



**Universidad  
Europea MADRID**

## **TRABAJO FIN DE GRADO**

### **TÍTULO: ABUSO DE SUSTANCIAS Y LA RELACIÓN CON LAS FUNCIONES EJECUTIVAS Y LA SEXUALIDAD**

Autor: Marta Quintana Ramírez de Dampierre

Tutor: Isabel Hernández Rivero

**Grado en psicología  
Facultad de Ciencias Biomédicas y Salud  
Universidad Europea de Madrid**

Número de palabras: 6625

## DEDICATORIA

*A mi familia por darme siempre alas  
y ser mi punto de referencia.*

*A mis amigas, por estar siempre  
dispuestas a ayudarme.*

*A Álex, por aguantar el vendaval,  
por quererme, apoyarme y respetarme siempre.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*Gracias a mis profesores,  
por darme las herramientas necesarias  
y por haber hecho de estos años  
una experiencia inolvidable.*

*Gracias a mis compañeros,  
especialmente a Guillermo, por recorrer conmigo este viaje  
y enseñarme el significado de la palabra compañerismo.*

## Resumen

Las drogas suponen un riesgo para la salud física y psicológica, provocando cambios en nuestro organismo, actuando sobre el sistema nervioso central y pueden afectarnos a nivel cognitivo y modificar nuestro comportamiento. Esta investigación estudia si las funciones ejecutivas y la sexualidad se ven afectadas negativamente por el consumo frecuente de diversas sustancias estupefacientes. Para ello, se implementaron en una muestra de 124 participantes, los cuestionarios DAST-10, para medir el consumo, el DEX-sp, para medir las funciones ejecutivas, y el NSSS-S, para medir la satisfacción sexual, y un cuestionario de 6 preguntas que miden las conductas sexuales de riesgo.

Los resultados muestran diferencias significativas entre las personas drogodependientes y las no drogodependientes en las puntuaciones de los cuestionarios, apoyando así las hipótesis del estudio y concluyendo que, las personas drogodependientes muestran un déficit mayor en las funciones ejecutivas, tienen menor satisfacción sexual y son proclives a realizar más conductas sexuales de riesgo.

**Palabras clave:** drogodependencia, funciones ejecutivas, satisfacción sexual, conductas sexuales de riesgo

## **Abstract**

Drugs pose a risk to physical and psychological health, causing changes in our body, acting on the central nervous system and can affect us at the cognitive level and modify our behavior. This research studies whether executive functions and sexuality are adversely affected by the frequent use of various narcotic substances. To do this, the DAST-10 questionnaires were implemented in a sample of 124 participants, to measure consumption, the DEX-sp, to measure executive functions, and the NSSS-S, to measure sexual satisfaction, along with several items that measure risky sexual behaviors.

The results show significant differences between drug addicts and non-drug addicts in the scores of the questionnaires, thus supporting the hypotheses of the study and concluding that drug addicts show a greater deficit in executive functions, have lower sexual satisfaction and are prone to perform more risky sexual behaviors.

**Keywords:** drug dependence, executive functions, sexual satisfaction, risky sexual behaviors

## Índice

<b>1. Introducción.....</b>	<b>7</b>
1.1 Abuso de sustancias.....	7
1.2 Funciones ejecutivas.....	11
1.3 Satisfacción sexual y las conductas sexuales de riesgo.....	12
<b>2. Objetivos .....</b>	<b>16</b>
2.1 Objetivo general .....	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
2.3 Hipótesis.....	16
<b>3. Método .....</b>	<b>17</b>
3.1 Diseño.....	17
3.2 Participantes y disposición de los mismos.....	17
3.3 Instrumentos y/o materiales.....	18
3.4 Procedimiento.....	19
3.5 Análisis de datos.....	20
<b>4. Resultados .....</b>	<b>20</b>
<b>5. Discusión.....</b>	<b>22</b>
5.1 Limitaciones del estudio .....	24
5.2 Futuras líneas de investigación.....	25
<b>6. Referencias.....</b>	<b>26</b>
<b>7. Anexos .....</b>	<b>30</b>

## **1. Introducción**

### **1.1 Abuso de sustancias:**

Según el Informe Mundial de Drogas de la Oficina contra la Droga y el Crimen de la Organización de las Naciones Unidas (UNODC), el consumo de drogas en 2005 ascendía en la población mundial a 200 millones de personas, lo que supone un incremento de 15 millones con respecto al año anterior, que contabilizaba 185 millones. Esto supone que el 5% de la población mundial, de entre 15 y 64 años, ha consumido sustancias ilegales al menos una vez. Las sustancias predominantes son la marihuana (4%), las anfetaminas (0,6%), los opiáceos (0,4%), la cocaína (0,3%) y el éxtasis (0,2%).

Teniendo en cuenta este aumento progresivo en el consumo a lo largo de los años, las cifras con respecto a la población mundial son de gran importancia, ya que supone un porcentaje muy alto de afectación.

La Organización Mundial de la Salud (2008) define las drogas como sustancias naturales o químicas que, al introducirse en un organismo vivo, actúa sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), provocando cambios en la conducta modificando el estado psíquico y que a su vez pueden provocar dependencia, tanto física como psíquica.

Si hablamos del ámbito psicológico, las drogas pueden provocar cambios en el estado de ánimo, dificultar las funciones que se relacionan con el proceso de aprendizaje, la memoria y la concentración. También generan paranoia, alucinaciones, delirios, crisis de ansiedad, reacciones de pánico, apatía, agresividad o incluso trastornos psicóticos, o efectos placenteros como lucidez, euforia, control de la fatiga, relajación, disminución del dolor, sensación de mayor agudeza mental y bienestar general (Mazzotti, 2010).

Podemos clasificar las drogas de diferentes formas, según el criterio que tengamos en cuenta: su origen, el tipo de efectos que producen sobre el SNC, la rapidez con la que provocan dependencia tanto psicológica como física, su peligrosidad inmediata, su legalidad y de su aceptación social (Clavel, 2013).

La primera clasificación que debemos tener en cuenta es con respecto a su legalidad. Las drogas legales en la mayoría de países son el tabaco, el alcohol o el café, así como aquellas destinadas a usos médicos. Existen otro tipo de sustancias que suelen ser ilegales, pero que dependen de la regulación de cada país. Esta regulación suele estar

sujeta a su uso médico, el nivel de peligrosidad con respecto a la salud, etc. (Gálligo, 2007).

Con respecto a su origen, se pueden distinguir las drogas naturales (las que aparecen de forma espontánea en la naturaleza, en general hongos o vegetales) de las sintéticas (aquellas que requieren de procesos físicos o químicos para su preparación). Aunque esta distinción no es siempre tan sencilla, ya que muchas requieren de procesos físicos o químicos para su obtención, como por ejemplo la extracción de la cocaína que proviene de la hoja de coca. Por otro lado, muchas sustancias denominadas como sintéticas, tienen sus precursores inmediatos en productos de origen vegetal, como puede ser el caso del LSD (Gálligo, 2007).

