocurrido en su vida. Se eligió una pauta semi estructurada con preguntas abiertas, por la posibilidad que entrega este diseño de explorar experiencias subjetivas y vivencias personales, ante un evento que ya no está disponible para ser observado, por lo que se recurre al recuento oral (Lucca y Berrios, 2003), lo que es posible de ser analizado posteriormente desde la teoría cognitiva. La recolección de información se llevó a cabo utilizando como base el siguiente temario:

- Características de la sexualidad previa al inicio de consumo de cocaína.
- Expectativas con relación al uso de cocaína durante el acto sexual, en etapa previa a consumo activo de cocaína.
- Atribuciones hacia la cocaína en la sexualidad durante consumo social.
- Atribuciones hacia la cocaína en la sexualidad durante la etapa de abuso.
- Atribuciones hacia la cocaína en la sexualidad durante la etapa de adicción.
- Atribuciones hacia la cocaína en la sexualidad en etapa de abstinencia de la sustancia.

Debido al conocimiento existente sobre los cambios en el cerebro y en las funciones psicológicas que acompañan la transición desde el consumo social hasta la adicción (Berridge y Robinson, 2003) es que previo a indagar en los temas referentes a la hipersexualidad (tema que pretendía no sólo conocer si era una experiencia vivida por el entrevistado, sino que también implicaba ubicarla en una etapa del consumo) y a los efectos percibidos en la sexualidad en las etapas de consumo social, abuso y adicción a cocaína, es que se realizaba en conjunto con el entrevistado un intento por diferenciar estas últimas etapas mencionadas. Se intentó explicar teóricamente el avance desde el consumo social hasta la adicción, con etapa intermedia de abuso, a modo de tener un lenguaje común y de identificar los tiempos en que aproximadamente cada uno de ellos habría estado en cada etapa. Aun cuando esta clarificación puede resultar insuficiente para lograr real exhaustividad, pretendió un acercamiento más discriminatorio en lo que a momentos de consumo se refiere. En algunos casos incluso se dibujó en conjunto con el entrevistado una línea de tiempo, donde se les mostró gráficamente la transición de sus primeros consumos, el avance hacia el abuso y luego la adicción, así se intentó fomentar un recuerdo diferenciado sobre las percepciones.

4.4.2 Cuestionario de Esquemas Cognitivos

Respecto a la parte cuantitativa, se escogió el “*Cuestionario de Esquemas Cognitivos*”, cuyo nombre original es “Young Schema Questionnaire Long Form -Second Edition”, y fue publicado en la tercera edición del libro *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach* de Young (1999), desarrollado por Young y Brown en 1990.

La elección de este cuestionario es debido a que el concepto de esquema es central en la terapia cognitiva, siendo muy investigado y reconocido tanto en la conceptualización como en la intervención clínica cognitiva (Riso, 2009). Este instrumento indaga en los esquemas tempranos desadaptativos que pueden estar a la base de múltiples trastornos, incluyendo las adicciones. En estos momentos se encuentra en proceso de adaptación en Chile a cargo del Dr. Quiñones, por lo que se utilizó la versión española desarrollada por J. Cid en la Universidad de Barcelona.

Este instrumento consta de 205 ítems, que permiten evaluar el predominio de distintos esquemas cognitivos en una persona, 9 ítems evalúan el esquema de Deprivación Emocional, 18 ítems el de Abandono, 17 Desconfianza/Abuso, 10 Aislamiento Social, 15 Defectuosidad/Vergüenza, 9 Indeseabilidad Social, 9 Fracaso en Logros, 15 Dependencia Funcional / Incompetencia, 14 Vulnerabilidad a Daño y Enfermedad, 11 Aglutinamiento/Sobreinvolucración, 10 Subyugación, 17 Autosacrificio, 9 Inhibición Emocional, 16 Estándares Inflexibles, 11 Merecimiento y 15 Insuficiente Autocontrol/Autodisciplina.

La puntuación de estos esquemas se realiza a partir de una escala Likert de seis puntos, en donde 1 indica “Completamente falsa en mí”, y el 6 “Me describe perfectamente”. Los resultados se obtienen calculando el promedio de los puntajes

asignados a cada ítem de cada esquema cognitivo. La aplicación es autoadministrada y toma aproximadamente 40 minutos el responderlo.

El cuestionario en español ha mostrado buena fiabilidad, con coeficientes alpha entre .70 y .90 (Cid y Torrubia, 2002).

4.5 Procedimientos seguidos en la Investigación

Se tomó contacto directo con los directores de dos centros de tratamiento en adicciones, a modo de explicitar la intención de la investigación y así acceder a los usuarios. Ambos directores aceptaron la realización del estudio.

A todos los potenciales entrevistados se les explicó verbalmente las características del estudio y en esa misma instancia se les entregó el consentimiento informado (ver anexo 1). Todos quienes fueron contactados accedieron a participar de manera voluntaria, y a que su entrevista fuese grabada en audio. Se aseguró anonimato y se les reafirmó la posibilidad de no contestar o bien finalizar anticipadamente una entrevista, lo cual no sucedió en ninguna ocasión.

El trabajo de entrevistas se realizó entre agosto del 2012 y marzo del 2013, las cuales se llevaron a cabo en los mismos centros de tratamiento, en box facilitado para dicho cometido. La duración de las entrevistas fue entre treinta minutos, la más breve, y una hora con diez minutos la más extensa, dependiendo del tiempo que cada evaluado demorase en exponer sus opiniones o fundamentos frente a las temáticas que se les planteaban.

Una vez finalizada la entrevista, se les entregó a los mismos participantes el Cuestionario de Esquemas de Young, para que fuese contestado por ellos,

solicitándoles que sean devueltos a sus terapeutas encargados y fuesen ellos quienes los remitiesen a la investigadora.

Posteriormente se escucharon las entrevistas, las cuales fueron fielmente transcritas a modo de poder realizar el análisis de la información, mientras que con la información obtenida de los cuestionarios se construyó una base de datos.

Con tres evaluados se realizó el proceso de “member checking”, entregándoles una copia de su entrevista a modo de que pudiesen leer y corroborar que el contenido se ajustaba a cabalidad a lo señalado por ellos.

4.6 Procesamiento de la información

4.6.1 Análisis Cualitativo

Hay dos vías de análisis, se realiza un análisis por temática a modo de comentar ideas preponderantes, y también se escoge un análisis de trayectoria intrasujeto en los entrevistados que resultan más significativos para ejemplificar los caminos recorridos.

A partir de los temas: Percepción de la sexualidad previa a la adicción, Atribuciones hacia la cocaína antes de experimentar su uso en la sexualidad, Pensamientos automáticos, Hipersexualidad, Percepción sobre las primeras experiencias sexuales con cocaína, Percepción del abuso de cocaína sobre la sexualidad, Percepción del impacto de la adicción a cocaína en la sexualidad y Percepción de cambios en la sexualidad una vez iniciada la abstinencia de cocaína, se realizó una descripción de las unidades de significado obtenidas para cada tema, las cuales se categorizaron y se ejemplificaron mediante extractos de las entrevistas.

4.6.2 Análisis Cuantitativo

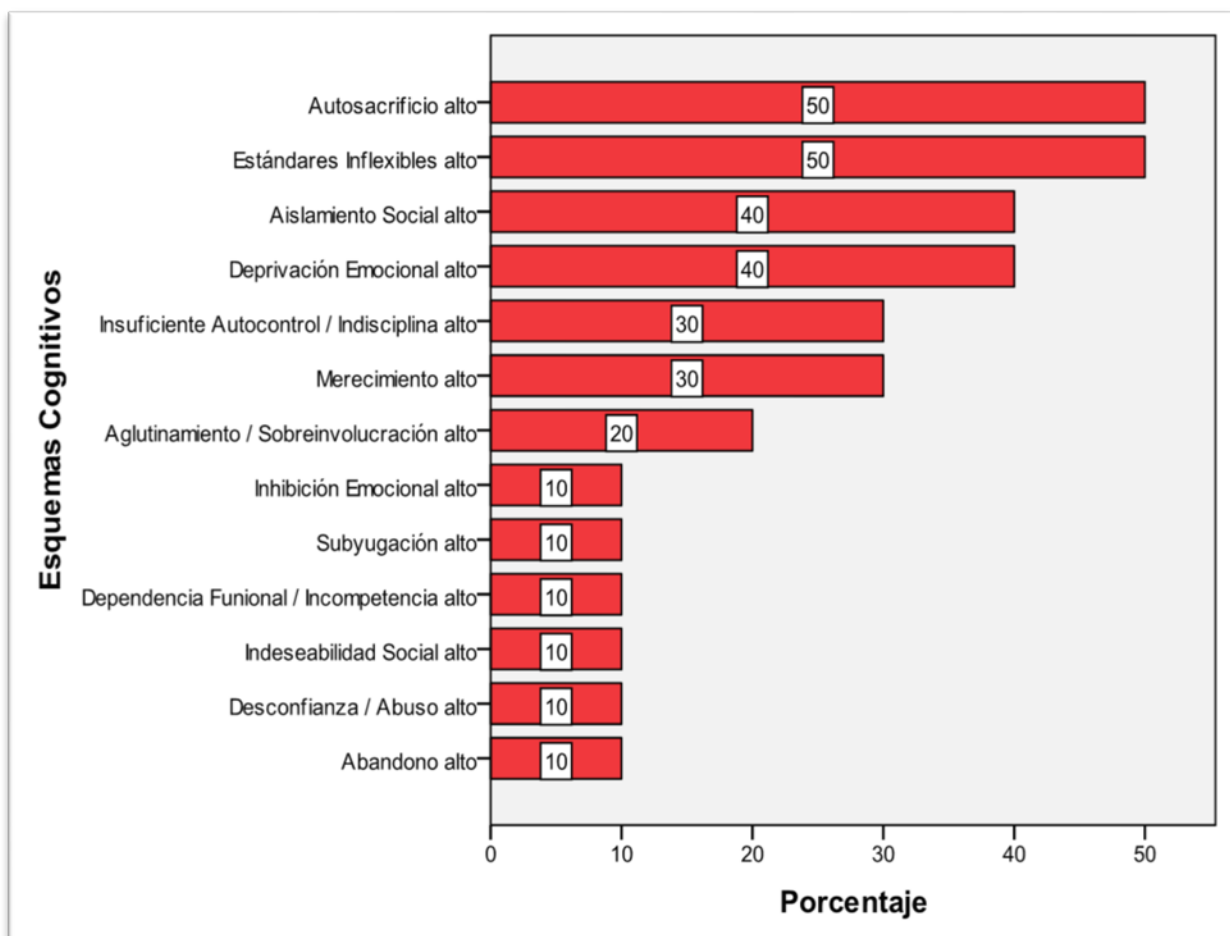
Para el análisis de la información cuantitativa, se calcularon los puntajes obtenidos para cada escala del cuestionario de cada participante y se trabajó con los esquemas cognitivos que puntuaban más alto para determinar la mayor frecuencia de aparición de estos. En algunos casos se vincularon datos obtenidos del cuestionario con información proveniente de las entrevistas.

