



**¿ES NECESARIO TRABAJAR LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS  
DROGODEPENDIENTES? SEXO, DROGAS Y... ¡EMPECEMOS!  
IS IT NECESSARY TO WORK ON SEXUALITY AMONG PEOPLE WITH  
SUBSTANCE USE DISORDERS? SEX, DRUGS AND... LET'S GO!**

---

Laura Delgado

*Facultat d'Educació i Psicologia, Universitat de Girona*

*[laura.delgado484@gmail.com](mailto:laura.delgado484@gmail.com)*

*<http://orcid.org/0000-0002-2083-4278>*

Fran Calvo

*Serra Húnter Fellow, Departament de Pedagogia, Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida,*

*Universidad de Girona*

*[fran.calvo@udg.edu](mailto:fran.calvo@udg.edu)*

*<https://orcid.org/0000-0002-0300-8548>*

## Resumen

**Introducción:** Aunque el consumo de drogas recreativas y los tratamientos farmacológicos tienen un fuerte impacto en la sexualidad de los individuos que padecen trastornos por consumo de sustancias, la sexualidad no suele incluirse en los planes de trabajo de los servicios residenciales especializados. **Objetivos:** Los objetivos de este estudio fueron analizar la salud sexual de las personas usuarias en el contexto residencial de atención, así como relacionar los contenidos de las normativas de los servicios en materia de sexualidad con la opinión sexual tanto de personas usuarias como de las figuras profesionales. **Resultados:** Los principales resultados indicaron que no se trabaja la sexualidad en la mayoría de los centros. Por otro lado, las personas usuarias presentan cifras elevadas de disfunción sexual. Finalmente, la opinión sexual de estas fue generalmente positiva. **Conclusión:** En conclusión, pese a los altos índices de disfunciones sexuales en personas usuarias, no se trabaja la sexualidad en centros residenciales en drogodependencias; la opinión sexual de personas implicadas no supone un impedimento.

## Abstract

**Introduction:** Although the use of recreational drugs and pharmacological treatments have a strong impact on the sexuality of individuals with substance use disorders, sexuality is not usually included in the work plans of specialized residential services. **Goals:** The goals of this study were to analyze the users' sexual health in the context of residential care, as well as connecting the contents of the regulations regarding sexuality with the users' and professionals' sexual opinion. **Results:** The main results indicate that sexuality is not worked on in most centers. On the other hand, users presented a high level of sexual dysfunction. Finally, their sexual opinion was generally positive. **Conclusion:** In conclusion, despite the high level of sexual dysfunction among users, sexuality is not worked on in drug dependence residential centers; the sexual opinion of the people involved doesn't create an impediment.

## Palabras Clave

Tratamiento residencial, drogodependencia, sexualidad, programa de intervención, opinión sexual, drogas.

## Keywords

Residential treatment, drug dependence, sexuality, intervention program, sexual opinion, drugs.

## ¿Es necesario trabajar la sexualidad de las personas drogodependientes?

### Sexo, drogas y... ¡Empecemos!

Los servicios residenciales de atención a drogodependencias tienen la función de acompañar a la persona en el proceso de deshabitación de la sustancia y su mantenimiento, en un contexto donde se promueven cambios positivos en el comportamiento relacionado con el consumo de drogas (Fernández-Montalvo et al., 2008). En España existen principalmente dos recursos que ofrezcan tratamiento residencial de drogodependencias, las Comunidades Terapéuticas (CT) y Pisos terapéuticos de reinserción (PT) (Gobierno de España, 2020).

Las CT son centros residenciales de tratamiento socioeducativo, psicosocial y terapéuticos, cuyo objetivo es la rehabilitación y la reinserción social de personas con problemas de drogodependencias (del Pozo & Gómez, 1999). La misma comunidad, formada por el entorno social, los compañeros y los profesionales es lo que constituye este modelo de tratamiento (Leon, 1995) ya que los individuos a menudo inician el auto-cambio a través de la observación e identificación con otros en el proceso de cambio (De Leon, 1994). El planteamiento terapéutico de las CT se propone desde una perspectiva centrada en la persona, significa que esta es la protagonista de su rehabilitación, considerada de forma integral y entendiendo que la situación que vive responde a distintas causas sociales, éticas, psicológicas, fisiológicas, culturales, teológicas y sexuales (Pérez, 2018).

Los PT, como las CT, son un espacio de convivencia con la finalidad de potenciar hábitos de convivencia, habilidades sociales y autonomía personal en los que la persona tiene más contacto con el contexto próximo, con el objetivo de desarrollar los aspectos individuales trabajados durante todo el proceso. (GENCAT, 2017). Los PT suelen plantearse como una segunda fase de un tratamiento residencial tras un proceso de CT, aunque también pueden ser servicios de primera línea y no condicionados a tratamientos previos, dependiendo de las características de las personas usuarias (Coordinadrog, 2022).

Los servicios residenciales de drogodependencias suelen estar gestionados por entidades concertadas con la administración para el desarrollo de funciones públicas (GENCAT, 2010). Así, aún en un marco de referencia común, los diferentes centros, establecen sus propias normativas de régimen interno, coherentes a su vez con los objetivos de las entidades de las que dependen y que pueden ser distintos entre ellos dependiendo de la población específica a la que se atiende o a la orientación terapéutica (GENCAT, 2014).