Diversos autores hacen una diferenciación entre drogas “duras” y drogas “blandas”, (como pueden ser el alcohol, el tabaco o el cannabis). Esto se debe a su nivel de peligrosidad con respecto a la salud física. Pero lo cierto es que el nivel de morbilidad, mortalidad y gastos sanitarios asociadas a estas denominadas drogas blandas, es mucho más elevado con respecto al resto de las drogas juntas. Por lo tanto, esta clasificación podría estar más asociada a la tolerancia a nivel social (Gálligo, 2007).

Las drogas tienen también diferentes vías de administración, que afectan en la rapidez de sus efectos y al riesgo de intoxicación. Pueden tomarse a través de cinco vías: la vía oral, en forma de ingestión, mascado o sublingual; la vía pulmonar inhalada y/o fumada; la vía nasal (esnifada); intravenosa; intramuscular o subcutánea; y la vía rectal. En función de la vía de administración y del tipo de droga, su efecto será más o menos inmediato. La vía más peligrosa, por ser la más inmediata, ya que entra directamente al torrente sanguíneo, es la vía intravenosa, como, por ejemplo, en el caso del consumo de heroína, que supone graves problemas de salud (Belloch et al., 2020).

Po último, centrándonos en el efecto que producen en el SNC, encontramos drogas depresoras, que disminuyen y bloquean la actividad normal del SNC (alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas...) drogas estimulantes, que incrementan la actividad del SNC, incidiendo en la actividad física y psíquica de la persona (cocaína, anfetaminas, cafeína...) y drogas perturbadoras, que modifican la función del SNC, provocando alucinaciones y percepciones distorsionadas de la realidad (LSD, ketamina...) (Clavel, 2013).

Hay que diferenciar entre dos condiciones clínicas, el abuso de sustancias y la dependencia a las sustancias. El primer término hace referencia a un consumo excesivo ocasional, mientras que el segundo término hace referencia a un consumo prolongado, en el cual se crea tolerancia y la persona necesita ese consumo para mantener una estabilidad neurológica. El caso del consumo prolongado de sustancias psicoactivas, se ha asociado con el deterioro de diversas funciones neuropsicológicas, especialmente con las funciones ejecutivas (Aguilar, 2012).

La OMS, en 1982, definió la dependencia como “síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancia(s) psicoactiva(s) determinada(s), frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes”.

Existen tres niveles distintos de dependencia: físico, psicológico y social. Cada uno de ellos manifiesta una sintomatología propia y viene determinado por unas causas específicas. Pero todas las formas de dependencia tienen en común la necesidad de la persona de obtener y consumir la sustancia y, además, no pueden entenderse de forma separada, si no que los distintos niveles interactúan entre sí. (Del Moral et al., 1998)

- La dependencia física se caracteriza por la necesidad de mantener unos niveles determinados de la sustancia en el organismo, y sus dos componentes principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia. La tolerancia hace referencia a la necesidad de consumir cada vez una dosis mayor para obtener los mismos efectos en el organismo, y el síndrome de abstinencia, es el conjunto de síntomas negativos que aparecen a nivel físico cuando se deja de consumir la droga.
- La dependencia psicológica se entiende como el deseo irrefrenable por consumir la sustancia, debido a la necesidad de experimentar de nuevo las sensaciones placenteras que provoca o para evitar el malestar que aparece en ausencia de la sustancia. Esto se conoce como *craving*, un término que ha incluido el DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), y que se tiene en cuenta como criterio diagnóstico para el trastorno por consumo de sustancias. Desde el punto de vista de la psicología conductista, la conducta de consumir se ve reforzada positivamente cuando aparecen las sensaciones placenteras y a su vez, se

refuerza negativamente al desaparecer las sensaciones negativas como, por ejemplo, la ansiedad por consumir.

- Por último, la dependencia social se relaciona con necesidad de consumir por una deseabilidad social, y la pertenencia a un grupo. Una persona drogodependiente puede verse alejada de su grupo social si deja de consumir y esto puede provocar una recaída.

Actualmente, el DSM-V no hace distinción entre abuso y dependencia de drogas, si no que, en su lugar, diferencia entre distintos niveles de gravedad del trastorno (leve, moderado y grave) en función del número de síntomas que presenta la persona. A su vez, diferencia entre trastornos por consumo de sustancias y trastornos inducidos por sustancias. Los criterios que se utilizan en el DSM-V para el trastorno por consumo de sustancias son, que al menos dos de los siguientes once síntomas, deben manifestarse durante un periodo de al menos doce meses:

1. Se consume a menudo la sustancia en mayor cantidad durante un periodo de tiempo mayor que el esperado.
2. Hay un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de dejar o controlar el consumo de la sustancia.
3. Se dedica una gran cantidad de tiempo en actividades necesarias para obtener la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Tiene *craving*, o un fuerte deseo o urgencia de consumir la sustancia.
5. Hace un consumo recurrente de la sustancia que le lleva a un fracaso para cumplir con las principales obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
6. Continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener de modo persistente o recurrente problemas sociales o interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la misma.
7. Deja de hacer o reduce importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
8. El consumo de la sustancia es recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso.
9. Continúa con el consumo de la sustancia a pesar de conocer que tiene un persistente o recurrente problema físico o psicológico que es probablemente causado o exacerbado por la misma.

10. Tolerancia, definida de uno de estos dos modos: a) la necesidad de incrementar de modo importante la cantidad de sustancia consumida para lograr la intoxicación o el efecto deseado; b) una marcada disminución del efecto con el uso continuo de la misma cantidad de sustancia.
11. Síntoma de abstinencia, manifestado por uno de los siguientes: a) los característicos del síndrome de abstinencia para esa sustancia; b) la sustancia (o una similar, como las benzodiazepinas en el caso del alcohol) se toma para aliviar o evitar los síntomas del síndrome de abstinencia.

## **1.2 Funciones ejecutivas:**

Como se menciona anteriormente, el consumo de sustancias psicoactivas se ha relacionado con diversos deterioros en las funciones neuropsicológicas, como la capacidad de aprendizaje, la memoria, la atención, etc. Se ha visto, que uno de los problemas asociados a dicho consumo, es el deterioro en las funciones ejecutivas (Aguilar, 2012). Primero debemos entender qué son las funciones ejecutivas y qué implica dicho deterioro.

Las funciones ejecutivas son aquellas responsables de regular y vigilar la ejecución de tareas complejas, tales como el diseño de planes y programas, la autorregulación y la monitorización de las tareas, la elección precisa de comportamientos y conductas, la flexibilidad en el trabajo cognitivo para obtener resultados eficaces en la resolución de problemas y el control de múltiples actividades de la vida diaria (Restrepo y Navarro, 2018). Estas funciones también están involucradas en la regulación y el reconocimiento de asuntos de índole sexual (Ramos et al., 2014).