El análisis de los resultados cuantitativos se efectuó utilizando el software estadístico SPSS, versión 18.0, con el que se realizaron análisis de frecuencias, además de construir tablas personalizadas y diagramas de barras.

V. ANALISIS DE RESULTADOS

5.1 Resultados Cuantitativos: Esquemas Cognitivos

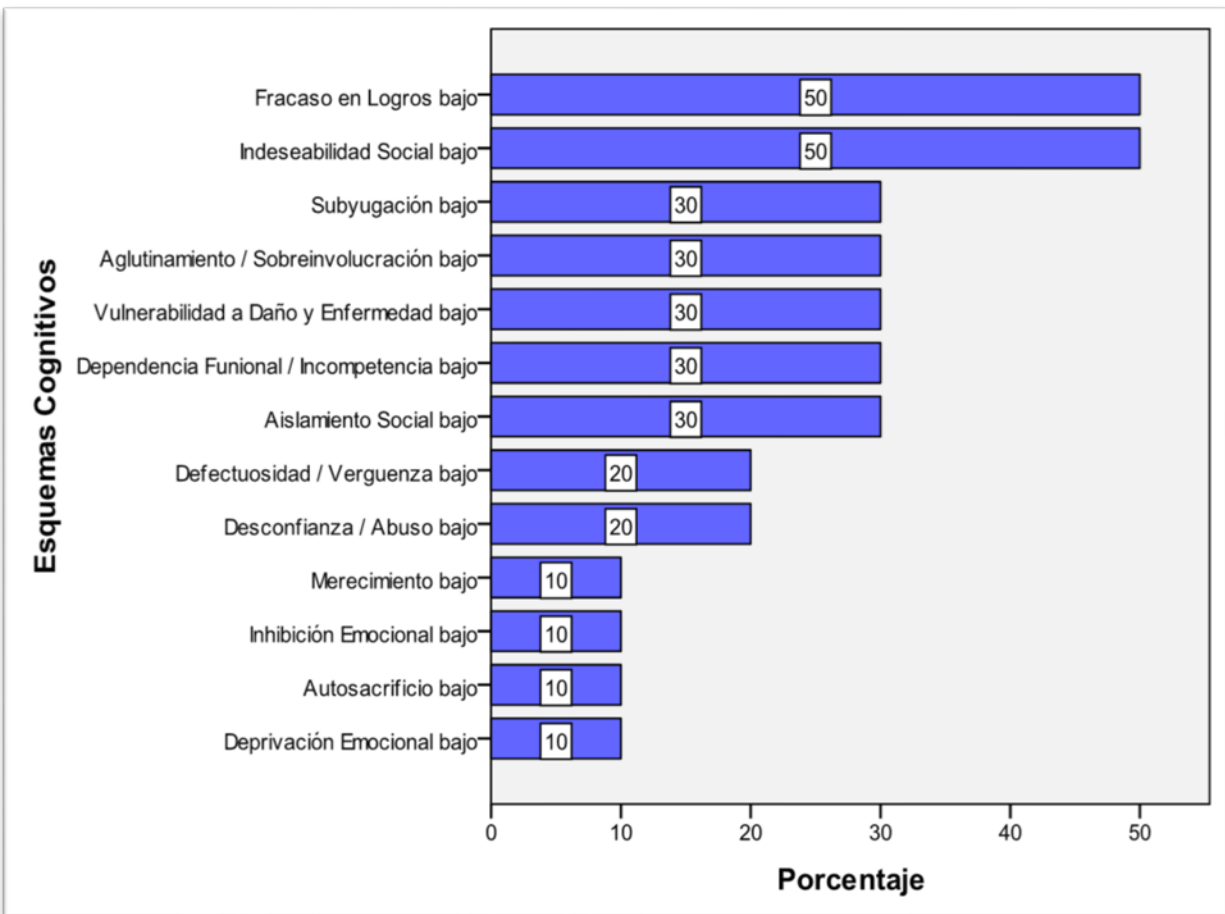
Figura N°1: Diagrama de Barras
Porcentajes Puntajes Altos por Esquema Cognitivo



En la Figura N°1 se observan los porcentajes de los esquemas cognitivos con los puntajes más altos que obtuvieron los participantes en el Cuestionario de Esquemas Cognitivos. El diagrama indica que el 50% puntuó más alto en Autosacrificio y

Estándares Inflexibles, así como el 40% presentó Aislamiento Social y Deprivación Emocional dentro de sus principales esquemas cognitivos. Ninguno de los entrevistados presentó Defectuosidad / Vergüenza, Fracaso en Logros, Vulnerabilidad al Daño y Enfermedad dentro de sus esquemas más significativos.

Figura N°2: Diagrama de Barras
Porcentajes Puntajes Bajos por Esquema Cognitivo



En la Figura N°2 se muestran los porcentajes de los esquemas cognitivos con los puntajes más bajos de los entrevistados tras la aplicación del Cuestionario de Esquemas Cognitivos. En el diagrama se observa que el 50% puntuó más bajo en

Fracaso en Logros e Indeseabilidad Social. Ninguno de los participantes presentó Abandono, Estándares Inflexibles e Insuficiente Autocontrol / Indisciplina dentro de sus esquemas menos significativos.

5.1 Resultados Cualitativos por Temas

5.1.1 Percepción de la Sexualidad previa a la Adicción

Del total de los entrevistados, hay dos que señalan no haber tenido la experiencia de sexo sin drogas, debido a que el inicio del consumo de cocaína precedió a su inicio de actividad sexual.

De acuerdo a las respuestas obtenidas con relación a la percepción sobre la sexualidad previa al consumo de cocaína, en sólo un entrevistado nos encontramos con la impresión de una sexualidad "*Normal*" (E.4) y que espontáneamente señala habría sido similar antes y después de su adicción.

Un número importante de entrevistados genera respuestas que hacen fuerte hincapié en lo positivo de sus experiencias sexuales previo al consumo de sustancias, y algunos de ellos lo asocian a ser deportistas "*Harta y mejor. Sin reparos, caliente, con la maldad de buscar más*" (E.1), "*Óptima*" (E.6), "*Muy activa... bastante buena*" (E.8), "*Lo disfrutaba 100%...mucho deseo*" (E.9).

Otra cantidad importante de entrevistados relativiza lo "normal o sano", develando un área de insatisfacción, en algunos de ellos el patrón común es la eyaculación precoz, algunas viñetas que señalan esta idea: "*Normal entre paréntesis porque era un eyaculador precoz*" (E.5), "*Buena, satisfactoria...pero con la sensación de durar poco,*

pero creo era psicológico” (E.7). “Relativamente sana, pero un poco insatisfecha...potencia normal...pero si una eyaculación precoz” (E.2).

Solo un entrevistado señala abiertamente una frontal disconformidad con la sexualidad previa al consumo de sustancias, pero paradójicamente se autodefine como adicto al sexo, por la promiscuidad a causa de un deseo muy exaltado, *“Malas experiencias... relaciones vainilla... me dediqué a buscar situaciones prohibidas porque eso me provocaba morbo” (E.2).*

5.2.2 Atribuciones hacia la Cocaína antes de Experimentar su Uso en la Sexualidad

En la mitad de los entrevistados no hay una articulación verbal explícita sobre la expectativa de vincular la cocaína con la sexualidad, pero en dos de ellos se logra desprender a partir de imágenes de películas que ellos recuerdan, sobre las cuales se les pidió pudiesen interpretar o asociar cual habría sido el contenido subliminal que les entregó dicha escena, ya que antecede temporalmente al inicio del consumo. *“Me acuerdo de una película que vi cuando chico, que un huevón consume cocaína y después tira, y me quedó esa imagen siempre dándome vueltas...como la tentación, lo prohibido, como que puede ser más rico, como lo malo...Con todas las drogas tenía expectativas positivas, de que iba a ser distinto...de que me iba a poner más salvaje...te envalentona, como más porno...Había escuchado que uno dura más...un huevón dijo que le había metido una pelotita de cocaína a un condón, y como que se le había adormecido un poco y había tenido una performance buena...” (E.1).*

El otro entrevistado recuerda que fue la película ‘Bajos Instintos’ la que le provee la imagen, ante la cual señala: *“en un momento la protagonista le pregunta al detective si había tenido sexo con coca, y él sonrío diciendo que sí, y me quedé metido, ¿Por qué*

dijeron eso?...” su interpretación es que ello sugería que tal mezcla era “...como algo perverso pero entretenido, secreto y deseable” (E.2).

En el resto de los entrevistados se logra pesquisar con más facilidad las expectativas individuales, las cuales tienen relación con lograr mayor duración en el acto sexual, develando en estas expectativas motivaciones explícitas para iniciar un posterior consumo. Las viñetas siguientes describen las expectativas con relación a la duración: *”La información que yo tenía era que en un principio te proveía una duración más larga” (E.4), “Me enganchó porque quería durar más” (E.7), “Me habían comentado que con la cocaína, si uno se echaba en la punta del pene tenías una erección más prolongada o durabas más en la cama...eran rumores de calle, o que si uno consumía cocaína, eso yo lo escuché...pero la cosa no era así” (E.8), “Empecé para durar más porque eso si lo había escuchado...pero no había escuchado la otra parte, de que no iba a tener erección...¡Y fue así!...funcionó, pero el costo fue alto porque duró poco...” (E.9), “Que te ayudaba a la erección y a no terminar en las relaciones” (E.10).*

De acuerdo a los resultados encontrados a partir de las entrevistas, se visualizan sólo expectativas positivas con relación al uso de cocaína en la sexualidad, o bien no las había de manera consciente, pero no existe ningún caso donde existiese una expectativa negativa de la combinación entre cocaína y sexo.