En las normativas internas de los centros residenciales, se establece el marco de convivencia del servicio, entre el que se incluyen las diferentes consecuencias a las que las personas usuarias deberán enfrentarse en caso de incumplimiento de estas (De Leon, 1994). Tradicionalmente los servicios residenciales en tratamiento de drogodependencias comparten unas llamadas “reglas de oro”, y el no cumplimiento de estas, suele ser motivo de expulsión (Fernández et al., 2013). El ejemplo más claro de estas reglas es el consumo de drogas, ya que mayoritariamente, el no mantenimiento de la abstinencia repercute en una expulsión directa (temporal o definitiva) y el cese del programa de tratamiento residencial; otro ejemplo hace referencia a la no violencia, es decir, todo lo considerado maltrato social o agresiones, también supondría expulsión (Guerrero et al., 2006).

Una de estas reglas que comparten la mayoría de los centros residenciales se refiere al mantenimiento de relaciones sexo-afectivas, prohibiendo todo vínculo afectivo-erótico entre personas usuarias, mientras dure el tratamiento (Fernández et al., 2013). Los motivos para que las relaciones sexo-afectivas no estén permitidas son el riesgo que pudiera suponer respecto a la pérdida de interés por el tratamiento por focalizarse este en el objeto de deseo y, por otro lado, todo lo relacionado con la necesidad de control de impulsos, particularmente sexuales (Leon, 1995).

La Organización Mundial de la Salud, especifica que la sexualidad es un aspecto fundamental del ser humano, abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual (OMS, 2018). Los beneficios que aporta educar a nivel sexual afectan a diversos ámbitos de las personas; ya que el desarrollo de la sexualidad ayuda a reforzar la autoestima, la autoimagen, a sentirnos con más vitalidad y a pensar en la importancia de una vida sexual adecuada para el bienestar y la salud física y psíquica de las personas, además de

favorecer una visión integral más positiva de una misma y a establecer mejores relaciones con otras personas y con el entorno (Franco & Ytarte, 2019).

## El efecto nocivo de las drogas en las relaciones sexuales y su relación con la disfunción sexual

Muchas personas con trastornos por consumo de sustancias han establecido relaciones con las drogas en las que estas han mediado con sus relaciones sexo afectivas estableciéndose condicionantes para que sus relaciones no pudieran desarrollarse de forma positiva (Bourne, et al., 2014). Por un lado, algunas drogas se utilizan antes o durante las relaciones sexuales con la finalidad de iniciar, prolongar, sostener o intensificarlas (Dolengevich-Segal et al., 2017). Esta instrumentalización de las drogas se relaciona a su vez con el auto-concepto (que incluye la autoestima y las relaciones con otras personas) (Espada et al., 2008). El auto concepto desempeña un papel protagonista en las prácticas sexuales de riesgo ya que, las personas con niveles bajos son más susceptibles de utilizar drogas para superar o evadir problemas relacionados con la confianza sexual o con la autoestima (Espada et al., 2008), por lo tanto, el trabajo del autoconcepto en relación al uso de las drogas con fines de carácter sexual sería necesario de ser incluido en los planes de trabajo desarrollados en centros de tratamiento especializado.

Pese a la búsqueda de los resultados positivos del uso de drogas en la sexualidad, sea como facilitador o potenciador del placer sexual, se debe tener en cuenta que a medio y largo plazo la influencia de las drogas puede provocar efectos no deseados (Giorgetti et al., 2017), especialmente problemas de disfunción (González, et al. 2005). La disfunción sexual masculina puede suponer disminución de la libido, disfunción eréctil y trastornos en la eyaculación y en las mujeres, puede suponer falta de interés sexual, alteración de la excitación, incapacidad para lograr un orgasmo o dolor en la actividad sexual (Llover & Jiménez, 2017).

En relación con la disfunción sexual provocada por el consumo de drogas, existe una influencia en la respuesta sexual, concretamente en el deseo, y también en la excitación y el orgasmo (Sayin & Schenck, 2019). En relación con el deseo, muchas drogas lo reducen (Bellis & Hughes, 2004). La principal finalidad del uso de drogas en relación con el deseo es la desinhibición como dimensión central de su utilidad, vinculada a la autoexpresión y al dejarse llevar (Smith & Tasker, 2018). Referente a la excitación, en el caso del sexo masculino, las drogas a largo plazo afectan al fracaso en la erección y la impotencia; en el sexo femenino, altera el lívido y la lubricación (González et al., 2005). En ambos sexos, las drogas pueden afectar a la respuesta sexual llegando a generar frustración (Milhet et al., 2019). Finalmente, en cuanto al orgasmo, teniendo en cuenta los efectos que tienen durante la excitación, puede imposibilitar el orgasmo (González et al., 2019). Asimismo, las drogas pueden conducir a la no existencia de orgasmos durante las relaciones sexuales (Milhet et al., 2019).

Además, para las personas que padecen una drogodependencia, la disfunción sexual es un efecto secundario habitual (Ramírez, 2019). Pero es que además dicha disfunción en la dimensión sexual puede ser inducida por los efectos secundarios indeseables de los fármacos dirigidos al tratamiento de las drogodependencias y de otros trastornos comórbidos (Llover & Jiménez, 2017). Cuando la disfunción sexual provocada por los fármacos no se trata, la situación puede conducir a dificultades psicosociales o a un incumplimiento terapéutico –por ejemplo, que los pacientes no deseen seguir el tratamiento farmacológico debido al efecto en forma de disfunción sexual- (Llover & Jiménez, 2017).