El síndrome disejecutivo, define un conjunto de alteraciones en estas funciones, entre las que podemos observar dificultades para el inicio, la interrupción y/o el reinicio de la conducta, problemas en la focalización, el mantenimiento y la alternancia de la atención, desinhibición, inflexibilidad para generar hipótesis alternativas ante los problemas, déficit en el establecimiento y el mantenimiento de planes de acción orientados a metas, falta de regulación de la conducta basada en los feedbacks, dificultades en la abstracción y la categorización de conceptos, disminución en la producción fluida del lenguaje, dificultades en la recuperación guiada de la información

almacenada, problemas en la atribución de estados mentales a los demás que, entre otros, incluye alteraciones en el razonamiento social (Llanero-Luque et al., 2008).

Según Llanero-Duque et al., en un estudio realizado en 2008, en el cual implementaron el cuestionario DEX-sp (Wilson et al., 1996) para medir las funciones ejecutivas en una muestra de personas drogodependientes y en otra muestra control, las diferencias en los resultados de dicho cuestionario fueron significativas. La muestra de personas drogodependientes mostró un déficit en las funciones ejecutivas, comparado con la muestra control (Llanero-Duque et al., 2008).

Otros estudios han obtenido resultados similares, como el realizado con Jiménez en 2014, que obtuvo diferencias significativas entre el grupo de personas adictas, que mostraron de nuevo un déficit mayor que el grupo control, con respecto al funcionamiento de las funciones ejecutivas.

Se observó también un déficit en el control inhibitorio, asociado a un deterioro en las cortezas prefrontales del cerebro (Ostrosky & Lozano, 2011). Además, los resultados muestran un déficit en la memoria de trabajo y en la flexibilidad cognitiva, que produce conductas de perseveración patológicas, uno de los síntomas del síndrome disejecutivo. Los sujetos mostraban dificultades para la autorregulación y para adaptarse a diferentes tareas, mostrando comportamientos rígidos, perdiendo así eficacia en los resultados. A su vez, presentaban una inercia comportamental, que les impedía modificar o detener una conducta una vez iniciada.

### **1.3. Satisfacción sexual y las conductas sexuales de riesgo**

Al igual que con las funciones ejecutivas, las drogas pueden afectar también en la sexualidad, tanto en el deseo, como en la excitación o en la capacidad para alcanzar el orgasmo. La conducta sexual, al igual que otras conductas, es promovida por el sistema nervioso, que produce neurotransmisores para enviar mensajes. Si una droga interfiere en la producción o el transporte de estos neurotransmisores, distorsiona de alguna manera el mensaje, afectando así en la respuesta sexual y en nuestras conductas sexuales (González-Maquetti et al., 2005).

La satisfacción sexual es un aspecto fundamental en la sexualidad humana, al igual que un derecho, según la OMS (2010). Se relaciona con una mejor calidad de vida, ya que supone una salud física y psicológica mayor (Davison et al., 2009), predice una mejor relación de pareja (Byers, 2005), y otros factores como la frecuencia, el funcionamiento y una mejor comunicación en las relaciones sexuales de la pareja (Smith et al., 2012). Se han visto relacionados también aspectos socioculturales, como el apoyo social, la vida laboral o la religión con la satisfacción sexual (Higgins et al., 2010).

Dada la importancia demostrada de la satisfacción sexual en la vida de las personas, en diferentes factores, es llamativa la escasez de definiciones que encontramos para este constructo. Se ha definido de diversas formas, pero cabe destacar la definición que dieron Lawrance y Byers en 1995, que decía que la satisfacción sexual es una respuesta afectiva, derivada de la evaluación subjetiva de los aspectos positivos y negativos asociados a las propias relaciones sexuales.

Una investigación realizada por Pascoal et al., (2014), analizó cualitativamente lo que significaba la satisfacción sexual para las personas y llegaron a la conclusión de que se constituye por dos componentes: uno personal y otro didáctico. El componente personal hace referencia a los aspectos positivos como la excitación o el placer experimentado, mientras que el aspecto didáctico se refiere a aspectos como la intimidad o el placer mutuo.

Un modelo teórico importante en el que se basa la New Sexual Satisfaction Scale (Stulhofer, Busko, & Brouillard, 2011), escala que utilizaremos para medir la satisfacción sexual, es el del enfoque de las “tres ventanas” (Bancroft, Loftus y Long, 2003), en que se analiza la satisfacción sexual en función de tres “ventanas” conceptuales. La primera se basa en analizar la relación de pareja sexual actual y sus circunstancias de la vida en general, para determinar cuales son los factores actuales que pueden estar afectando en su satisfacción sexual, tales como el nivel de estrés, el cansancio o la hostilidad no resuelta en la relación. La segunda ventana hace referencia a la historia sexual del individuo a lo largo de su vida, es decir, su historia de aprendizaje y posibles situaciones traumáticas que haya podido experimentar. Por último, a través de la tercera ventana, se aprecian posibles efectos físicos, farmacológicos u hormonales que estén interfiriendo en la respuesta sexual del sujeto.

Para relacionar la satisfacción sexual con las drogas, debemos tener en cuenta que cada droga produce efectos diferentes en el organismo, y por tanto afecta de diversas formas en la sexualidad. La marihuana, una de las drogas más frecuentes, al igual que el alcohol tiene un efecto depresor del sistema nervioso. Como efecto inmediato, ayuda en la desinhibición, la relajación y produce sensación de bienestar, aumenta la sensibilidad táctil y distorsiona la realidad, impidiendo también realizar actividades que requieran gran concentración o coordinación motora. Pero se ha visto que, a largo plazo y con un consumo frecuente, puede provocar una disminución de la testosterona y la producción de espermatozoides, al igual que afecta al deseo sexual y provoca disfunción eréctil. En el caso de las mujeres, se ha observado una disminución de la lubricación vaginal, provocando así dolor en el coito (González-Maquetti et al., 2005).

De forma errónea, muchas personas consideran que ciertas drogas pueden aumentar su libido, pero esto no supone necesariamente una mejora en la satisfacción sexual. El consumo de ciertas drogas no solo puede empeorar la calidad del placer sexual, como hemos visto con el ejemplo de la marihuana, sino que también pueden provocar daños graves e irreversibles en la sexualidad, tanto masculina como femenina, tal y como reflejan diversos autores (Peugh y Belenko 2001; González et al., 2005).

Una vez definida la satisfacción sexual, y viendo su relación con las sustancias psicoactivas, debemos entender a qué nos referimos cuando hablamos de conducta sexual de riesgo y por qué guarda relación con el consumo.

Se hace diferencia entre los conceptos de práctica sexual o comportamiento sexual, ya que el primero se enmarca dentro de lo común o lo compartido, y el segundo concepto tiene una connotación individual (López, 2003).