5.2.3 Pensamientos Automáticos

La mayoría de los entrevistados frente a este tema señala que el pensamiento se suspende o derechamente que no piensan, y que ese efecto fue justamente de los más buscados, deseados y valorados. Las siguientes viñetas describen esta idea: *“No pensaba, el pensamiento racional se suspende, uno se conecta con la animalidad, me conectaba con el sexo en sí” (E.2), “Desconexión emocional, desconexión de todo”*

(E.3), *“Desconectado racionalmente...como desatado, ni siquiera pensaba...fuera de lo normal”* (E.12).

Los únicos pensamientos automáticos que si se logran pesquisar con relativa facilidad son los referentes a una visión idealizada del sí mismo en lo sexual, por ejemplo: *“Voy a ser un toro”* (E.1), *“Eres una maquina”* (E.7), *“Pensaba en lo mucho que rendía...la certeza de que iba a durar más porque había consumido cocaína”* (E.8).

5.2.4 Hipersexualidad

A todos los entrevistados el concepto de hipersexualidad les hace sentido. Ninguno de ellos lo había escuchado y varios explicitan con ímpetu el acuerdo con dicha forma de nombrar el fenómeno. *“La cocaína como que te aviva el morbo, te deja más prendido, te dan más ganas de tener relaciones, pero fuertes...es más eléctrico, como que te potencia... aumento en el deseo y en el placer”* (E.3), *“Puedo estar masturbándome toda la noche si me dan cocaína”* (E.5), *“Te produce euforia, tenías más ideas, te pasas más rollos, a mí me hacía durar más... hacer cosas que sin cocaína no las hubiese hecho tan fácilmente, como acostarse con dos mujeres...apertura de mente...euforia...aumento de deseo”* (E.6), *“Activa 100% el área sexual, no hay duda en eso, me compraba una película porno todos los días...iba muy de la mano...andaba como hot en el día...muchos pensamientos de sexo”* (E.7).

Con respecto a la pregunta sobre en qué etapa del consumo de cocaína (social, abuso, adicción) emerge la hipersexualidad (fenómeno que el total de los casos entrevistados tuvo la percepción de haber vivido), para un número importante de entrevistados ésta se genera en la primera etapa, es decir, el aumento en el deseo y en la actividad sexual se daría en el consumo social, mientras otros señalan que se da en la etapa de abuso. En dos casos no logran diferenciar si la hipersexualidad ocurre en la etapa de consumo social o bien en la etapa de abuso, en ambos casos refieren haber percibido la misma

intensidad de deseo sexual en los dos momentos del consumo. Por lo tanto, la mayoría de los sujetos ubica la hipersexualidad en las dos primeras etapas del camino hacia la adicción.

Hay sólo dos entrevistados que ubican la hipersexualidad en la adicción: uno de ellos es justamente quien no experimentó la combinación de consumo social y sexualidad, así como tampoco abuso y sexualidad, ya que inicia su sexualidad siendo adicto a la cocaína (E.10). En el segundo caso, el recorrido del entrevistado es distinto, ya que tiene dos períodos de adicción diferenciados por ocho años de abstinencia. Una primera etapa donde conoce la cocaína por medio de una mujer en una discoteque, es con ella y desde el segundo consumo de cocaína, que la droga y la sexualidad se alinearon, donde en tan sólo seis meses según su relato, se generó una adicción que lo llevó a un colapso en todas las áreas de su vida. Tras los ocho años de abstinencia logrados, vuelve al consumo, en esta oportunidad en contexto de matrimonio y nueva estabilidad económica, señalando que el impacto de la cocaína emerge de modo abrupto. Incorporan rápidamente nuevos elementos a modo de satisfacer el deseo que a su juicio nunca decantó, y habría sido persistente desde el consumo social hasta la adicción sin tregua alguna. Su percepción es que en la adicción el deseo no iba de la mano de su potencia física y que ello genera la integración de prácticas sexuales que nunca antes había incorporado, como la constante búsqueda de prostitutas con las cuales realizaba prácticas de ahorcamiento simulado (E.12).

5.2.5 Percepción sobre las Primeras Experiencias Sexuales con Cocaína

La mayoría de los entrevistados reportan un impacto “positivo” en la sexualidad cuando rememoran la etapa de los primeros consumos de cocaína, siendo la facilitación de la conducta sexual en los primeros usos extensiva a todos los entrevistados. Algunas viñetas describen claramente estas percepciones iniciales, *“Buenas, entretenidas... largas y creativas...abrió el abanico de posibilidades”* (E.1), *“Era placer al cubo, era*

increíble...nunca experimenté en mi vida un placer igual” (E.2), “La cocaína sirvió para desinhibirme, para lograr uso de juguetes sexuales (sexo anal) que sin la desconexión que generaba la cocaína no lo habría podido lograr” (E.3), “Fue intenso el sexo, fue bueno...nunca te ibas...las primeras veces era excelente” (E.7), “Era placentero porque yo pensaba que rendía más” (E.9), “Lo encontraba positivo, bueno, loco” (E.12).

La facilitación sexual se visualiza en los entrevistados de tres maneras distintas: unos que refieren la facilitación en un sentido amplio: *”Mujeres más asequibles porque se calientan con cocaína...cuando consumían las cabras se regalaban...eran más simples las cosas sobre todo con las mujeres” (E.6).* Otros refieren la facilitación en contexto de prostitución: *“Con prostitutas consumía cantidades bajas que me permitían tener un buen desempeño, para así no perder la erección...creo que me hice adicto a la cocaína por la vinculación con el sexo, si no lo hubiese mezclado probablemente hubiera sido un usuario abusivo que en algún momento lo hubiera dejado por mi cuenta” (E.2), “La prostituta me dijo ‘con esto es mucho mejor’ fue una de las primeras veces que incursioné en el tema, estaba ahí porque quería conseguir cocaína, las prostitutas eran una cosa secundaria” (E.4).* Por último, la facilitación en el contexto de pareja estable, en el primer caso hay consumo de cocaína en la pareja, no así en el segundo caso: *”Consumía con mi señora para que tuviera sexo conmigo...ella tenía mejores orgasmos... en cierta manera compraba sexo o para pasar una noche lujuriosa y con pensamientos que se distorsionaban, hagamos un trio o que se yo...retardaba un poco tener un orgasmo...desinhibición, permite hacer cosas que sin cocaína no hubiesen sido posibles” (E.5), “Te pones más atrevido, más osado, al principio me atrevía a hacer cosas que sin cocaína no podía hacer...cada vez que consumía cocaína quería tener sexo con mi pareja, y podía tener una erección sin siquiera estar encamado” (E.8).*

5.2.6 Percepción del Abuso de Cocaína sobre la Sexualidad

Existen ciertos elementos recurrentes a propósito de un aumento de deseo y de cómo se visualiza más claramente la necesidad de tener cocaína para lograr tener sexo, hay un relato que instala a la droga en un lugar central y totalmente necesario, sin la cual ya no es posible tener sexo: *“Ya no buscas tener sexo con una mujer, empiezas a buscar tener sexo con una mujer con cocaína”* (E.2), *“La libido empieza a desaparecer, si no hay cocaína no hay libido. Ya no se siente más placer como en la primera etapa, acá es un poco más alborotado, es un alivio sintético... si sientes más morbo, no tanto como placer...es como que la cocaína te dice ‘sorry compadre, pero sin mí no ´ nada”* (E.3), *“Armar cuentos, fantasías, tener a las prostitutas a tu disposición, que me hicieran sentir como rey y siempre consumiendo...Si no usaba cocaína no me estimulaba”* (E.5), *“Si tenía sexo tenía que consumir, ya era un hábito”* (E.7).

Lo que refieren los entrevistados se resume en una sensación agobiante entre el deseo aumentado y la escasa o nula respuesta fisiológica: *“Igual uno queda caliente...pero es difícil que se te erecte el pene...muchos tomaban viagra...igual a mí me pasó un par de veces”* (E.6), *“No funcioné como en un principio...el efecto era inverso...tenía el mismo deseo pero a veces me frustraba porque no podía tener erección”* (E.8), *“Ya no era placentero, ¡pero habían más ganas!, era más descarnado, no era pasión ni amor...instinto animal, con la droga quería todos los días”* (E.9), *“Deseo aumentado...ya me costaba erectar...usaba pornografía para motivarme”* (E.11).

5.2.7 Percepción del Impacto de la Adicción a Cocaína en la Sexualidad

Prácticamente la mitad de los entrevistados coincide en que la sexualidad durante la adicción deja de ser un tema, *“Aquí ya es no poder vivir sin cocaína y punto, ya ni siquiera te importaba tener o no tener sexo”* (E.3). *“En el proceso final, la cocaína no es una opción de ninguna manera (para la sexualidad)...no alcanzas a hacer nada de lo*

que quieres hacer cuando quieres jalar otra vez, entonces el sexo pasa a ser cuestión absolutamente secundaria” (E.4). “Prefería comprarme diez gramos de coca y estar en mi casa consumiendo solo en vez de ir a un motel o estar acompañado...no era placentero estar con alguien y si estaba con alguien en un motel me daban ganas de consumir coca” (E.6). “Se me quitó el deseo sexual, eran más las ganas de consumir cocaína” (E.8), “Me interesaba estar más drogado que tener relaciones” (E.9).

Hay casos donde continúa el deseo y aún cuando ya no hay respuesta en términos corporales, no logran disociar la sexualidad de la cocaína: *“Sexualidad pornográfica...les regalábamos la plata a las prostitutas, iban a nada, porque no funcionaba” (E.1), “No había erección o no podía eyacular, el principal daño era querer tener sexo y no poder” (E.7).*

Hay varios casos donde se puede visualizar una perversión en la sexualidad, todos con características muy distintas en cuanto al recorrido que se atraviesa: *“Fue un facilitador para soltar ideas perversas, como el sometimiento del otro, el abuso figurado...pero era más que un juego para mí, estaba siendo yo...No era solamente sexo y cocaína, era sexo-cocaína y ese contexto...era una puesta en escena perversa... aparece también rasgo misógino” (E.2).* En este primer caso, se señala durante la entrevista que habría existido previamente al consumo de drogas una adicción a la pornografía y que el inicio de la sexualidad se da con prostitutas por no encontrar recepción en el sexo opuesto por un aparente desarrollo físico tardío. Su percepción es clara en torno a que esta característica no corresponde a la cocaína en sí misma, sino a una característica de él que fue liberada a través del consumo de la sustancia.