Sabiendo que raramente se incluye la sexualidad en las intervenciones, puede llegar a convertirse en tabú durante el tratamiento, de la misma forma que en la sociedad misma ya está considerada tabú (Cestero, 2015). Por este motivo las percepciones de los profesionales podrían estar influyendo en las propuestas terapéuticas que se trabajan en los centros, independientemente su valor técnico profesional, su efectividad o su contraste científico (Paiva et al., 2014).

La relación de los consumos de drogas, las drogodependencias y la sexualidad es muy estrecha. Pese a esta relación y a las consecuencias del consumo de drogas en la sexualidad, existe un desconocimiento sobre hasta qué punto la sexualidad se incluye en los planes terapéuticos del tratamiento residencial más allá de la consideración del sexo como una posible adicción conductual, cabe decir que sin que exista base científica para que la conducta sexual sea realmente una adicción con entidad propia (Calvo et al., 2018; Carbonell et al., 2021). Los objetivos de este estudio fueron, i) analizar si en los centros residenciales en tratamiento de drogodependencias se incluye la sexualidad dentro de los planes de trabajo de reinserción social y las implicaciones de este trabajo (o su ausencia) en el proceso de

reinserción, ii) analizar el comportamiento o problemas sexuales de las personas usuarias, así como su opinión sexual durante el tratamiento y iii) analizar la influencia de la opinión sexual de profesionales de la educación social en su posicionamiento técnico sobre el abordaje de la sexualidad.

## **Método**

### ***Diseño***

Estudio observacional, transversal y analítico.

### ***Población objeto de estudio***

La población objeto de estudio, fueron las personas usuarias de centros residenciales en tratamiento de drogodependencias y profesionales de estos centros residenciales.

### ***Muestra***

La muestra de este estudio estuvo formada por 69 participantes (55 usuarios y 14 profesionales) de cuatro centros residenciales de tratamiento de drogodependencias.

### ***Procedimiento***

Durante los meses de enero y marzo de 2021, se contactó con los cuatro centros residenciales, todos ellos especializados en drogodependencias.

En grupos diferenciados de personas usuarias y profesionales, en los espacios de los mismos centros, se presentó el estudio, así como los instrumentos que se utilizarían. Las personas usuarias, rellenaron los cuestionarios en la misma sala, de manera individual y privada. La duración de la explicación y la posterior recogida de datos fue, aproximadamente, de una hora y media.

Los profesionales, rellenaron el cuestionario y respondieron a la entrevista en el despacho de manera privada. La duración de las entrevistas y los cuestionarios a los/las profesionales no duró más de 30 minutos.

### ***Instrumentos***

Los instrumentos empleados en este estudio fueron:

Entrevista estructurada individual (exclusivamente para profesionales). En esta entrevista, se realizaron las siguientes preguntas abiertas: i) si la normativa contenía información acerca del sexo entre usuarias, ii) sobre las consecuencias de mantener relaciones sexuales, iii) si se trabajaba la sexualidad y si creían que era importante trabajarla, iv) sobre la formación que creían tener para realizar intervenciones educativas en este ámbito (Likert 1-10 en la que 1 significaba nada de formación e imposibilidad de educar y 10 significaba mucha formación con capacidad de educar).

Escala Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ) (Keller et al., 2006). El CSFQ utiliza escalas Likert de 5 puntos para autoevaluar los comportamientos o problemas sexuales de las personas usuarias en una serie de áreas con un punto de corte global, de disfuncionalidad de 47 puntos en hombres y de 41 puntos en mujeres. La escala general, se divide en 5 sub-escalas: En cuanto al deseo y la frecuencia, los evalúa una escala de 2 ítems sobre la frecuencia de los actos sexuales, incluidas las relaciones sexuales y la masturbación, y la frecuencia del deseo de participar en la actividad sexual; el punto de corte es de 8 en hombres y en mujeres de 6. El deseo e interés, de midió con una escala de 3 ítems que evalúa el interés y el deseo por experiencias sexuales expresadas en la frecuencia de pensamientos

o fantasías sexuales y sentimientos de disfrute provocados por la erótica; el punto de corte de disfuncionalidad en hombres es de 11 y en mujeres de 9. La excitación, constaba de una escala de 3 ítems que evalúa la frecuencia de excitación, facilidad de excitación y lubricación / erección vaginal adecuada durante la actividad sexual; el punto de corte de disfuncionalidad en hombres es de 13 y de 12 en mujeres. El orgasmo o compleción, se midió en una escala de 3 ítems que evalúa la capacidad de uno para lograr el orgasmo, incluida la frecuencia de los orgasmos, la capacidad para lograr orgasmos cuando se desea y el grado de placer derivado del orgasmo; el punto de corte de disfuncionalidad de este ítem en hombres es de 13 y en mujeres de 11. El placer, constaba de un solo elemento que evalúa el disfrute actual de la vida sexual en comparación con el disfrute pasado; el punto de corte de disfuncionalidad de este tanto en hombres como en mujeres es de 4. Finalmente, la escala consta de dos ítems, el 10 (hombres: con qué frecuencia experimenta erecciones dolorosas. Mujeres: con qué frecuencia llega a la excitación y luego pierde interés) y el 14 (Con qué frecuencia tiene orgasmos dolorosos). Estos dos ítems no forman parte de ninguna subescala pero se suman al valor final.

Escala Revisada de Opinión Sexual (EROS) (del Río Olvera et al., 2013). Esta escalera, está formada por 20 ítems de respuesta Likert (1-7). Mide un concepto bipolar, erotofobia-erotofilia, que responden a lo aprendido para responder ante estímulos sexuales. La erotofobia, hace referencia al polo negativo, estas personas tienden a responder con actitudes negativas ante estímulos sexuales e intentando evitarlos. La erotofilia, hace referencia al polo positivo, estas tendrían un comportamiento contrario, responderán con actitudes más positivas ante estímulos sexuales y buscarían estos estímulos.