La práctica sexual acarrea ciertos riesgos para las personas, como el embarazo no deseado en el caso de las relaciones heterosexuales, como contraer una enfermedad de transmisión sexual, lo que supone un peligro para la salud de la población. No existe un consenso sobre la tipificación de las conductas sexuales que podemos considerar de riesgo, ya que cada estudio asume una clasificación distinta. Pero si hay evidencias de que hay un incremento en el número de personas contagiadas a través de la práctica sexual, como es el caso del VIH (Virus de inmunodeficiencia humana), especialmente en personas de entre 15 y 24 años (Compte, 2012).

Tratando de analizar cuáles son las posibles causas o las circunstancias que propician la realización de conductas o prácticas de riesgo, observamos diversos estudios que hacen referencia a la relación entre el consumo de sustancias y las conductas de riesgo, concluyendo, que el consumo de estas es un predictor de la realización de estas conductas, ya que se realizan más a menudo bajo los efectos de las sustancias (Campos et al., 2006; Lomba et al., 2009; Becoña et al., 2008; Camera et al., 2007). Estos estudios coinciden en catalogar como conducta de riesgo la realización del acto sexual sin preservativo, el número elevado de parejas sexuales o la desinformación acerca de las enfermedades de transmisión sexual, como el VIH.

Por último, además de la relación que hemos visto entre el consumo de drogas y la satisfacción sexual o las conductas sexuales consideradas de riesgo, podemos encontrar diversos estudios que muestran una relación entre estas variables y las funciones ejecutivas.

Estudios como el realizado por Golub et al. (2012) o el realizado por Piche et al. (2018), identificaron una relación entre las funciones ejecutivas y los actos sexuales de riesgo como mantener relaciones sin preservativo, o mantener relaciones bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva. También podemos ver una relación negativa entre los resultados de las pruebas neuropsicológicas para la medición de las funciones ejecutivas, con la frecuencia de las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales y el uso del preservativo (Pharo et al., 2011).

A su vez, las conclusiones extraídas de un estudio realizado por Restrepo y Navarro en 2018, que analizaron la relación entre las funciones ejecutivas y el deseo sexual y las conductas sexuales, revelan también una relación entre el control de impulsos, la regulación y la planeación con la regulación del deseo sexual. Esto puede indicar que el deterioro en estas funciones, podría estar implicado en la satisfacción sexual y los comportamientos sexuales de riesgo.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo general**

El objetivo principal de este trabajo es determinar si existen diferencias significativas entre dos muestras de participantes, uno de personas drogodependientes y otro de no drogodependientes, con respecto a sus funciones ejecutivas, su satisfacción sexual y su tendencia a realizar conductas de riesgo.

### **2.2 Objetivos específicos:**

- Analizar las funciones ejecutivas en una muestra de personas drogodependientes y en otra muestra de personas no drogodependientes, implementando el cuestionario DEX-Sp.
- Medir en ambas muestras el nivel de satisfacción sexual mediante el cuestionario NSSS-S.
- Analizar la tendencia a realizar conductas sexuales consideradas de riesgo en ambas muestras.
- Comparar las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de ambas muestras para identificar si existen diferencias significativas.
- Analizar si existe correlación entre las tres variables dependientes.

### **2.3 Hipótesis**

- Las personas drogodependientes muestran un déficit en las funciones ejecutivas mayor que las personas no drogodependientes.
- Las personas drogodependientes muestran un nivel menor de satisfacción sexual y mayor tendencia a realizar conductas sexuales de riesgo, que las personas no drogodependientes.
- Las personas que muestran mayor déficit en las funciones ejecutivas, obtendrán puntuaciones más bajas en satisfacción sexual y más altas en el cuestionario de conductas sexuales de riesgo.

### **3 Método**

#### **3.1 Diseño**

El diseño de este estudio consiste en un estudio ex post facto factorial, con una variable independiente, el consumo de sustancias y tres variables dependientes, las funciones ejecutivas, las conductas sexuales de riesgo y la satisfacción sexual.

#### **3.2 Participantes y disponibilidad de los mismos**

La muestra de participantes consta de 125 participantes, de los cuales se elimina uno por contestar de forma errónea el cuestionario. De los 124 restantes se recogen 54 hombres, 69 mujeres y un participante de género no binario. La edad de los participantes está comprendida entre los 18 y los 50 años, aunque el mayor porcentaje se encuentra entre los 20 y los 27 años. Todos ellos hispanohablantes, de nacionalidad española.

De los 124 participantes, la muestra queda dividida en dos grupos, grupo experimental, en el cual se encuentran las personas drogodependientes, y consta de 47 participantes, y el grupo control o grupo de personas no drogodependientes, que consta de 77 participantes.

La mitad de los participantes son escogidos a través de una persona cercana al investigador, consumidora de sustancias estupefacientes, que mediante el muestreo por bola de nieve recluta a más participantes que sean consumidoras de alguna droga.

La otra mitad de los participantes es escogida igualmente por conveniencia, entre personas cercanas al examinador, que quieran participar voluntariamente en el estudio.

Todos los participantes deben cumplir los siguientes criterios:

- Ser mayores de edad
- Participar de forma voluntaria en el estudio
- Encontrarse dentro de la franja de edad establecida

La franja de edad se ha establecido por debajo de los 50 años, para evitar, en la medida de lo posible, el déficit en las funciones ejecutivas debido al envejecimiento, ya que es posible que a partir de cierta edad estas funciones se deterioren (Mercedes et al., 2018).

### **3.3 Instrumentos y/o materiales**

Para medir las distintas variables, empleamos cuatro cuestionarios diferentes. El primer cuestionario mide la variable independiente “dependencia o no de sustancias estupefacientes”, el segundo mide la variable dependiente “satisfacción sexual”, el tercer cuestionario mide la variable dependiente “Funciones ejecutivas” y, por último, 6 preguntas que miden la variable dependiente de las conductas sexuales de riesgo.

- El cuestionario DAST-10, Drug Abuse Screening Test (Bohn, Babor, y Kranzler, 1991), es un cuestionario diseñado para medir el consumo de drogas, así como las complicaciones físicas, psicológicas y sociales que estas producen. Consta de 10 ítems, con un formato de respuesta dicotómicas, de sí o no. El tiempo de administración del test oscila de 2 a 5 minutos en función de si se trata de la versión abreviada o la extendida. En este caso aplicamos la versión abreviada DAST-10. La versión española del Drug Abuse Screening Test ha sido validada por Gálvez et al (2010) y presenta una consistencia interna elevada ( $\alpha=0.89$ ). (Anexo 1)

- La versión española del cuestionario disejecutivo (DEX-sp) fue diseñado por Wilson et al (1996). Es un cuestionario de 20 ítems que miden: problemas en el pensamiento abstracto, impulsividad, fabulación, problemas de planificación, euforia, problemas de secuenciación temporal, falta de insight, apatía, desinhibición, dificultades en el control de los impulsos, respuestas afectivas superficiales, agresión, falta de interés, perseveración, inquietud, falta de habilidad para inhibir respuestas, disociación entre conocimiento y respuesta, distraibilidad, pobre habilidad en la toma de decisiones y falta de interés por las reglas sociales. Los ítems se miden según una escala tipo Likert de 5 puntos, que van desde “nunca” a “con mucha frecuencia”. Su consistencia interna es buena, con un índice de Cronbach elevado ( $\alpha=0.91$ ). (Anexo 2)