La siguiente viñeta corresponde a un segundo caso donde se pesquisa una parafilia: *“Esto es algo que nunca he conversado con nadie, un problema...lo que pasa es que cuando yo consumía cocaína mis ganas de tener placer estaban al máximo y llegué a tener relaciones con animales, y era tanta la angustia después de pegarme un saque*

por tener placer que nada menos que meterme con animales y hacerles daño...la angustia la enfoqué en la sexualidad” (E.10). A propósito del recorrido de este sujeto, único en cuanto a la transición que vive entre todos los entrevistados, donde lo primero es la adicción a cocaína, luego el uso potente de pornografía (a la cual estuvo expuesto desde muy niño, ya que un adulto con quién vivía hacía uso de esta) y sólo en tercer lugar la posibilidad de buscar un objeto sexual. Un dato muy relevante de este sujeto es que se encuentra actualmente realizando su tercer tratamiento, y es ante la temática de la hipersexualidad que devela por primera vez esta perversión. Esta entrega de información por su parte le genera altos montos de angustia pero también de liberación, por ser la primera vez que se atreve a contarlo, según su mismo relato.

“En esta última etapa, que es ahora, es donde ocurren cosas más locas, como amarrarse o que me ahorcaran” (E.12). Posterior a esta develación explica que con ahorcarse se refiere a hacer presión en el cuello con ambas manos, lo cual pedía se lo hicieran a él y también lo ejecutaba con el fin de lograr un orgasmo mayor, técnica que se conoce como “ahorcamiento simulado”. En este caso en particular, aun cuando no se develan antecedentes previos, existe el antecedente de iniciar su sexualidad con una prostituta por regalo paterno, quien al saber que su hijo no había tenido relaciones sexuales le hace “escoger” a una mujer, dicha situación aun cuando no es registrada de manera traumática, tampoco es elaborada positivamente.

5.2.8 Percepción de Cambios en la Sexualidad una vez iniciada la Abstinencia de Cocaína

De todos los entrevistados, en prácticamente la totalidad de ellos existe la percepción de que el consumo de cocaína aumentó su sexualidad, y más específicamente en más de la mitad de ellos se puede deducir que experimentaron el “super high”.

Así también, más de la mitad de los entrevistados declara un cambio en su sexualidad, algunos de ellos son claros en señalar que la asociación entre cocaína y prostitución es persistente y fuerte durante su abstinencia, las cuales no aparecen nunca como ideas aisladas, sino como un sólo deseo, por ende, lo más probable es que estemos frente a adictos a la combinación. Las siguientes viñetas son ejemplos de la vivencia del “super high”,: *“La fantasía en abstinencia es estar con una prostituta con cocaína...no es quiero consumir cocaína...es craving por sexo-cocaína-prostituta...pienso que es una combinación y que jamás voy a volver a experimentar lo que experimenté...fue un factor decisivo para mi adicción”* (E.2), *“El problema es que cuando estoy haciendo el amor aparece la fantasía de la prostituta, como que se me ha acoplado, y es lo que trato de sacar”* (E.5), *“¿Qué está primero, la droga o la sexualidad?...no tengo muy claro si quería esa sexualidad o quería droga”* (E.12).

En otros casos, se visualiza con mayor ímpetu el impacto vivido, y la clara asociación instalada, además de poder verbalizar claramente el daño *“Te encuentras con nada, un vacío absoluto...la sensación de que nunca más en la vida vas a tener necesidad de tener sexo... siempre te queda en la cabeza instalado, si quieres lograr un sexo más potente, más atrevido, tiene que ser con cocaína...no sé cómo diablos sacármela de la cabeza, yo creo que es una de las grandes cosas que debo reparar en mi ...como un veneno, como que me pudrió una parte de mi...a mi yo sexual, me aniquiló”* (E.2).

En la siguiente viñeta se vislumbra un daño psicológico, a propósito de lo traumático que podría haber sido el vivenciar situaciones de impotencia durante la etapa de adicción: *“Trataba de apurarme pensando que no iba a funcionar, terminaba y me daba cuenta que todavía estaba funcionando, me quedó como un trauma psicológico...era reacio al principio a tener sexualidad (refiriéndose al primer mes de abstinencia), como que no me daba cuenta de que ya estaba sin cocaína, tenía la sensación de que iba a seguir pasando lo mismo...ahora es bastante buena...me bajó el apetito sexual*

nuevamente (últimos dos meses)...solo sé que estoy funcionando mejor, no comento de este tema con nadie, pero si me preocupo de forma interna” (E.8).

“Mi sexualidad venía mala por la eyaculación precoz, era un martirio la cama, lo cual todavía no se acaba, pero ya puedo hacerlo como ‘más persona’, sentir la caricia del otro, sentir el amor del otro, pero igual tengo la sensación de que algo me falta...todavía está la pregunta de ¿quedaré bien? ¿quedaré mal?, le estoy buscando la quinta pata al gato...ahora están alejadas las ganas de estar en la cama... me da miedo llegar a mi pareja...voy preparado a que va a pasar algo malo...va a costar harto, yo creo que debe ser más especializado el tema de la sexualidad cuando dejas de consumir drogas, yo creo que hay que buscar ayuda, yo por mi buscaría ayuda porque no es normal, es el miedo lo que me afecta ahora, porque sé que va a resultar mal” (E.9). No resulta difícil al leer esta viñeta pensar que hay al menos elementos depresivos que deben ser tomados en cuenta desde un inicio en el tratamiento de este sujeto, ya que evidencia una fuerte experiencia de fracaso e insuficiencia respecto a sus capacidades con esta temática en particular, probablemente evidenciado y reafirmado en el último tiempo de consumo.

Sólo dos entrevistados no declaran cambios en su sexualidad a propósito de su adicción a cocaína, en uno de ellos esto es atribuido a estar con pareja estable *“Normal porque estaba con polola...incluso creo es mejor, sentía cosas que no había sentido, porque yo creo que con la cocaína me bloqueaba o sentía otras cosas... por ejemplo sentir besos, caricias, el amanecer, tocarse...” (E.6),* y en el otro caso derechamente señala que *“No es que yo a propósito de la cocaína haya tenido otra sexualidad...el deseo sexual ha sido bastante constante en mi vida” (E.4),* siendo el único de los entrevistados que no ve una relación significativa, ya que en el caso señalado anteriormente hay una justificación espontánea con relación a estar con polola, como un facilitador para reencontrarse con la sexualidad previa.

Sólo en un caso hay buena expectativa, creyendo que va a ser mejor su sexualidad una vez que la retome: "*Si me siento bien, me miro al espejo y me veo bien, estoy contento, se me para, estoy feliz, duermo bien, despierto bien, ¡no tendría por qué tener un drama!*" (E.7).

Al igual que este último entrevistado, existen otros casos donde no se ha tenido sexo estando abstinentes, dato significativo considerando que puede estar existiendo en algunos de ellos una evitación activa y no una simple falta de oportunidades. En algunos casos existen temores explícitos en torno a dos ideas preferentes, que la disfunción sexual (la que haya emergido durante la adicción) se sostenga a pesar de la abstinencia, o bien, a evocar en la pareja asociaciones negativas por el conocimiento que estas tendrían sobre la vinculación de su adicción con la prostitución.

VI. DISCUSION

Con los antecedentes obtenidos respecto a los esquemas cognitivos, podría al menos hipotetizarse que no existe una personalidad preadicta, al no existir esquemas específicos, sin embargo, al mismo tiempo no es totalmente aleatoria la aparición de éstos. La preponderancia de los esquemas señalados si da luces sobre una tendencia hacia tipologías de adictos desde el estudio de los esquemas cognitivos, la cual debe ser a todas luces mirado con mayor detención en futuras investigaciones, ya que podría entregar herramientas sobre esquemas que confieran riesgo futuro de consumo de drogas, sea de manera directa o indirecta.

Con relación a la función de estos esquemas en torno al consumo, se podría pensar que el vínculo entre merecimiento y adicción es el más directo entre los que puntúan mas alto, considerando que este esquema está referido a la creencia de que se es superior a otras personas y justamente por ello, merecedor de derechos y privilegios especiales. Las personas con este esquema insisten en que pueden decir, hacer o tener todo lo que quieran, y justamente por ello se asocia con la incapacidad para aceptar los límites en la vida. Este esquema es fundamental en personalidades narcisistas, grupo comúnmente asociado al consumo de cocaína, pudiendo pensarse que el consumo de esta droga se convierte en una conducta compensatoria frente a la fragilidad nuclear que poseen quienes funcionan narcisísticamente. Con respecto a este esquema de merecimiento, podría hipotetizarse también que implica un riesgo mayor en el uso de sustancias por la creencia a la base de que no tendrían por qué restringirse, que pudiesen tener cualidades especiales, además de no prever el riesgo de hacerse adictos o bien derechamente creer que se posee el derecho a consumir una sustancia, además de la búsqueda de sentirse mejor de lo que se sienten. Son los mismos sujetos con alta puntuación en el esquema de merecimiento, los que señalan pensamientos automáticos referentes a una visión idealizada del sí mismo en lo sexual.

La relación entre los esquemas de estándares inflexibles y autosacrificio con la adicción a cocaína no se presentan necesariamente de manera evidente, aun cuando son los más preponderantes. Podría tratarse de un vínculo indirecto que no es posible dilucidar del todo en esta ocasión, por lo tanto sólo podemos hipotetizar que en ambos la búsqueda de la cocaína puede provenir desde la angustia o de algún sentimiento disfórico, a diferencia del patrón que nos sugiere el merecimiento.