### **Análisis estadístico**

Para el análisis descriptivo de las variables se usaron medidas de tendencia central y dispersión en el caso de las cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para las categóricas. Para la comparación de promedios se utilizaron medidas paramétricas (t de Student) y no paramétricas (U de Mann-Whitney) según normalidad de variables a partir del resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S) para determinar la bondad de ajuste de las variables cuantitativas.

### **Aspectos éticos**

Se contactó con los centros, con la finalidad de obtener el consentimiento de las direcciones para participar en el estudio y pasar los cuestionarios a las personas usuarias y a las profesionales. Se informó que los datos recogidos serían codificados y anonimizados para mantener en todo momento la confidencialidad de los participantes. Estos, después de recibir información sobre el estudio y la explicación de las garantías de poder interrumpir el cuestionario en el momento deseado, firmaron un consentimiento informado con el que autorizaron a la utilización de los datos confines de investigación.

## **Resultados**

### **Descriptivos de la muestra**

Finalmente participaron el 74.3% de las personas usuarias (55 participantes) de las que el 87.3% fueron hombres y 12.7% fueron mujeres.

Con relación a las figuras profesionales participaron, el 50% de los profesionales (14/28 participantes) y la edad media fue de 33.5 años (DE = 8.4; Rango = 21–49 años). Todas las participantes fueron mujeres, el 71.4% de ellas conformación de educadoras o integradoras sociales. La media de meses de experiencia en el centro fueron 63.2 (DE = 62.3; Rango = 8-204).

La prueba K-S (gl = 55) determino como variables con una distribución normal las siguientes: deseo interés (K-S = 0.118; p = 0.054), puntuación total de CSFQ (K-S = 0.114; p = 0.070) y puntuación de escala EROS (K-S = 0.066; p = 0.200) y como no normal deseo frecuencia (K-S = 0.135; p = 0.014), excitación (K-S = 0.214; p = <0.001), orgasmo (K-S = 0.155; p = 0.002) y placer (K-S = 0.209; p = <0.001).

### ***Sobre las normativas de los centros en materia de sexualidad***

En las entrevistas realizadas a las profesionales, estos indicaron que en tres de los cuatro centros la normativa contenía información acerca del sexo entre usuarias, es decir, en uno de los centros no se hacía referencia al área de sexualidad de las personas usuarias, a su regulación y las consecuencias por la conducta relacionada. En las tres normativas que sí contenían información se especificaba la prohibición, expresa que de mantener relaciones sexuales se penalizaba con la expulsión directa de la persona.

Por otro lado, tres centros no realizaron ningún tipo de intervención profesional sobre la sexualidad. El único centro residencial donde se trabajaba la sexualidad es el que no penalizaba las relaciones, pero también el que no comentaba nada de este tema en la normativa.

Todas las personas entrevistadas, creían que trabajar la sexualidad en los centros es de vital importancia.

Finalmente, respecto la formación que las entrevistadas creían tener para poder desarrollar intervenciones adecuadas en sexualidad con las personas usuarias fue de un promedio de 5.6 sobre 10 (DE = 1.7).

### ***Salud sexual de las personas usuarias***

El promedio de los resultados del CSFQ en hombres fue de 47.3 (DE = 10.5) y en mujeres 42.1 (DE = 11.9). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre géneros ( $t = 1.194$ ;  $gl = 53$ ;  $p = 0.238$ ).

Comparando las puntuaciones de las escalas entre hombre y mujeres, respecto a las subescalas del CSFQ, el promedio total de deseo sexual frecuencia de las relaciones fue de 6.4 puntos en el caso de los hombres (DE = 2.0) y de 5.3 en el caso de las mujeres (DE = 1.9), no encontrándose diferencias entre géneros (U de Mann Whitney = 112.5;  $p = 0.164$ ). En cuanto al deseo e interés fue de 8.1 puntos en hombres (DE = 2.7) y de 6.6 puntos en mujeres (DE = 3.6) ( $t = 1.100$ ;  $gl = 6.97$ ;  $p = 0.308$ ).

En la subescala de excitación el promedio en hombres fue de 10.9 (DE = 3.5) y en mujeres de 8.7 (DE = 3.7) U de Mann Whitney = 106.5;  $p = 0.122$ ). El promedio total de orgasmo o compleción fue de 10.4 en hombres (DE = 3.5) y de 9.4 en mujeres (DE = 2.5) (U de Mann Whitney = 129.5;  $p = 0.338$ ). Finalmente, en cuanto a la subescala de placer, los hombres tuvieron un promedio de 2.4 puntos (DE = 1.4) y las mujeres de 2.6 (DE = 1.7) (U de Mann Whitney = 163.5;  $p = 0.912$ ). Por lo tanto no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos géneros.