- El NSSS-S, New Sexual Satisfaction Scale-Short (Stulhofer, Busko, & Brouillard, 2011), está compuesto por 12 ítems que miden la satisfacción sexual global en la población, sin tener en cuenta sexo, orientación sexual o estado civil. Las opciones de respuesta siguen un formato tipo Likert (1= no satisfecho, 5=extremadamente

satisfecho). Tiene una buena consistencia interna ( $\alpha=0.92$ ). El cuestionario fue traducido y adaptado al español por Hambleton & Zenisky, (2011). (Anexo 3)

- Para medir las conductas sexuales de riesgo empleamos 6 preguntas, con cuatro opciones de respuesta, valoradas con una puntuación del 1 al 4, en función de si la opción seleccionada supone un riesgo mayor o menor. Estas preguntas fueron empleadas por Pastor y Rojas-Murcia (2019) en un estudio realizado para medir las conductas sexuales riesgo y la percepción de riesgo ante el SIDA/VIH en un grupo de estudiantes universitarios españoles. (Anexo 4)

### **3.4 Procedimiento**

Todos por participantes deben firmar el consentimiento informado antes de la realización de las pruebas. Los instrumentos de medida se administran de forma online, a través de la aplicación Google Forms, sin estar presente el investigador en la realización de los mismos.

Primero, los participantes responden a dos preguntas de carácter sociodemográfico, sobre su edad y su género, antes de comenzar con la realización de los cuestionarios.

Para llevar a cabo este estudio, se divide a los participantes en dos grupos en función de la variable independiente, quedando así un grupo de participantes que consumen sustancias estupefacientes y otro grupo de participantes no consumidores. Estos grupos se dividen en función de los resultados obtenidos en el cuestionario DATS-10, que determina si la persona es o no drogodependiente.

Una vez identificados estos dos grupos, ambos grupos deben completar el cuestionario DEX-sp, para medir las funciones ejecutivas.

Por último, todos los participantes deben completar el New Sexual Satisfaction Scale-Short, para medir la satisfacción sexual, y un cuestionario de 6 preguntas que hacen referencia a las conductas sexuales de riesgo.

### **3.5 Análisis de datos**

Para el tratamiento de los datos se utilizan los programas de Excel, para organizar los datos, y el JASP Team (2022) para realizar los análisis estadísticos.

Primero debe corregirse el cuestionario DAST-10, para dividir a los participantes en dos grupos. Si la suma de las puntuaciones del test es de 6 puntos o superior, pertenece al grupo de personas drogodependientes, y si es inferior a 6 puntos, se encuentra dentro del grupo no drogodependiente.

Después, se realizan las comparaciones de las medias obtenidas mediante tres pruebas ANOVA, una para la variable dependiente “funciones ejecutivas”, otra para la variable dependiente “satisfacción sexual” y, por último, otra para la variable dependiente “conductas sexuales de riesgo”.

Finalmente, mediante la prueba del coeficiente de correlación de Pearson, se analiza la existencia o no de correlación entre las tres variables dependientes.

## **4. Resultados**

Una vez recogidos todos los datos de los 124 participantes, y tras dividir la muestra en dos grupos en función de los resultados obtenidos en el DAST-10, en muestra control, con 77 participantes, y muestra experimental, con 47 participantes, se procede al análisis de los resultados.

A pesar de que solo 47 personas pertenecen al grupo experimental, es decir, al grupo de personas drogodependientes, se observa en los resultados que el 79,8% de los participantes, han consumido drogas en alguna ocasión, frente a solo un 20,2% que manifiesta no haber consumido nunca ninguna droga. La sustancia más consumida, por un 95% de las personas que han consumido sustancias alguna vez, es el cannabis. Después, con un 38% la cocaína y con un 35% las metanfetaminas. Otras sustancias como el LSD (17%), las benzodiacepinas (21%), o los solventes (17%), también se consumen, aunque en menor medida. Y, por último, se observa que los barbitúricos o la heroína, los consumen un 4% de los participantes que han probado las drogas, o al menos los han consumido en alguna ocasión.

Se han analizado las puntuaciones mediante tres ANOVAS, una por cada variable dependiente, para comprobar si existe un resultado significativo, es decir, si la variable independiente afecta en cada unas de las variables dependientes. En todos los casos, se trabajo con un nivel de significación de .05.

El primer ANOVA unifactorial mostró un resultado significativo para la variable dependiente de las funciones ejecutivas ( $F(1,122)=66.836, p<0.001, \eta^2=0.354$ ). Se observa en los estadísticos descriptivos una diferencia de medias significativa de 18.979, entre las personas drogodependientes ( $M=35.979, DT=15.805$ ) y las personas no drogodependientes ( $M=17.000, DT=10.064$ ).

El ANOVA realizado con la variable dependiente “satisfacción sexual”, mostró un resultado significativo ( $F(1,122)=11.720, p<0.001, \eta^2=0.088$ ). Se recoge en los estadísticos descriptivos una diferencia significativa entre ambas medias de 5.395, obteniendo puntuaciones más altas en el grupo de personas no drogodependientes ( $M=48.182, DT=6.782$ ) frente a las puntuaciones del grupo de personas drogodependientes ( $M=42.787, DT=10.685$ ).

En el tercer ANOVA, que analiza la variable dependiente “conductas de riesgo”, encontramos también un resultado significativo ( $F(1,122)=11.720, p<0.001, \eta^2=0.088$ ). El análisis descriptivo revela una diferencia de medias de 2.339 entre ambos grupos, obteniendo puntuaciones más altas las personas drogodependientes ( $M=17.404, DT=2.856$ ) que las personas no drogodependientes ( $M=15.065, DT=2.797$ ).

Tras el análisis de los resultados obtenidos en los tres ANOVAS, se analizan los resultados que se han encontrado en la prueba del coeficiente de correlación de Pearson, con las tres variables dependientes.

La correlación de Pearson mostró una correlación negativa moderada entre la variable dependiente de las funciones ejecutivas y la variable de la satisfacción sexual ( $r=-0.493, p<0.001$ ), es decir, a mayor puntuación en las funciones ejecutivas, menor puntuación en la satisfacción sexual.

Por otro lado, la correlación entre las funciones ejecutivas y las conductas de riesgo es baja, aunque se observa una tendencia positiva ( $r= 0.207, p=0.021$ ). En este caso, cuanta más alta la puntuación en el cuestionario de funciones ejecutivas, más altas

también en las puntuaciones en las preguntas sobre conductas de riesgo, aunque esta relación es muy débil.

Y, por último, no se encuentra correlación entre la satisfacción sexual y las conductas de riesgo ( $r=-0.024$ ,  $p=0.792$ ).