En el caso particular del esquema de estándares inflexibles, existen creencias relacionadas con el esfuerzo que se debe hacer para lograr altos estándares de conducta y desempeño, lo que genera alta presión y un deterioro significativo del placer. Hay un permanente esfuerzo por mantener todo en orden, por ser siempre mejor y evitar la crítica, con lo cual podría pensarse que el consumo de cocaína es un escape a vivir en constante exigencia, como un lapsus generado químicamente dentro de un funcionamiento tendiente a lo rígido.

Mientras que en el esquema de autosacrificio, hay un foco exagerado por satisfacer las necesidades de otros a expensas de la gratificación de las propias necesidades, con lo cual podría pensarse que hay una autoexigencia en torno a cómo se es para el otro, por ejemplo, el deseo de responder mejor como pareja sexual, siendo el uso de la sustancia una parte de ese “autosacrificio”. Las siguientes viñetas corresponden a entrevistados que justamente puntúan alto en este esquema: *“Yo consumía con ella para que tuviera sexo conmigo, en cierta manera compraba el sexo o para pasar una noche lujuriosa y con pensamientos que se distorsionaban, hagamos un trio o qué sé yo...en ese aspecto se involucró la cocaína con mi señora”* (E.5), *“Me acuerdo que decía ‘pucha que me siento bien’...satisfecho y me daba gusto satisfacer a mi pareja, más ánimo, más fuerza, más ganas...”* (E.11).

Con respecto a la percepción de la sexualidad previa a la adicción, en prácticamente la mitad de los entrevistados (excluyendo a quienes no tuvieron sexo sin drogas)

describen insatisfacción, lo cual se condice con la proclividad encontrada por La Pera et al. (2003) donde justamente se señala como la disfunción sexual, sea esta real o percibida, se constituye en un factor de riesgo para el desarrollo de la adicción. Podría pensarse entonces que en estos casos de insatisfacción, la cocaína cumple una función compensadora con relación a la sexualidad anterior, convirtiéndose probablemente en un reforzador del uso de la sustancia

Con respecto a las expectativas individuales, a modo de conocer las atribuciones hacia la cocaína antes de experimentar su uso en la sexualidad, un número importante de entrevistados genera respuestas con relación a lograr mayor duración en el acto sexual tras consumir cocaína, lo cual es consistente con lo señalado por Calafat et al. (2008), donde señalan que la cocaína es la droga preferida en caso de querer prolongar el acto sexual y pudiese pensarse entonces, que hay en estas expectativas motivaciones explícitas para iniciar un posterior consumo.

Los resultados encontrados a partir de las entrevistas indican, que o bien hay expectativas positivas con relación al uso de cocaína en la sexualidad, o no las había, pero no existe ningún relato que devese existiesen expectativas negativas de la combinación entre cocaína y sexo. Lo recién descrito no está en concordancia con lo planteado por el artículo de Brown et al. (2005), quienes describen que las personas que consumen cocaína dan prioritariamente asociaciones negativas entre droga y sexo. Una hipótesis plausible sería que en dicha investigación se trata de usuarios que hacen uso de otras drogas, tales como las metanfetaminas, la cual si está más asociada a la sexualidad según la literatura revisada. De hecho, en dicha investigación hay un análisis comparativo entre atribuciones hacia la cocaína y las metanfetaminas, siendo esta última la preferida en el contexto de intimidad, mientras que en la realidad chilena no hay aún ese punto de comparación, por no ser una droga de uso extensivo.

Es aquí donde es evidente la importancia de conocer el filtro del pensamiento, qué es lo que cree el usuario que pasa, ya que son las expectativas en torno a los efectos positivos de la cocaína en el rendimiento sexual lo que puede generar fácilmente la justificación para el consumo, demostrando cómo las reacciones psicológicas no están predeterminadas de manera lineal por las respuestas fisiológicas. La idea que una persona tenga de los efectos de una sustancia es al menos igual de importante que el efecto real en términos farmacológicos, lo cual hace sentido con las profundas diferencias encontradas entre las investigaciones que apuntan a conocer las atribuciones de los usuarios frente a la droga.

En cuanto a los pensamientos automáticos que pudiesen existir durante la experiencia sexual bajo los efectos de la sustancia, fue la información más difícil de obtener durante la entrevista: de hecho sólo fue posible en la mitad de los entrevistados. La razón de esto es que la mayoría de los entrevistados frente a este tema señaló que el pensamiento se suspende o derechamente que no piensan, y que ese efecto fue justamente de los más buscados, deseados y valorados. A modo de idea, podría denominarse a este fenómeno como un “bloqueo cognitivo transitorio”, “suspensión del pensamiento” o bien “percepción de disminución del pensamiento”. Esta tendencia podría ser especialmente comprensible en personas con esquema cognitivo de estándares inflexibles, considerando el alto nivel de autoexigencia, puede que la droga permita justamente no pensar y pasarlo bien.

En cuanto al tema de la hipersexualidad, llama la atención lo útil que les resulta escuchar que el fenómeno tiene nombre, y que por tanto es una experiencia compartida, mientras responden a la entrevista para uno se va haciendo evidente el nivel de vinculación entre droga y sexo en algunos casos, en paralelo, ellos al hablar van descubriendo y sintiendo el tema como una “revelación”, fue recurrente escuchar “*primera vez que lo cuento*”, o “*esto no lo había hablado con nadie*”. Hay una entrevista muy significativa en la cual sale a la luz tardíamente una perversión evidente en su

sexualidad post adicción y al terminar la entrevista se le pregunta si había algo más por decir, ante lo cual señala: *“Si, y es que si tú no me preguntas sobre este tema, jamás se me hubiera ocurrido relacionarlo”* (E.12).

En el único artículo encontrado donde se habla directamente del fenómeno de la hipersexualidad en consumidores de cocaína (Washton y Stone-Washton, 1993, en Berridge y Robinson, 2003), señalan que éste emerge al inicio del proceso de exposición a la droga, donde existiría un umbral inespecífico para que aparezcan los efectos afrodisiacos. A juicio de los autores, la hipersexualidad inducida por estimulantes no es más prevalente entre los sujetos con historia de abuso sexual o de otros traumas severos, que entre quienes no han tenido esa historia. Con relación a los entrevistados, no es posible argumentar en pro o en contra de la factibilidad de aparición de este fenómeno en sujetos con traumas, ya que no existe indagación sobre la historia de los sujetos en ese ámbito.

También el artículo señala que hay un grupo de usuarios que considera que el efecto sobre la sexualidad es mínimo o bien no lo hay, e incluso algunos usuarios reportan que reduce o elimina el deseo sexual. Contrastando lo hallado, con relación al lugar de emergencia de la hipersexualidad, los entrevistados dan cuenta de que la aparición se da tanto en el inicio como en el abuso, existiendo acuerdo entonces que en etapa de adicción no aparece el fenómeno, aunque sí podría perdurar hasta esa instancia. Todos los entrevistados comparten la percepción sobre un efecto considerable en la sexualidad, en ninguna entrevista nos encontramos con un relato sobre disminución o eliminación del deseo sexual.

Con respecto a la percepción sobre las primeras experiencias sexuales con cocaína, las respuestas de la mayoría de los entrevistados reportan derechamente un impacto “beneficioso” en la sexualidad cuando se rememora la etapa de los primeros consumos de cocaína, lo cual es consistente con el trabajo realizado por Mc Kay (2005). Esta

facilitación de la conducta sexual en los primeros usos, se puede entender desde dos aristas, el efecto farmacológico por ser esta droga un estimulante psicomotor (aun cuando no hay pleno acuerdo respecto a que tenga propiedades facilitadoras en la sexualidad), pero también debe considerarse como una segunda posibilidad, que en la mayoría de los usuarios había una expectativa positiva que se condice con lo que encuentran en estas primeras instancias.

Se podría haber pensado que sería difícil obtener percepciones positivas de la cocaína en la sexualidad, por el cambio de disposición frente a la droga que implica entrar a un tratamiento de rehabilitación (ya que todos los entrevistados se encuentran en contextos libres y con voluntad). Sin embargo, y a diferencia de ello, se encuentra una respuesta compartida y rotunda con relación a lo “favorable” que consideraron las primeras experiencias entre cocaína y sexo. Se encuentra que la cocaína, sin lugar a dudas, al menos en la primera etapa de consumo, genera una facilitación sexual en prácticamente todos los entrevistados. Dicha respuesta se encuentra en clara contraposición a la literatura que sugiere que la facilitación de la conducta sexual por efecto farmacológico directo de la cocaína es bastante limitado. Es debido a toda esta evidencia que hace sentido la pregunta sobre por qué y cómo el uso de esta droga está asociado a la alta frecuencia de sexualidad, a pesar de los efectos perjudiciales en el deseo y el rendimiento.

Los resultados también se condicen con lo señalado por Calafat et al. (2008), en donde se señala que la cocaína es usada también como anzuelo para atraer mujeres, en que de una manera más o menos explícita se da un intercambio entre dar cocaína a cambio de sexo. No se debe olvidar lo frecuente que es el cambio de cocaína por sexo, sea de modo informal o casual, o bien en el contexto de prostitución. El relato hace hincapié en la mayoría de los sujetos, en que la factibilidad de obtener sexo con la cocaína como mediadora aumenta, y por tanto, ello explica en alguna medida el que a pesar de vivir efectos perjudiciales en el deseo y en el rendimiento, se pueda seguir compartiendo ese

espacio de intimidad, lo cual está en sintonía con las investigaciones que sugieren que serían los contextos lo que facilitan el consumo. Interesante es la observación de un entrevistado sobre como el lugar que ofrece la prostitución es la forma de venta preferente e ideal para una sustancia ilegal *“el mundo narco es muy creativo, entendió que la prostitución es una necesidad básica del ser humano, al cual acuden un montón de personas por diferentes razones, es el medio ideal para distribuir drogas, ideal. Si yo tuviera que distribuir algún producto en algún lugar creo que la prostitución es lo que más puntos de venta debe tener...”* (E.4).

Discriminar para los entrevistados la información referente a la etapa de abuso fue más complejo comparativamente a los recuerdos que emergen del consumo social y de la adicción, probablemente porque es más fácil recordar el inicio y el final de su historia de consumo, mientras que la transición es bastante más borrosa.