**Tabla 1**

Promedios y puntos de corte de las puntuaciones de la escala *Changes in Sexual Functioning Questionnaire*

	Genero	n	Promedio	Desv. Est	Punto de corte disfuncionalidad < X
Deseo frecuencia	Hombre	48	6.4	2.0	< 8.0
	Mujer	7	5.3	1.9	< 6.0
Deseo interés	Hombre	48	8.2	2.7	< 11.0
	Mujer	7	6.6	3.6	< 9.0
Excitación	Hombre	48	10.9	3.5	< 13.0
	Mujer	7	8.7	3.7	< 12.0
Orgasmo	Hombre	48	10.4	3.5	< 13.0
	Mujer	7	9.4	2.5	< 11.0
Placer	Hombre	48	2,4	1.4	< 4.0
	Mujer	7	2.6	1.7	< 4,0
TOTAL	Hombre	48	47.3	10.5	< 47
	Mujer	7	42.1	11.9	< 41

Estos resultados indicaron disfuncionalidad sexual en todas las áreas investigadas, excepto en el total debido a que los ítems 10 y 14 del test CSFQ no forman parte de ninguna subescala pero se suman de manera invertida al final, debido a estos ítems, el total de los test incrementó.

### **Opinión sexual de las personas usuarias y las figuras profesionales**

En cuanto a la opinión sexual, el promedio de puntuación de la escala EROS de las personas usuarias fue de 77.1 (DE = 19.7) y una mediana de 77 (Min = 20, Q1 = 61, Q3 = 92, Max = 120).

El promedio de las profesionales fue de 87.4 (DE = 11.7) y una mediana de 88.5 (Min = 59, Q1 = 82, Q3 = 96, Max = 107).

Tanto las personas usuarias como las profesionales superaron el punto de corte establecido en 60 puntos, por lo que ambos tendían a tener una opinión sexual erotofílica y, por lo tanto, no erotofóbica.

### **Discusión**

El objetivo de este estudio fue analizar si la sexualidad se incluía en los planes de trabajo de personas ingresadas en centros residenciales de tratamiento de las drogodependencias, los comportamientos y disfunciones sexuales de las personas usuarias, así como la opinión sexual de usuarias y profesionales. Los principales hallazgos indicaron que en los centros no se incluye la sexualidad como área de trabajo dentro del tratamiento integral de la persona y que además existe una alta disfuncionalidad sexual de las personas usuarias. También se comprobó que la opinión sexual de ambos grupos no suponía una barrera para la intervención en este ámbito.

La sexualidad es una parte importante el ser humano. La educación en sexualidad constituye pues una necesidad en la actualidad y pese a esto, como se ha podido comprobar, no forma parte de los planteamientos socioeducativos actuales especializados en drogodependencias. Nuestros resultados indicaron que la sexualidad no se incluye dentro de los planteamientos educativos o terapéuticos de los servicios analizados. La intervención se reduce a un sistema normativo punitivo con respecto al mantenimiento de relaciones sexuales dentro de los centros, penalizando el acto con la expulsión. Por otra parte, se insiste en el trabajo integral para con la persona con el objetivo de centrarse en la



persona y en sus necesidades cambiantes (Martínez, 2019).

Existe una necesidad obvia de que se diseñen programas específicos de intervención en la sexualidad de personas con trastornos por consumos de sustancias ya que los efectos directos de las drogas de abuso causan disfunciones en la sexualidad (Chaves, 2019). Respecto a estos efectos perjudiciales del consumo de drogas en la sexualidad a largo plazo, en el caso del sexo masculino, genera disminución de hormonas masculinas, disminución en la producción de espermatozoides, disfunción eréctil, disminución del deseo sexual, impotencia, infertilidad, retraso en la eyaculación y disfunción sexual. En el caso del sexo femenino, provoca una alteración del ciclo menstrual, trastornos en la ovulación, disminución del deseo sexual, anorgasmia, disminución de la lubricación vaginal, bloqueo de la respuesta sexual, disfunción sexual e infertilidad (González et al., 2005). Debe incluirse, además, en el caso de las mujeres en tratamiento de drogodependencias que generalmente tienen una perspectiva negativa respecto a su sexualidad, como consecuencia de experiencias traumáticas, ya que, muchas veces viven en ambientes familiares de violencia y maltrato en muchos sentidos, asimismo el consumo de drogas se podría considerar como el espacio de evasión (Guerrero et al., 2006).

Otro elemento a tener en cuenta es que el efecto de los fármacos que forman parte del tratamiento médico de la drogodependencia provoca muchas disfunciones sexuales, de las cuales la mayoría se pueden revertir, con la reducción o sustitución del medicamento, pero que igualmente tienen un impacto a corto plazo en la sexualidad de la persona y su auto concepto (Llover & Jiménez, 2017). Siendo posible, si antes de iniciar tratamientos con medicamentos que puedan causar disfunción sexual, se obtiene un historial de la función sexual de la persona; complementada con una discusión abierta del problema, pudiendo ayudar a reducir la falta de adherencia más adelante; se debe ofrecer terapia psicosexual y, con todos los pacientes, atención integral de la persona (Smith, 2007).

Un buen trabajo terapéutico en el ámbito de la sexualidad favorece la autoestima, la autoimagen, fomenta la salud física y psíquica de las personas y ayudaría a establecer mejores relaciones (Alcaide, 2009). Teniendo en cuenta que en nuestra sociedad muchos de los problemas psicológicos presentes como el consumo problemático de drogas, están relacionados en gran medida con una autoestima baja o defectuosa (Alcaide, 2009) trabajar en este ámbito es una necesidad y la educación desempeña un papel muy fundamental (Franco & Ytarte, 2019). Debe añadirse además que el bienestar sexual puede influir en la motivación para el tratamiento de las adicciones (Chaves, 2019) y, por lo tanto, no incluir esta área en los planes de trabajo podría incluso tener un efecto contraproducente.