## **5. Discusión**

Dados los resultados obtenidos de los análisis realizados se procede a discutirlos en relación a los objetivos e hipótesis planteados al comienzo de la investigación.

El objetivo principal de la investigación era determinar si existe o no diferencia entre las personas drogodependientes y las personas no drogodependientes en lo referido a sus funciones ejecutivas, su satisfacción sexual y sus conductas sexuales consideradas de riesgo.

En el primer análisis realizado se encuentra una diferencia significativa entre las puntuaciones de ambas muestras en el cuestionario DEX-sp, obteniendo la muestra de personas drogodependientes una puntuación media más elevada, lo que supone un déficit mayor en las funciones ejecutivas, con respecto a la muestra de no drogodependientes.

La primera hipótesis planteada en este estudio, afirmaba que las personas drogodependientes tienen mayor déficit en las funciones ejecutivas. Esta hipótesis se basa en los resultados obtenidos en estudios previos, como el realizado por Llanero-Luque et al. en 2008 o el realizado por Jiménez en 2014. En ambos se encontraban resultados que mostraban un déficit mayor en las funciones ejecutivas en las personas drogodependientes. Los resultados del estudio apoyan la primera hipótesis, al igual que los estudios previos realizados por los autores antes mencionados.

La segunda hipótesis del estudio planteaba que las personas drogodependientes tienen una menor satisfacción sexual y realizan más conductas sexuales de riesgo. Según González-Maquetti et al. en 2005, las drogas pueden afectar al deseo sexual y a la satisfacción con respecto a la relación sexual de diversas formas. Esta idea la apoyan también Peugh y Belenko en un artículo escrito en 2001.

Los resultados que se han obtenido en el estudio, muestran una diferencia significativa, entre la satisfacción sexual que experimentan las personas que no consumen estas drogas de manera regular y las que sí las consumen, siendo mayor la satisfacción sexual en el primer grupo. Esta diferencia apoya las ideas que planteaban los autores antes mencionados, ya que se puede deducir que las drogas afectan negativamente en la satisfacción, aunque no se puede especificar a qué se debe esta insatisfacción.

A pesar de no haber realizado una distinción de la muestra en función de la sustancia que consumían, los resultados del DAST-10 indican que, de las personas que afirman haber consumido drogas alguna vez, un 95% señalan el cannabis, convirtiéndose en la droga más consumida por la muestra de la investigación. González-Maquetti et al. (2005), mencionan que la marihuana puede provocar problemas de erección en los hombres o falta de lubricación vaginal en las mujeres, al igual que un descenso en el deseo sexual. Esto puede explicar los resultados obtenidos en el estudio, con respecto a la satisfacción sexual.

Los resultados obtenidos en el tercer análisis de la investigación, también muestran diferencias significativas con respecto a las conductas sexuales de riesgo, entre las que se incluían el uso de preservativo, el número de parejas sexuales y la frecuencia de las relaciones, el tiempo que se ha mantenido una relación estable o la conciencia sobre la posible contracción de alguna enfermedad sexual, haciendo especial referencia al VIH. La muestra de personas drogodependientes refleja mayor tendencia a realizar conductas de riesgo que la muestra de personas no drogodependientes. Esto apoya los resultados de los estudios mencionados en la introducción de la investigación, que reflejaban resultados similares, donde las personas adictas cometían conductas sexuales de riesgo con mayor frecuencia (Campos et al., 2006; Lomba et al., 2009; Becoña et al., 2008; Camera et al., 2007). Al igual que apoyan la segunda hipótesis del trabajo.

Por último, se ha realizado una prueba de correlación de Pearson entre las tres variables dependientes del estudio. La tercera hipótesis del estudio planteaba que las personas que presentan déficit en las funciones ejecutivas, obtendrían puntuaciones más bajas con respecto a su satisfacción sexual, es decir, su satisfacción sexual sería menor,

y, por otro lado, sus puntuaciones en el cuestionario de conductas sexuales de riesgo serían más elevadas, ya que tendrían una tendencia mayor a cometer dichas conductas.

En primer lugar, los resultados muestran que no existe correlación entre la satisfacción sexual y las conductas de riesgo. Estas dos variables no han podido relacionarse.

Sin embargo, se ha obtenido una correlación negativa moderada entre las funciones ejecutivas y la satisfacción sexual, lo que indica que existe cierta relación entre obtener una puntuación alta en el cuestionario DEX-sp, que supone un déficit mayor en las funciones ejecutivas, y obtener menor puntuación en el NSSS-S, que indica una menor satisfacción en las relaciones sexuales.

Por otro lado, la correlación entre las FE y las conductas de riesgo, aunque leve, tiene una tendencia positiva. Cuando la puntuación en el cuestionario de FE indica un déficit mayor, la puntuación en las conductas de riesgo también es más elevada. Es decir, a mayor déficit de las funciones ejecutivas, mayor tendencia a cometer este tipo de conductas. Pero esta correlación es muy débil. Si se encuentran resultados significativos en los estudios realizados por Restrepo y Navarro en 2014, por Golub et al. en 2012 o el realizado por Piche et al. en 2018. En ellos se habla de la relación existente entre el déficit de las funciones ejecutivas, y las conductas de riesgo, así como con el deseo sexual y la respuesta sexual satisfactoria.

## **5.1 Limitaciones del estudio**

La principal limitación de este estudio es la desigualdad en las muestras de participantes según la variable independiente del consumo de drogas, dado que en la muestra de personas drogodependientes tenemos 47 participantes, frente a los 77 de la muestra de no drogodependientes. Esto se debe principalmente a la dificultad de encontrar personas drogodependientes, ya que se trata de una población vulnerable, y no siempre están dispuestas a participar como muestra de investigación. Además, se debe tener en cuenta que la muestra experimental no se encuentra delimitada según la sustancia que consuman, lo que podría influir en los resultados.

Otra limitación es que, los temas tratados en el estudio son controvertidos y las

preguntas de los cuestionarios indagan en la intimidad de cada individuo. Se debe entonces tener en cuenta que puede producirse cierta deseabilidad social a la hora de responder a los cuestionarios, especialmente en los referidos al ámbito de la sexualidad. Igualmente, esto puede producirse al contestar el cuestionario sobre el consumo de drogas, ya que, o bien las personas no son conscientes de su propio consumo, o bien no quieren reconocerlo por miedo a ser juzgados, a pesar de tratarse de un cuestionario anónimo.

Por último, existe una limitación a la hora de determinar y de medir las conductas de riesgo, ya que no existe consenso sobre como clasificarlas, y no es fácil medirlas de forma cuantitativa.

## **5.2 Futuras líneas de investigación**

Como futuras líneas de investigación, se plantea aumentar el número de participantes, especialmente el grupo de personas drogodependientes, para intentar realizar el análisis con las funciones ejecutivas como variable independiente y comprobar si existe o no relación con la sexualidad. En caso de existir relación, analizar cual es la razón de esta relación, y qué funciones ejecutivas están involucradas.