De acuerdo con Mc Kay (2005), la cocaína es la única droga que daña todas las etapas de la respuesta sexual: el deseo, la excitación (aunque en esta fase solo está demostrado en hombres) y el orgasmo. Con relación a esta importante información podemos sugerir desde lo pesquisado, que el deseo, si bien en etapa de adicción se encuentra prácticamente anulado en la mayoría de los entrevistados, en las primeras dos etapas (consumo social y abusivo) está exaltado, con tendencia al desborde y por ende a la perversión, y por supuesto dicho aumento se constituye en un daño al normal funcionamiento sexual. Es importante la aclaración porque el daño no es sinónimo en este caso de ausencia, sino que ello depende de la etapa en la cual los sujetos se encuentren.

Existen casos donde hay claramente una perversión del objeto, probablemente porque bajo los efectos de la cocaína hay mayor condicionamiento a estímulos neutros asociados al placer, aumentando la estimulación y activando la ansiedad con mayor cantidad de estímulos de los que cabría esperar. Esta sexualidad pervertida con la

cocaína es claramente un factor de riesgo, porque si la sexualidad se despierta con objetos múltiples, la persona se encuentra en un estado permanente de estimulación y por ende las posibilidades de gatillar el impulso aumentan. Además surge la hipótesis a propósito del entrevistado N°10, sobre cómo la exposición a cocaína en una persona sin experiencia sexual previa, puede facilitar, debido a los efectos de la sustancia sobre el condicionamiento, un aprendizaje de respuesta sexual a objetos “anormales”.

Más de la mitad de los entrevistados tiene la percepción de haber experimentado la doble potencia de la combinación entre la cocaína y la sexualidad, generado al ser los dos elementos de alta sensibilidad. El que resulten adictos “a la combinación”, constituye un dato más que considerable, teniendo en cuenta que todos estos usuarios entrevistados están hoy en tratamiento y tienen este aumento en la complejidad que si no se pregunta directamente, no se devela necesariamente de modo espontáneo.

La percepción de cambios en la sexualidad una vez iniciada la abstinencia de cocaína es muy significativa, ya que más de la mitad de los entrevistados considera que aun cuando la cocaína ya no es parte de su vida, sigue repercutiendo en el área de la sexualidad, reafirmando la importancia del aprendizaje ya instalado.

De acuerdo con lo descrito, da la impresión que los adictos en rehabilitación poseen vivencias de sexualidad intensamente frustrantes, vividas por algunos de ellos incluso con una cualidad traumática desde la percepción de frustración y sosteniendo la sensación de ser incapaces de responder o rendir. La persistencia de la fantasía por recobrar esas primeras experiencias “favorables”, se sostiene a pesar de la abstinencia y de toda la evidencia entregada en etapa de adicción de que ello no volverá a ocurrir. Desde acá se depende la necesidad de aumentar el interés por conocer el funcionamiento sexual a modo de conocer sintomatología asociada a esta desde un inicio.

De acuerdo con los resultados aquí encontrados, no hay concordancia con lo señalado por Kopetz et al. (2010), ya que en dicha investigación se plantea que a pesar de los efectos negativos en el deseo y rendimiento, la cocaína sigue facilitando la conducta sexual por su uso en contextos que ofrecen oportunidades para el sexo, sin embargo, a pesar de la facilitación recién mencionada, acá se encontró con que el sexo está francamente anulado en la etapa de adicción en la mitad de los entrevistados. En la etapa de abuso la mayoría de los entrevistados reporta un efecto negativo solo en rendimiento, pero no así en el deseo, el cual aun cuando está claramente alterado debido al aumento de éste, tanto en la etapa social como de abuso, la mayor cantidad de entrevistados no considera dicho aumento como un efecto negativo.

La adicción a cocaína por tanto aumenta la excitación, pero también la posibilidad de disfunción sexual, paradoja que responde a que hay un aspecto cognitivo y otro fisiológico, ambos implicados de manera simultánea.

Por último, cabe reseñar que existen diversas aristas desde donde se encontró material que vincula la sexualidad y la adicción. Claramente es imposible pretender hacer una investigación acabada en la ligación de dos aspectos tan complejos como estos, por ende es importante al menos mencionar que hay temas que están siendo abordados en investigaciones actuales, pero quedan fuera de nuestro alcance.

Por ejemplo, una palabra relativamente nueva y que responde al momento en el que estamos viviendo es el *sexting*, una especie de neologismo que busca significar la conexión entre el sexo y los mensajes de texto. Según lo describe la investigación de Benotsch, Snipes, Martin y Bull (2012) es el acto explícito o imágenes sugerentes vía mensaje de texto, lo cual está estrechamente asociado con el uso de sustancias. La afirmación radica en que las personas que utilizan el sexting reportarían en su mayoría un uso de sustancias recientes.

También existen estudios sobre cómo responden los adictos a los aspectos emocionales cotidianos, siendo llamativo que mencionen entre estos a la sexualidad, evaluándolo como un estímulo cotidiano más y no considerando lo recurrente de la asociación (Aguilar et al., 2008), en esta investigación se señala que los consumidores de cocaína valoran de forma más agradable las imágenes de contenido erótico a diferencia de quienes usan alcohol, heroína, y a los que mezclan más de una droga.

En otra línea de investigación, cabe señalar los estudios que ponen el acento en las cogniciones implícitas como una herramienta para lograr explicar la conducta paradójica que exhiben los adictos, básicamente del porqué pueden alinearse con conductas que saben son contraproducentes con el paso del tiempo (Stacy y Wiers, 2010). Las cogniciones implícitas son justamente las que se activan en los puntos críticos de toma de decisiones, ya que no es una decisión reflexiva y/o evaluativa la que se toma a la hora de iniciar un nuevo consumo de sustancias. Efectivamente se coincide con este postulado, sin embargo, es necesario aclarar que ex profeso se decidió no incluir test indirectos (tales como los de asociación de palabras) que apuntan a recabar asociaciones implícitas. El eje del estudio se instaló en la primera necesidad de un acercamiento explícito, que nos de pistas de los caminos a seguir. La teoría de las cogniciones implícitas, aun cuando ha tomado fuerza en los últimos años como una manera certera de ayuda a la prevención y el tratamiento, no es una idea nueva y tal como se señala en la investigación recién mencionada, tiene de referentes a filósofos del siglo XVII, que ya eran conscientes de que el pensamiento no se maneja en un solo nivel.

VII. CONCLUSIONES

Todo indica que la común mirada de las drogas psicoactivas como afrodisiacos, que ayudan a perder las inhibiciones sexuales y contribuyen a incrementar la actividad sexual, es una creencia al menos relativa y cuestionable. Si bien esto puede parecer cierto para quienes inician el consumo o bien lo llevan a cabo de manera esporádica y en bajas dosis, es irreal e inalcanzable para quienes ya transitan desde el abuso a la adicción, donde sólo queda la aspiración profunda de obtener los efectos beneficiosos que experimentaron antes, pero sólo consiguen el efecto opuesto. La idea respecto de lo afrodisiaco podría estar apelando a que las drogas producen un efecto cuantitativo en la sexualidad. Sin lugar a dudas la información que emerge de las entrevistas realizadas, es que la intromisión de la cocaína en la sexualidad es infinitamente más compleja que el sólo aumento del deseo y/o del rendimiento sexual. La percepción inicial de la mayoría de los entrevistados respecto a que la cocaína sería un “beneficio” para la actividad sexual, es la principal trampa que puede llevar a perpetuar o a aumentar dosis, lo cual lejos de ir aumentando potencia, genera un impacto exponencial y proporcionalmente negativo en la sexualidad.

Amor, compromiso emocional, intimidad, son palabras inexistentes en los relatos. La orientación hacia las relaciones sexuales no se da en contexto de una relación psicológicamente íntima, sino que existe una preponderancia del sexo casual, prostitución, pornografía, masturbación compulsiva y parafilias. Hay una sexualidad parcial con evidente incapacidad de establecer lazos emocionales intensos. Se pierde la sensibilidad a las consideraciones situacionales, no hay intención de satisfacer expectativas del otro, no hay restricciones o límites.

En síntesis, las principales conclusiones obtenidas son las siguientes:

1. De acuerdo a las respuestas de los entrevistados, se sugiere que la actividad sexual y el consumo de cocaína presentan correlatos conductuales

susceptibles de generar asociatividad, lo que podría denominarse como un “condicionamiento en ambas direcciones”.

2. Cuando el consumo de cocaína se da en contexto de intimidad sexual, se genera un “subidón” extra, donde no sólo la cocaína potencia la sexualidad, sino que la sexualidad potencia a la cocaína.
3. Existe una hipersexualidad o explosión de la conducta sexual en la etapa inicial del consumo de cocaína en prácticamente todos los entrevistados, consistente en mayor intensidad del deseo. En aproximadamente la mitad de ellos esta elevación se pierde, ocurriendo una hiposexualidad o anulación de esta en la etapa de adicción. Esto podría explicarse por el fenómeno de saciación, debido a la estimulación máxima que se ha experimentado por un tiempo prolongado.
4. En el caso que la hipersexualidad se sostenga en la etapa de adicción, se inicia una búsqueda de “variedad” (ya que no se puede lograr más intensidad por estar al límite de lo que se puede experimentar), con el fin de eludir la saciedad. Terminan entonces desarrollándose parafilias.
5. Según la descripción hecha por los entrevistados, se puede plantear que hay tres fases en torno a la evolución de la sexualidad de sujetos con adicción a cocaína. Primero existiría un aumento “cuantitativo” del deseo. Luego por el condicionamiento en ambas direcciones en la etapa de abuso ya no es posible la experiencia de una sin la otra. Finalmente, en la etapa de adicción hay una anulación o bien una “perversión” de la sexualidad. En este sentido, los cambios suscitados a partir del consumo de cocaína se traducen no solo en cambios cuantitativos, sino también en cambios cualitativos de las respuestas sexuales en esta última etapa. Esta explicación resolvería la inconsistencia encontrada en la literatura, en la cual existen autores que señalan tanto hipersexualidad como hiposexualidad en los consumidores de cocaína.