Como se ha mostrado en los resultados, todos los usuarios presentaron disfunciones sexuales en alguna de las cinco subescalas (deseo, placer, frecuencia, excitación y orgasmo). Esta elevada prevalencia de disfunción nos indica una necesidad urgente de intervención en el ámbito de la sexualidad en el ámbito específico de las drogodependencias. Otros estudios, concuerdan con que la disfunción sexual parece ser común entre personas dependientes a sustancias, apuntando que la terapia en sexualidad mejora la motivación hacia el tratamiento en drogodependencias de las personas usuarias (Prabhakaran et al., 2018). Otros estudios, también destacan que la importancia que dan los usuarios drogodependientes al sexo es muy elevada, pero por otro lado su satisfacción sexual es muy baja, haciendo hincapié, también, en la frecuencia de disfunciones sexuales en personas drogodependientes (Llanes et al., 2019). Debemos tener en cuenta que el hecho de que los centros residenciales atiendan a la persona de manera integral y la interacción de ese todo puede ser esencial para la eficacia del tratamiento (Fernández-Montalvo et al., 2008). Dicho de otro modo, sabemos que la presencia de disfunciones sexuales en una persona usuaria puede incluso conducir a la falta de adherencia al tratamiento (Grover et al., 2014) y por otro lado existe una preocupación histórica de los profesionales de las drogodependencias respecto la falta de adherencia de los pacientes al tratamiento (Calvo et al., 2019).

Esta información abre algunas preguntas: ¿Podría el trabajo en la sexualidad mejorar las tasas de retención de los pacientes en servicios de drogodependencias?, ¿mejoraría su calidad de vida? ¿Qué impedimento hay para trabajar la sexualidad en centros residenciales en tratamiento de drogodependencias si se exige una necesidad urgente y favorece los tratamientos? Vías de investigación futuras deberían interesarse por este hecho y tratar de analizar cuáles son los impedimentos de este tipo de recursos para trabajar la sexualidad como un área de la persona.

En ausencia de una hipótesis directa que dé respuesta al hecho de que no se incluya la sexualidad en los proyectos de tratamiento de los centros especializados, se podría señalar la posible influencia del tabú que supone el sexo en nuestra sociedad. Ese tabú aumenta cuando se incluye el uso de sustancias externas en las prácticas sexuales (Frago & Sáez, 2012). En este contexto, la opinión sexual de personas usuarias y profesionales mostraron una presencia ma-

yoritaria de personas con puntuaciones tendientes a la erotofilia, eliminando la posibilidad de que la opinión pudiera suponer una limitación para poder intervenir en el ámbito de la sexualidad de las personas.

Finalmente, respecto la formación que las profesionales entrevistadas creían tener para poder desarrollar intervenciones adecuadas en sexualidad con las personas usuarias resultó ser muy bajo. Así pues, en la medida en la que se lleven a cabo estos programas de intervención también será necesaria la formación de los profesionales ya que, quienes imparten programas sobre sexualidad, van a requerir una formación especializada en la intersección de las dos materias: en sexualidad y en drogodependencias. Existen programas para mejorar la salud sexual de las personas drogodependientes. Uno de ellos fue diseñado para contribuir a este ámbito poco explorado y para hacer la posterior evaluación para comprobar las consecuencias positivas de este programa, la base de este, tenía en cuenta que un programa de intervención afectivo-sexual podía mejorar el funcionamiento sexual en drogodependientes, disminuyendo problemas derivados con la adicción; así pues, este estudio, tenía como objetivo, favorecer el bienestar de personas usuarias con su sexualidad con el fin de beneficiar el éxito del tratamiento de drogodependencias (Chavez, 2019).

Tras considerar los resultados de los estudios realizado, es importante arrojar algunas recomendaciones para políticas de diseño e intervención en el ámbito especializado del tratamiento residencial de las drogodependencias. Estas recomendaciones son:

i) La implantación de intervenciones dirigidas a la sexualidad. Las intervenciones podrían ir dirigidas a tres aspectos de la sexualidad, el deseo, la excitación y el orgasmo. En primer lugar, ofrecer a las personas usuarias la información necesaria básica en relación a la sexualidad y los aspectos comentados. En segundo lugar, conocer las diferentes partes de los genitales en relación al placer así como la relación de la sexualidad y las drogas. Ofrecer un espacio donde quien quiera pueda compartir vivencias y finalmente desmentir creencias sobre la sexualidad que puedan generar inseguridades o miedos. Estas intervenciones, aportarían beneficios a las personas usuarias en relación a la autoestima y autoimagen, favoreciendo, asimismo, el tratamiento.

ii) La formación de las figuras profesionales en sexualidad o la contratación de sexólogos con formación en drogodependencias.

iii) La creación de entornos de conversación explicativa para contextualizar y prevenir a la persona de los efectos nocivos sobre la sexualidad de los fármacos que se incluyen en los tratamientos posibilitando y naturalizando conversaciones respecto el tema. Esta intervención se podría fomentar a través de espacios individuales y grupales informativos y terapéuticos sobre el efecto de éstos en la sexualidad donde usuarios y sus parejas o familiares pudieran intercambiar sus frustraciones, sus miedos y angustias para así recibir información de calidad sobre el tema.

En el presente estudio se ha discutido que la opinión sexual de usuarios y profesionales no tiene por qué ser una barrera para desarrollar estas acciones, y al contrario, esta visión positiva de la sexualidad y un estado negativo de la salud sexual de las personas usuarias exige una profunda reflexión sobre el tipo de intervenciones que se llevan a cabo en la actualidad en este sentido. Así pues ¿Qué nos frena a completar la visión integral de las personas, con la sexualidad?