También debería analizarse si existen diferencias en función de la sustancia que se consuma, según la clasificación del efecto que producen en el SNC: depresoras, estimulantes y alucinógenas. A su vez, se debe incluir una distinción por sexo, ya que considero que puede haber diferencias entre hombres y mujeres, tanto en el efecto de las drogas, como en la percepción de la satisfacción sexual o la tendencia a realizar determinadas conductas.

## 6. Referencias

- Aguilar, E. (2012). Disfunción cerebral en las adicciones. *Revista de Especialidades Médicas*, 119-124.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Interamericana.
- Bancroft, J., Loftus, J., y Long, J. S. (2003). Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 193–208. doi:10.1023/A:1023420431760
- Becoña E., Juan M., Calafat A. & Ros M. (2008). Razones para no aceptar una relación sexual en jóvenes que se divierten en contextos recreativos nocturnos en función del género y la embriaguez. *Revista Adicciones*, 20, 357-364.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2020). *Manual De Psicopatología, Vol I* (3 ed., Vol. 1). McGraw-Hill Education.
- Bohn, M.J., Babor, T.F., & Kranzler, H.R. (1991). Validity of the Drug Abuse Screening Test (DAST-10) in inpatient substance abusers. *Problems of Drug Dependence*, 199, 233-235
- Byers, E. S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationships. *Journal of sex research*, 42(2), 113-118.
- Camera S., Sarriera J. & Carlotto M. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología/Interam J Psychol*, 41(2), 161-66.
- Campos, A., Cabezas, M. & Dueñas, J. (2006). Hábitos sexuales y anticonceptivos de los estudiantes de la universidad de Sevilla. *Rev. Ibe. Fer.* 23(5), 325-331.
- Clavel, L. C. (2013). Uso y abuso de sustancias psicoactivas: cultura y sociedad. *Revista Policía y Seguridad Pública*, 65-111.
- Davison, S. L., Bell, R. J., LaChina, M., Holden, S. L., & Davis, S. R. (2009). Psychology: The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *The journal of sexual medicine*, 6(10), 2690-2697.

- Del Moral, M., Fernández, P. L., Ladero, L., & Lizasoain, L. (1998). *Conceptos fundamentales en drogodependencias. Ladero L, Lizasoain L. Drogodependencias. Madrid (ES): Medica Panamericana, 1-25.*
- Gálligo, F. (2007). Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo. *Barc Sn.*
- Gálvez, B. P., Fernández, L. G., de Vicente Manzanaro, M. P., Valenzuela, M. A. O., & Lafuente, M. L. (2010). Validación española del drug abuse screening test (DAST-20 y DAST-10). *Salud y drogas, 10(1), 35-50.*
- Golub, S. A., Starks, T. J., Kowalczyk, W. J., Thompson, L. I., & Parsons, J. T. (2012). Profiles of executive functioning: Associations with substance dependence and risky sexual behavior. *Psychology of Addictive Behaviors, 26, 895-905.*
- 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), 0-0.*
- Hambleton, R. K., & Zenisky, A. (2011). Translating and adapting tests for cross-cultural assessments. In D. R. Matsumoto & F. J. Vijver (Eds.), *Cross-cultural research methods in psychology* (pp. 46–74). New York, NY: Cambridge University Press.
- Higgins, J. A., Trussell, J., Moore, N. B., & Davidson, J. K. (2010). Virginité lost, satisfaction gained? Physiological and psychological sexual satisfaction at heterosexual debut. *Journal of Sex Research, 47(4), 384-394.*
- JASP Team (2022). JASP (Version 0.16.2) [Computer software].
- Jiménez, D. E. A. (2014). Evaluación de las funciones ejecutivas en sujetos consumidores de sustancias psicoactivas en rehabilitación. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Lawrance, K., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *Personal Relationships, 2, 267-28*

- Llanero-Luque, M., Ruiz-Sánchez de León, J. M., Pedrero-Pérez, E. J., Olivar-Arroyo, A., Bouso-Saiz, J. C., Rojo-Mota, G., & Puerta García, C. (2008). Sintomatología disejcutiva en adictos a sustancias en tratamiento mediante la versión española del cuestionario disejcutivo (DEX-Sp). *Revista de Neurología*, 47(9), 457-463.
- Lomba, L. Apóstolo, J. & Mendes, F. (2009). Consumo de drogas, alcohol y conductas sexuales en los ambientes recreativos nocturnos de Portugal. *Revista Adicciones*, 21(4), 309-326.
- López, N. (2003). *Curso de educación afectivo-sexual*. España: Nerbiblól.
- Mazzotti, P. (2010). Las drogas, sus implicaciones culturales, políticas y económicas. *Jornades de Foment de la Investigació*.
- Mercedes, L., Contrera, J., Muñoz, R., Encamación, T., & Asensi, L. (2018). *Funciones ejecutivas en la vejez*.
- Navarro, M. M., & Restrepo, B. N. (2019). Funciones ejecutivas y característica del deseo sexual en una muestra de jóvenes entre 17 y 30 años.
- Oficina contra la droga y el crimen de la Organización de las Naciones Unidas – UNODC. (2005). *World Drug Report 2005*. Recuperado el 20 de septiembre de 2005, de [http://www.unodc.org/unodc/en/world\\_drug\\_report.html](http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report.html).
- Ostrosky, F., & Lozano, A. (2011). Desarrollo de las funciones ejecutivas y la corteza prefrontal. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 159-172.
- Pascoal, P. M., Narciso, I. D. S. B., & Pereira, N. M. (2014). What is sexual satisfaction? Thematic analysis of lay people's definitions. *Journal of sex research*, 51(1), 22-30.
- Pastor, Y., & Rojas-Murcia C. (2019). A comparative research of sexual behaviour and risk perception in two cohorts of Spanish university students. *Universitas Psychologica*, 18(3), 1-14.

- Pharo, H., Slim, C., Graham, M., Gross, J., & Hayne, H. (2011). Risky busines: executive function, personality, and reckless behavior during adolescence and emerging adulthood. *Behavioral Neuroscience*, 125.
- Peugh, J. & Belenko, S. (2001). Alcohol, Drugs and Sexual Function: A Review. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(3), 223-232.
- Piche, J., Kaylegian, J., Smith, D., & Hunter, S. (2018). The Relationship between Self-Reported Executive Functioning and Risk-Taking Behavior in Urban Homeless Youth. *Behavioral Sciences*, 8(1),6.
- Ramos, J., Mora, L., Sánchez, L., & Medina, V. (2014). Diferencias sexuales en las funciones ejecutivas en pacientes con esquizofrenia de inicio reciente. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 14(1), 163-184
- Smith, A. M. A., Patrick, K., Heywood, W., Pitts, M. K., Richters, J., Shelley, J. M., & Ryall, R. (2012). Body mass index, sexual difficulties and sexual satisfaction among people in regular heterosexual relationships: A population-based study. *Internal medicine journal*, 42(6), 641-651.
- Stulhofer, A., Busko, V., & Brouillard, P. (2011). The New Sexual Satisfaction Scale and its short form. In T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber, & S. L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (3rd ed., pp. 530–533). New York, NY: Routledge.
- Wilson, B. A., Alderman, N., Burgess, P. W., Emslie, H. & Evans, J. J. (1996). *Behavioural assessment of the Dysexecutive Syndrome*. Bury St. Edmunds, UK: Thames Valley Test Company.
- World Health Organization (2010). Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/who\\_rhr\\_10.12\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/who_rhr_10.12_eng.pdf) [retrieved October 7, 2013].