6. El sexo para un número significativo de entrevistados se vuelve más que una clave ambiental para el consumo de cocaína, deviniendo en una doble adicción.
7. Así como el placer por la droga disminuye a medida que se acerca la adicción, lo mismo sucede con el placer por la sexualidad.
8. Si los resultados aquí obtenidos fueran replicados en una muestra mayor, debiese considerarse que además de las conductas sexuales de riesgo ya conocidas del uso de cocaína en la sexualidad, esta además pudiese ser un factor de riesgo para el desarrollo de parafilias.
9. El deseo sexual es un motivador primario (instintivo y en principio no condicionado), y como todos los motivadores debiese entregar indicadores inmediatos sobre cómo proseguir. Si algo hace sentir bien, debiese generar la indicación de hacerlo más, y si algo hace sentir mal, se debiese hacer menos. Sin embargo, en la adicción no funciona así, justamente esa premisa básica es la que está alterada, en este caso el deseo queda mediado por el aprendizaje de la adicción.

Con respecto a los objetivos trazados inicialmente, se logró explorar y describir las características de la sexualidad previa al consumo de cocaína, durante su uso y también las repercusiones en abstinencia de la sustancia. De acuerdo con la experiencia clínica, cuando la sexualidad es considerada dentro de las temáticas relevantes del paciente, esta es vista y trabajada como un eventual gatillante de consumo en la medida que le genere ansias por la droga al paciente. Puede que exista consciencia de que la expectativa de aumentar el rendimiento sexual puede jugar un rol en la recaída, e incluso puede haber nociones sobre cómo el deseo de droga puede ser en realidad un deseo por mejorar la experiencia en la sexualidad, pero de acuerdo con la literatura revisada y a la información recabada, se puede señalar que es bastante

más que eso. El mejor resumen de lo que se intentó plasmar en esta investigación, es como lo señala uno de los entrevistados: *“El sexo con cocaína es como una doble adicción...”* (E.2), e incluso a este paciente se le debiese señalar que no es *“como”* una doble adicción, sino, que *“es”* una doble adicción.

La muestra, al ser pequeña e intencionada, restringe la posibilidad de extrapolar los resultados, por lo demás, no existe la pretensión de representar lo general. Aquí existe un acercamiento ideográfico, ya que la muestra correspondió solo a dos centros de tratamiento que instalan sesgos inevitables.

A pesar de estas limitaciones, los resultados sustentan una hipótesis sobre la mutación de la sexualidad en los adictos a cocaína, como es el caso de quienes lograban mantener a raya la perversión sin el consumo de esta droga, pero que luego de la intromisión de esta en la sexualidad ya no es posible. Esta idea se ilustra dramáticamente en uno de los casos relatados (E.10), de quien inicia su actividad sexual desde la adicción ya instalada.

Otro de los problemas con los que nos encontramos en un tema como éste, es lo difícil que es separar la respuesta farmacológica / fisiológica de la sustancia, de otras reacciones psicológicas y sociales. La posibilidad de determinar hasta dónde llega la influencia de cada una y poder discriminar a ciencia cierta qué corresponde a qué, es un desafío que no puede ser resuelto en esta instancia y que debiese acaparar mayor atención para futuras investigaciones.

Es llamativo que el identificar el rol de los factores cognitivos en el uso de la cocaína, no sea un trabajo que acapare gran interés en la investigación. Las particularidades que posee cada droga revisten la necesidad de que con cada una de éstas, y por ende de los consumidores, se haga un trabajo exclusivo, ya que las expectativas respecto al uso de cada droga en la sexualidad podrían diferir enormemente. Cualquier investigación

que apunte hacia la evaluación de las percepciones individuales que se le atribuye a las drogas, mejorará el tratamiento, por la posibilidad de contar con una mayor comprensión del fenómeno.

Una vez que se asocian dos ideas o sensaciones, la sola ocurrencia de una de éstas inmediatamente invoca el recuerdo de la otra, con lo cual queda de manifiesto la necesidad de educar a los usuarios sobre cómo opera el aprendizaje adquirido para este caso particular de asociación: cocaína y sexo. No es poco usual encontrarse con personas en rehabilitación que insisten en que lo único que necesitan dejar es la sustancia que consumen, y no están dispuestos a hacer cambios en sus estilos de vida. Incluso fantasean con poder mantener el vínculo social intacto, porque serían ellos quienes debiesen poder decir “no” a la droga, incluso en presencia directa de ésta.

La psicoeducación en torno a cómo las claves ambientales elicitán por sí solas el deseo de consumir, ayuda a entender cómo las potentes asociaciones contribuyen en las recaídas. Dichas asociaciones están en los ambientes previos y por ende modificarlas es absolutamente necesario. No es posible que la sexualidad sea evitada sostenidamente en el tiempo, por lo tanto se debe abordar desde el inicio del tratamiento el cómo retomarla, debiendo ser parte de un plan de intervención individual. Un ejemplo específico y recurrente se da con quienes tienen el uso de cocaína asociado fuertemente a la prostitución, con ellos se debería necesariamente indicar la abstención de dicha práctica en los primeros meses, e incluso en algunos casos erradicar de manera permanente de su patrón de conducta.

No se puede discutir el importante avance adquirido en el último tiempo en cuanto al conocimiento y al tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, sin embargo, aún quedan muchos aspectos abiertos.

Importante es seguir avanzando en el logro de un tratamiento lo más eficaz posible para quienes padecen la particular enfermedad de la adicción. Es por ello que se proponen nuevas líneas de investigación, específicamente en sexualidad de pacientes con adicciones. Acceder a muestras más representativas, conocer si el impacto aquí encontrado es similar o no en población femenina, determinar si los hallazgos pueden ser visualizados en otras adicciones, como por ejemplo con consumo de pasta base de cocaína.

La meta es que quienes trabajan en esta área, así como las personas que reciben tratamiento, se familiaricen e instalen explícitamente este tema con mayor conocimiento empírico. La información acabada permite lograr decisiones informadas acerca del uso de sustancias, aportando no sólo al trabajo de rehabilitación sino también al preventivo.

Por último, se propone educación para el personal de salud, que tienen la responsabilidad de conocer los alcances de la adicción. Cuestionarse qué tanto sabemos de sexualidad humana, perder el miedo a hablar de sexo y contemplar diagnóstico e intervenciones que apunten a temas sexuales. Este esfuerzo debe ser sostenido, a modo de ayudar a los clínicos a realizar mejores tratamientos para esta población, sobre todo cuando el mito de los estimulantes y el “aumento” de la conducta sexual es aún muy recurrente.

REFERENCIAS

AASEET: American Association of Sexuality Educators, Counselors and Therapist. (2012). A Noxious Cocktail. *Contemporary Sexuality*. Vol.46.No 2.

ACUÑA, G., FEUCHTMANN, C., MUÑOZ, I., QUIJADA, G. Y SPIES, M. (2011) *Psicoterapia Cognitivo Conductual de las Adicciones: Manual de Prevención de Recaídas en Grupo*. Santiago: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurología de Chile. Serie Roja.

AGUILAR, F., VERDEJO, A., LÓPEZ, A., MONTAÑEZ, M., GÓMEZ, E., ARRAEZ, F. et al. (2008) Changes in Emotional Response to Visual Stimuli with Sexual Content in Drug Abusers. *Adicciones*; Vol. 20 (2), pp.117-24.

APA: Asociación Psiquiátrica Americana. (1995) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson.

BARRA, E. (2002) *Psicología de la Sexualidad*. Concepción: Editorial Universidad de Concepción. Serie Monografías.

BECK, A., WRIGHT, F., NEWMAN, B. Y LIESE, B. (1999) *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

BELENKO, S. Y PEUGH, J. (2001) Alcohol, Drugs and Sexual Function: a Review. *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 33 (3), pp.223-32

BENOTSCH, E., SNIPES, D., MARTIN, A. Y BULL, S. (2012) Sexting, Substance Use, and Sexual Risk Behavior in Young Adults. *Journal of Adolescent Health* <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.011>

BERRIDGE, K. Y ROBINSON, T. (2003) Addiction. *The Annual Review of Psychology*. 54:25-53.

BREWSTER, K. Y TILLMAN, K. (2012) Sexual Orientation and Substance use Among Adolescents and Young Adults. *American Journal of Public Health*, Vol 102. N.6.

BROWN, A., DOMIER, C. Y RAWSON, R. (2005) Stimulants, Sex, and Gender. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 12: 129-180.

CALAFAT, A., JUAN, M., BECOÑA, E. Y MANTECÓN, A. (2008) Which Drugs are Preferred for Sex in Nightlife Recreational Settings? *Adicciones*; Vol.20 (1), pp.37-47.

CALSYN, D., COUSINS, A., HATCH-MAILLETTE, M., FORCEHIMES, A., MANDLER, R., DOYLE, S. et al. (2010) Sex Under the Influence of Drugs or Alcohol: Common for Men in Substance Abuse Treatment and Associated with High Risk Sexual Behavior. *Am J Addict*; Mar-Apr; 19(2): 119–127.

CARDONA, J. (2009) *Una Aproximación a los Cambios o Transformaciones en el área de la Sexualidad en el Trastorno por Consumo de Sustancias de Alcohol, Cannabis y Cocaína*. Memoria Teórica para optar a la Revalidación del Título de Licenciado en Psicología. Universidad de Chile.

CID, J. Y TORRUBIA, R. (2002, Septiembre) Schema as a Construct in Cognitive Behavioral therapy: A study of psychometric validity using the Young Schema

Questionnaire. Comunicación presentada en: The XXXII European Association for Behavioral & Cognitive Therapies. Maastricht, Netherlands

CONACE: Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2010) *Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Santiago, Chile.

FUNDACIÓN PAZ CIUDADANA (2004) Extraído el 06.12.2012 de http://www.pazciudadana.cl/docs/pub_20090619094345.pdf

GOULD, T. (2010) Addiction and Cognition. *Addiction Science & Clinical Practice*, pp. 4-14.

GRAÑA, J. (1994) *Conductas Adictiva. Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Editorial Debate.

HERNANDEZ, R., FERNÁNDEZ, C. Y BAPTISTA, P. (2001). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw Hill.

HEYMAN, G. (2013) Quitting Drugs: Quantitative and Qualitative Features. *The Annual Review of Clinical Psychology* 9:27.1–27.31.

LEÓN, O. Y MONTERO, I. (1997). *Diseños de investigaciones: Introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación*. Madrid: McGraw Hill.