Este estudio no está exento de limitaciones: en primer lugar, la muestra fue pequeña, aunque por otro lado se trató de prácticamente la totalidad de las personas usuarias de los servicios residenciales en los que se llevó a cabo el estudio. Por otra parte, no se recogió la edad de las personas usuarias para mantener la confidencialidad atendiendo a que en determinados servicios había pocos usuarios y este dato podría intervenir en la confidencialidad de los datos. Esta variable, la edad, podría haber arrojado algunos resultados relacionados con ella, como si la época en la que crecieron y se educaron, influye en los resultados y las personas jóvenes tienen mejor opinión sexual que las personas mayores. Debe además tenerse en cuenta que la poca presencia de mujeres en el corte transversal no permitió un análisis en clave de género. Tampoco se incluyeron variables relacionadas con el Chemsex. Vías futuras de investigación deberían tener en cuenta las diferentes identidades de género a la hora de considerar el análisis del trabajo de la sexualidad en los centros residenciales, así como el Chemsex, entendido como el uso de las drogas para la conducta sexual entre (de) hombres.

En conclusión, pese a que en los centros de tratamiento residencial en drogodependencias se lleven a cabo intervenciones profesionales especializadas con la persona de manera integral, la sexualidad no forma parte del diseño

del tratamiento pese a padecer altos índices de disfunción sexual cosa que, por otro lado, es un aspecto de vital importancia en el desarrollo de las personas y puede tener una influencia determinante incluso en el buen desarrollo del tratamiento mismo. Este hecho refuerza la necesidad de desarrollar programas de intervención especializadas en este ámbito, para lo que no es un impedimento la opinión sexual de las personas implicadas.

## Agradecimientos

A los servicios que nos han permitido la realización de las entrevistas. A los participantes voluntarios que han dedicado una parte de su tiempo en este estudio, el cual sin ellos, no hubiera sido posible.

## Referencias

- Alcaide Risoto, M. (2009). Influencia del rendimiento y autoconcepto en hombres y mujeres. *Revista electrónica de investigación y docencia*, 2, 27-44.
- Bellis, M. A., & Hughes, K. (2004). Posiciones sexuales. Relación entre alcohol, drogas y sexo. *Adicciones*, 16(4), 249-258. <https://doi.org/10.20882/adicciones.390>
- Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Rueda, S. T., & Weatherburn, P. (2014). *The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham*. Sigma Research
- Calvo, F., Carbonell, X., Oberst, U., & Fuster, H. (2018). May the passion be with you: The addictive potential of collectible card games, miniatures, and dice of the Star Wars universe. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(3), 727-736.
- Cestero Mancera, A. M. (2015). La expresión del tabú: estudio sociolingüístico. *Boletín de filología*, 50(1), 71-105. <https://doi.org/10.4067/S0718-93032015000100003>
- Carbonell, X., Calvo, F., Panova, T., & Beranuy, M. (2021). Consideración crítica de las adicciones digitales. *Digital Education Review*, 39, 4-22.
- Chaves Suazo, P. J. (2019). *Programa de intervención para mejorar la salud sexual en drogodependientes*. <https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/23841/TFG.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Coordinadrog. (2022). *Coordinadora de comunitats terapèutiques, pisos de reinserció i centres de dia de Catalunya*. <http://coordinadrog.org/cas/quienes-somos/>
- De Leon, G. (1994). The therapeutic community: Toward a general theory and model. *NIDA research monograph*, 144, 16-53.
- Del Pozo, J. L., & Gómez, C. F. (1999). Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. *Adicciones*, 11(4), 329-336. <https://doi.org/10.20882/adicciones.612>
- del Río Olvera, F. J., Vega, D. J. L., & Santamaría, F. C. (2013). Adaptación del cuestionario Sexual Opinion Survey: Encuesta Revisada de Opinión Sexual. *Revista internacional de Andrología*, 11(1), 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2012.09.003>
- Dolengevich, H., Rodríguez, B., Ballesteros, J., & Molina, R. (2017). Chemsex. An emergent phenomenon Chemsex. Un fenómeno emergente. *Adicciones*, 29(3), 207-210. <https://doi.org/10.20882/adicciones.894>
- Espada, J. P., Antón, F. A., & Torregrosa, M. S. (2008). Autoconcepto y búsqueda de sensaciones como predictores de las conductas sexuales bajo los efectos de las drogas en universitarios. *Salud y drogas*, 8(2), 137-155.

Fernández, J. S. M., Morales, S. C., Caso, A. A. C., Ramírez, G. C., & Cuellar, M. O. F. (2013). *Comunidad terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas*. <http://www.fundacioncasanueva.org.mx/guiapdf.pdf>

Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Illescas, C., Landa, N., & Lorea, I. (2008). Evaluation of a therapeutic community treatment program: A long-term follow-up study in Spain. *Substance Use & Misuse*, 43(10), 1362-1377. <https://doi.org/10.1080/10826080801922231>

Frago, S., & Sáez, S. (2012). *Drogas y sexualidad. Repercusiones en la vida erótica. Drogas y Sexualidad. Repercusiones en la vida erótica*. [https://www.gazteukera.euskadi.eus/r58-7657/es/contenidos/noticia/materiala\\_sexualitatea/es\\_material/adjuntos/drogasYsexualidad.pdf](https://www.gazteukera.euskadi.eus/r58-7657/es/contenidos/noticia/materiala_sexualitatea/es_material/adjuntos/drogasYsexualidad.pdf)