## 7. Anexos

### Anexo 1

#### **Cuestionario de prueba de detección de drogas (DAST-10, por sus siglas en inglés)**

Debido a que el uso de drogas puede afectar su salud, necesitamos hacerle algunas preguntas sobre su uso de las drogas. Si se siente incómodo al completar este formulario, hágase saber a su proveedor de salud.

En los siguientes enunciados, "abuso de drogas" se refiere a:

1. Usar medicamentos con receta médica o de venta libre excediéndose de las instrucciones, y
2. Cualquier uso de drogas que no sea uso médico.

Las distintas clases de drogas pueden incluir:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Metanfetaminas (velocidad)      | <input type="checkbox"/> Cannabis (marihuana, tiesto) |
| <input type="checkbox"/> Solventes (solvente de pintura) | <input type="checkbox"/> Tranquilizantes (Valium)     |
| <input type="checkbox"/> Barbitúricos                    | <input type="checkbox"/> Cocaína                      |
| <input type="checkbox"/> Estimulantes (velocidad)        | <input type="checkbox"/> Alucinógenos (LSD)           |
| <input type="checkbox"/> Narcóticos (heroína)            |   |

Recuerde que las preguntas no incluyen bebidas alcohólicas.

Marque con un "Sí" o "No" las siguientes preguntas:

1. ¿Ha utilizado drogas que no sean las que se requieren por razones médicas?	No	Sí
2. ¿Abusa de más de una droga a la vez?	No	Sí
3. ¿No puede dejar de usar drogas cuando quiere?	No	Sí
4. ¿Alguna vez ha tenido desvanecimientos o escenas retrospectivas como resultado del uso de drogas?	No	Sí
5. ¿Alguna vez se siente mal o culpable por usar drogas?	No	Sí
6. ¿Su cónyuge (o padres) se queja alguna vez por su participación con las drogas?	No	Sí
7. ¿Ha abandonado a su familia por su uso de las drogas?	No	Sí
8. ¿Ha participado en actividades ilegales para obtener drogas?	No	Sí
9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de retraimiento (se ha sentido enfermo) cuando dejó de tomar drogas?	No	Sí
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de las drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrado)?	No	Sí

**I Low Risk/Abstain**  
DAST: 0

**II Risky**  
DAST: 1-2

**III Harmful**  
DAST: 3-5

**IV Dependent**  
DAST: 6+

## Anexo 2

### Ítems de la versión española del Dysexecutive Questionnaire (DEX-Sp)

- 1 Tengo problemas para entender lo que otros quieren decir, aunque digan las cosas claramente.
- 2 Actúo sin pensar, haciendo lo primero que me pasa por la cabeza.
- 3 A veces hablo sobre cosas que no han ocurrido en realidad, aunque yo creo que sí han pasado.
- 4 Tengo dificultad para pensar cosas con antelación o para planificar el futuro.
- 5 A veces me pongo demasiado excitado con ciertas cosas y en esos momentos me paso un poco de la raya.
- 6 Mezclo algunos episodios con otros, y me confundo al intentar ponerlos por orden.
- 7 Tengo dificultades para ser consciente de la magnitud de mis problemas y soy poco realista respecto a mi futuro.
- 8 Estoy como aletargado, o no me entusiasmo con las cosas.
- 9 Hago o digo cosas vergonzosas cuando estoy con otras personas.
- 10 Tengo muchas ganas de hacer ciertas cosas en un momento dado, pero al momento ni me preocupo de ellas.
- 11 Tengo dificultad para mostrar mis emociones.
- 12 Me enfado mucho por cosas insignificantes.
- 13 No me preocupo sobre cómo tengo que comportarme en ciertas situaciones.
- 14 Me resulta difícil dejar de decir o hacer repetidamente ciertas cosas, una vez que he empezado a hacerlas.
- 15 Tiendo a ser bastante activo, y no puedo quedarme quieto por mucho tiempo.
- 16 Me resulta difícil cortarme de hacer algo incluso aunque sepa que no debería hacerlo.
- 17 Digo una cosa pero después no actúo en consecuencia, no la cumplo.
- 18 Me resulta difícil centrarme en algo, y me distraigo con facilidad.
- 19 Tengo dificultades para tomar decisiones, o decidir lo que quiero hacer.
- 20 No me entero, o no me interesa, lo que opinen otros sobre mi comportamiento.

Anexo 3

New Sexual Satisfaction Scale-Short Form

<i>Item</i>	
<i>Adapted Spanish Version</i>	<i>Original English Version</i>
1. La calidad de mis orgasmos	The quality of my orgasms
2. Mi desinhibición y entrega al placer sexual durante mis relaciones sexuales	My “letting go” and surrender to sexual pleasure during sex
3. La manera en la que reacciono sexualmente ante mi pareja	The way I sexually react to my partner
4. El funcionamiento sexual de mi cuerpo	My body’s sexual functioning
5. Mi estado de humor después de la actividad sexual	My mood after sexual activity
6. El placer que proporciono a mi pareja	The pleasure I provide to my partner
7. El equilibrio entre lo que doy y lo que recibo en el sexo.	The balance between what I give and receive in sex
8. La apertura emocional de mi pareja durante la relación sexual.	My partner’s emotional opening up during sex
9. La habilidad de mi pareja para llegar al orgasmo	My partner’s ability to orgasm
10. La creatividad sexual de mi pareja	My partner’s sexual creativity
11. La variedad de mis actividades sexuales	The variety of my sexual activities
12. La frecuencia de mi actividad sexual	The frequency of my sexual activity
Eigenvalues	
% of variance	

*Note.* NSSS-S = New Sexual Satisfaction Scale-Short Form.

## Anexo 4

### Preguntas conductas sexuales de riesgo

- ¿Con qué frecuencia has mantenido relaciones sexuales el último año?
- ¿Con qué frecuencia utilizaste preservativo? (preservativo masculino o femenino)
- ¿Cuántas parejas sexuales diferentes has tenido?
- ¿Cuánto tiempo has mantenido una relación estable?
- ¿Con qué frecuencia mantienes una comunicación sobre sexo seguro con tu pareja sexual?
- ¿Con qué frecuencia le pides a tu pareja sexual (o parejas) que se realicen una prueba de VIH?