LUCCA, N., Y BERRIOS, R. (2003). *Investigación Cualitativa en Educación y Ciencias Sociales*. San Juan: Publicaciones Puertorriqueñas.

KALIVAS, P. Y O`BRIEN, C. (2008) Drug Addiction as a Pathology of Staged Neuroplasticity. *Neuropsychopharmacology*, 33, 166-180.

KAVANAGH, D. Y CONNOR, J. (2013) Craving: A Research Update. *Addictive Behaviors* 38, pp. 1499-1500.

KOPETZ, C., HART, C., KRUGLANSKI A. Y LEJUEZ, C. (2010) Social Context and Perceived Effects of Drugs on Sexual Behavior among Individuals who use both Heroin and Cocaine. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, Vol. 18 (3), pp.214-220.

LA PERA, G., GIANNOTTI, C., TAGGI, F. Y MACCHIA, T. (2003) Prevalence of Sexual Disorders in those Young Males who later become Drug Abusers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29 (2): 149-156.

MARANDA, M., HAN, C. Y RAINONE, G. (2004) Crack Cocaine and Sex. *Journal of psychoactive drugs*, 36, 315-322.

MCKAY, A. (2005) Sexuality and Substance Abuse Use: the Impact of Tobacco, Alcohol, and Selected Recreational Drugs on Sexual Function. *Sieccan newsletter in the Canadian Journal of human sexuality*, Vol. 40 (1-2).

MONTAÑO, R. (2009) Anomia, Norma y Consumo: La Construcción Subjetiva del Adicto http://ayudamutua.org/rminfo/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=56 extraído el 11.12.11

MONTERO, I. Y LEÓN, O. (2007). Guía para nombrar los estudios científicos en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 7 (3), 847-862.

NIDA: National Institute on Drug Abuse. (2010) Cocaine: Abuse and Addiction. *Research Report Series*. NIH Publication Number 10-4166.

RISO, W. (2009) *Terapia Cognitiva*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

ROTGERS, F. Y ARBURN, B. (2004) Addictive Behavior-Substance Abuse. En: *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. Arthur Freeman (Ed.) p. 14-16

ROTGERS, F. (2004) Relapse Prevention. In: *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. Arthur Freeman (Ed.) p. 327-330.

ROTGERS, F. (1996) Behavioural theory of substance abuse treatment: bringing science to bear on practice, in: ROTGERS, F., KELLER, D. & MORGENSTERN, J. (Eds.), *Treating Substance Abuse. Theory & Technique*. New York: (The Guilford Press).

SELLMAN, D. (2009) The Ten Most Important Things Known About Addiction, *Addiction for Debate*, doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02673.x

STACY, A. Y WIERS, R. (2010) Implicit Cognition and Addiction: A tool for Explaining Paradoxical Behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, Vol 6, pp.551-575.

TAYLOR, S., Y BOGDAN, R. (1987) *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación* (J. Piatigorsky, trad.). Barcelona: Paidós.

UNODC: Oficina Contra la Drogas y el Delito de las Naciones Unidas. (2011) http://www.unodc.org/documents/data-and_analysis/WDR2011/The_cocaine_market.pdf extraído el 29.10.11

VALDÉS, E., GUAJARDO, G. (2007) *Estado del Arte: Investigación sobre Sexualidad y Derechos Sexuales en Chile (1990-2002)*. Rio de Janeiro, CLAM.

VALLEJO, P., GUILLÉN, A. Y SIERRA, J. (2010) Psychometric Properties of the Spanish Version of the Changes in Sexual Functioning. Questionnaire—short-form (CSFQ-14) in a Sample of Males with Drug Abuse History. *Sex Disabil* 28:105-118.

WAGNER, F. Y ANTHONY, J. (2002) From First Drug Use to Drug Dependence: Developmental Periods of Risk for Dependence upon Marijuana, Cocaine, and Alcohol. *Neuropsychopharmacology* Vol. 26, No.4.

WASHTON, A. Y ZWEBEN, J. (2009) Cocaine and Methamphetamine Addiction: Treatment, Recovery, and Relapse Prevention. *Norton Professional Books*.

WENK, E. (2011) *Diseños de Investigación Cualitativa*. Apuntes Docentes Programa de Magister en Clínica de Adultos, Mención Constructivista-Cognitiva, Departamento de Psicología, Universidad de Chile.

YOUNG, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. (3 ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Santiago, Julio de 2012

Estimado(a) participante

La siguiente información tiene por objeto ayudarle a decidir si acepta participar en el presente estudio.

El título de la investigación es “Exploración y Análisis desde la Teoría Cognitiva Conductual a la Sexualidad de pacientes Adictos a Cocaína”. El propósito de la investigación a la cual se le invita es recoger información sobre el cruce entre adicción a cocaína y sexualidad, lo cual es importante, porque ayudará a desarrollar métodos de intervención que aumenten la eficacia de los tratamientos de rehabilitación.

Si usted accede a participar en este estudio, se le realizará una entrevista en profundidad, que probablemente dure entre 40 y 60 minutos, la cual será grabada (sólo audio) a fin de poder transcribir lo que usted dirá. Se le entregará también un cuestionario (autoadministrado) que debiese tomarle aproximadamente 30 minutos para responderlo.

La participación es estrictamente voluntaria, asegurando que su nombre no se mencionará en los hallazgos de la investigación. La información sólo se identificará mediante un código numérico.

Si desea tener información adicional acerca del estudio, antes o después de que finalice, puede ponerse en contacto al teléfono o correo que aquí se señalan.

Agradezco su atención, y cooperación.

Atentamente,

Ps. Claudia Chomali Gallardo
Magister ©U. de Chile
Investigadora

Cel. 8-4192211
cchomali@centroneveria.cl

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de la Ps. Claudia Chomali sobre “Exploración y Análisis desde la Teoría Cognitiva Conductual a la Sexualidad de pacientes Adictos a Cocaína”. He recibido copia de este procedimiento.

Nombre del participante

Firma

Fecha

ANEXO 2 “Resumen de Viñetas”

E	Percepción de Sexualidad Previa	Expectativas sobre la Cocaína en la Sexualidad	Efectos Percibidos en Consumo Social	Efectos Percibidos en Abuso	Efectos Percibidos en Adicción	Evaluación desde la Abstinencia
1	“Harta y mejor”	“Tentación, prohibido, malo, que puede ser rico”	“Abrió el abanico de posibilidades”	No se logra información	“Sexualidad pornográfica”	“Me puso más caliente pero menos funcional”
2	“Relativamente sana pero un poco insatisfecha”	“Perverso pero entretenido”	“Estado mental energético porno desenfrenado” “Nunca experimenté un placer igual”	“Ya no buscas tener sexo con una mujer, buscas sexo con una mujer con cocaína”	“Afloró un área más perversa”	“Jamás voy a experimentar lo que experimenté” “Fue un factor decisivo para mi adicción”
3	“Malas experiencias”	No hay articulación explícita	“Desinhibirme” “Desconexión” “Te aviva el morbo”	“Como que la cocaína te dice ‘Sorry compadre, sin mí nada’”	“Ya no te importaba tener o no tener sexo”	“Como un veneno que pudrió a mi yo sexual, me aniquiló”
4	“Similar antes y después” “Normal”	“Que te proveía una duración más larga”	“Es un facilitador”	No se logra información	“La cocaína ya no es una opción” (para la sexualidad)	“No es que yo a propósito de la cocaína haya tenido otra sexualidad”
5	“Normal entre paréntesis”	No hay articulación explícita	“Desinhibición” “En cierta manera compraba sexo”	“Si no usaba cocaína no me estimulaba”	“No poder acabar”	“Es un corto circuito y muy grande”
6	“Optima”	No hay articulación explícita	“Tener mujeres más asequibles” “Sensación de más riesgo”	“Euforia, más rollos” “me hacía durar más”	“No había intimidad”	“No fué trágico porque estaba con polola”
7	“Buena, pero con la sensación de durar poco”	“Me engancho porque quería durar más”	“Se potenció la pornografía” “Activa 100% el área sexual”	“Si tenía sexo tenía que consumir, era un hábito”	“No había erección o no podía eyacular”	“Creo que va a ser mejor, no tendría por qué tener un drama” ⁶
8	“Muy activa, bastante buena”	“Que tenías una erección más prolongada o durabas más en la cama”	“Te pones más osado, al principio me atrevía a hacer cosas que sin cocaína no podía hacer”	“Tenía el mismo deseo pero a veces me frustraba porque no podía tener erección”	“Se me quitó el deseo sexual, eran más las ganas de consumir cocaína”	“Trauma psicológico, al principio reacio a tener sexualidad”

⁶ Sin experiencias sexuales en abstinencia.

9	“Lo disfrutaba 100%... mucho deseo”	“Empecé para durar más porque eso si lo había escuchado”	“Era placentero porque yo pensaba que rendía más”	“No era placentero, ¡pero habían más ganas!, era descarnado”	“Me interesaba estar más drogado que tener relaciones”	“Están alejadas las ganas de estar en la cama” ⁷
10	-Sin experiencia de sexo sin drogas-	“Que te ayudaba a la erección y a no terminar en las relaciones”	-Considera no haber pasado por esta etapa-	-Considera no haber pasado por esta etapa-	“Ganas de tener placer al máximo, llegué a tener sexo con animales” ⁸	“Miedo a ser eyaculador precoz” “Mala relación, ocupas a tu pareja como objeto”
11	-Sin experiencia de sexo sin drogas-	No hay articulación explícita	“Buena, normal, no tenía problemas...lo pasaba bien ”	“Deseo aumentado, me costaba erectar...usaba pornografía”	“Sin erección o eyaculación tardía”	“Creo que me dejó daño en la erección” ⁹
12	“Creo que normal”	No hay articulación explícita	“Desinhibirme... todo más loco, nunca había tenido sexo así...que fuera duro”	“Siguió siendo extrema...loca”	“No era lo mismo, sentía el deseo de hacer cosas pero no se erectaba, por eso cambiaba de mujeres”	“No se me ocurre acercarme porque mi señora se va a acordar del tema” (prostitución)

⁷ Sin experiencias sexuales en abstinencia.

⁸ Inicio de sexualidad ya siendo adicto.

⁹ Sin experiencias sexuales en abstinencia.