Franco, M. T. B., & Ytarte, R. M. M. (2019). *Educación en sexualidad e igualdad. Discursos y estrategias para la formación de docentes y educadores sociales*. Midac, SL. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=731623>

GENCAT. (2014). *Comunitats terapèutiques*. [https://drogues.gencat.cat/ca/professionals/tractament/xarxa\\_de\\_recursos\\_assistencials/comunitats\\_terapeutiques/](https://drogues.gencat.cat/ca/professionals/tractament/xarxa_de_recursos_assistencials/comunitats_terapeutiques/)

GENCAT. (2010). *Cartera de Serveis Socials*. <https://dps.gencat.cat/ccs/lLista.do>

GENCAT. (2017). *Red asistencial de recursos de atención a las drogodependencias*. [https://drogues.gencat.cat/es/professionals/tractament/xarxa\\_de\\_recursos\\_assistencials/](https://drogues.gencat.cat/es/professionals/tractament/xarxa_de_recursos_assistencials/)

Giorgetti, R., Tagliabracci, A., Schifano, F., Zaami, S., Marinelli, E., & Busardò, F. P. (2017). When “chems” meet sex: a rising phenomenon called “chemsex”. *Current neuropharmacology*, 15(5), 762-770. <https://doi.org/10.2174/1570159X15666161117151148>

Guerrero Nuñez, R., Jeria Cabello, R., & Ruz Aguilera, O. (2006). *Comunidades terapéuticas femeninas* (Doctoral dissertation, Universidad Academia de Humanismo Cristiano).

Gobierno de España. (2020). *Ministerio de Sanidad. Recursos de tercer nivel*. <https://www.msrebs.gob.es/>

González Marquetti, T., Gálvez Cabrera, E., Álvarez Valdés, N., Cobas Ferrer, F. S., & Cabrera del Valle, N. (2005). Drogas y sexualidad: grandes enemigos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(5-6).

Grover, S., Mattoo, S. K., Pendharkar, S., & Kandappan, V. (2014). Sexual dysfunction in patients with alcohol and opioid dependence. *Indian journal of psychological medicine*, 36(4), 355-365. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.140699>

Keller, A., McGarvey, E. L., & Clayton, A. H. (2006). Reliability and construct validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire short-form (CSFQ-14). *Journal of sex & marital therapy*, 32(1), 43-52. <https://doi.org/10.1080/00926230500232909>

Leon, G. D. (1995). Therapeutic communities for addictions: A theoretical framework. *International journal of the addictions*, 30(12), 1603-1645. <https://doi.org/10.3109/10826089509104418>

Llanes, C., Álvarez, A. I., Pastor, M. T., Garzón, M., González-García, N., & Montejo, Á. L. (2019). Sexual dysfunction and quality of life in chronic heroin-dependent individuals on methadone maintenance treatment. *Journal of clinical medicine*, 8(3), 321. <https://doi.org/10.3390/jcm8030321>

Llover, M. N., & Jiménez, M. C. (2017). Disfunción sexual causada por medicamentos. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 24(5), 265-278.

Martínez de Olcoz Mata, J. A. (2019). *Personas con trastornos adictivos de sustancias en situación de exclusión social*. <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/33577>

¿ES NECESARIO TRABAJAR LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS DROGODEPENDIENTES?  
SEXO, DROGAS Y... ¡EMPECEMOS!

Milhet, M., Shah, J., Madesclaire, T., & Gaissad, L. (2019). Chemsex experiences: narratives of pleasure. *Drugs and Alcohol Today*, 19(1), 11-22. <https://doi.org/10.1108/DAT-09-2018-0043>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/sh-linkages-rh/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sh-linkages-rh/es/)

Paiva, F. S. D., Ferreira, M. L., Martins, M. Z. F., Barros, S. L. C. D. F., & Ronzani, T. M. (2014). Percepción de profesionales y líderes comunitarios sobre la reinserción social de los usuarios de drogas. *Psicología & Sociedade*, 26(3), 696-706. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000300018>

Pérez, I. M. F. (2018). Influencia del diagnóstico de trastorno de personalidad en el éxito de un tratamiento para la adicción al alcohol ya la cocaína en una comunidad terapéutica. *Salud y Drogas*, 18(2), 121-132.

Prabhakaran, D. K., Nisha, A., & Varghese, P. J. (2018). Prevalence and correlates of sexual dysfunction in male patients with alcohol dependence syndrome: A cross-sectional study. *Indian journal of psychiatry*, 60(1), 71. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_42\\_17](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_42_17)

Pufall, E. L., Kall, M., Shahmanesh, M., Nardone, A., Gilson, R., Delpech, V., ... & Bruton, J. (2018). Sexualized drug use ('chemsex') and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men. *HIV medicine*, 19(4), 261-270. <https://doi.org/10.1111/hiv.12574>

Ramírez López, A. (2019). *Aplicación de la perspectiva de género al tratamiento de la drogodependencia*. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/32338>

Sayin, H. Ü., & Schenck, C. H. (2019). Neuroanatomy and neurochemistry of sexual desire, pleasure, love and orgasm. *SexuS Journal Winter*, 4(11), 907-946.

Smith, S. (2007). Drugs that cause sexual dysfunction. *Psychiatry*, 6(3), 111-114. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2006.12.004>

Smith, V., & Tasker, F. (2018). Gay men's chemsex survival stories. *Sexual Health*, 15(2), 116-122. <https://doi.org/10.1071/SH17122>

Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad. *Revista biomédica*, 9(2), 116-121.