



FUNCIÓN SEXUAL Y CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN MUJERES QUE USAN COCAÍNA

Andrés Felipe Calvo-Abaunza*

Psicólogo, Magíster en Drogodependencias, Universidad CES, Medellín, Colombia. Docente División de Bienestar Universitario, Universidad de Boyacá, Tunja, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0002-8048-0192>

calvo.andres@uces.edu.co; afcalvo@uniboyaca.edu.co

Amanecer Rueda-Monsalbe

Médica Interna, Hospital Universitario San Rafael de Tunja, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0002-0520-8228>

amanecer.rueda@uptc.edu.co

Carolina González-Jiménez

Médica, Magíster en Sexología Educativa y Sexología Clínica, Instituto Mexicano de Sexología A.C (IMESEX). Medellín, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0003-2637-5794>

carogonza02@hotmail.com

Silvia Gaviria-Arbelaez

Médica Psiquiatra, Departamento de Psiquiatría, Universidad CES, Medellín, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0002-0735-4894>

sgaviria2@hotmail.com

**Autor de correspondencia.*

Cómo citar este texto:

Calvo-Abaunza, A.F., Rueda-Monsalbe, A., González-Jiménez, C. y Gaviria-Arbelaez, S. (2022). Función sexual y conductas sexuales de riesgo en mujeres que usan cocaína. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 22(2), 132-150. doi: 10.21134/haaj.v22i2.666

Resumen

El consumo de sustancias psicoactivas es considerado un problema de salud pública que afecta diariamente a mujeres y hombres. Con el paso de los años el uso de cocaína en mujeres se ha venido incrementando y dado a sus efectos “potenciadores” en el desempeño sexual no es inusual su consumo dentro de las relaciones sexuales, donde las mujeres frecuentemente desarrollan más rápidamente *Trastornos por Uso de Sustancias*, disfunciones sexuales femeninas y comportamientos sexuales de riesgo, ubicándolas en una situación de vulnerabilidad importante. El objetivo de este trabajo fue revisar la literatura que relaciona el uso de cocaína y las implicaciones en la función sexual y en la conducta sexual de las mujeres. La búsqueda arrojó 2005 artículos que se ajustaban a los criterios de búsqueda que relacionaban estas variables, de los cuales se seleccionaron 66 que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Se encontró que la cocaína presenta efectos favorables y perjudiciales en el funcionamiento sexual de las mujeres, asimismo, una mayor probabilidad de verse involucradas en conductas sexuales de riesgo. Se discute sobre la necesidad de retomar la investigación y realizar evaluaciones e intervenciones integrales que abarquen el uso de drogas y la sexualidad de las mujeres.

Abstract

Use of psychoactive substances is considered a public health problem that affects men and women daily. Over the years the use of cocaine in women has been increasing and given to its “enhancing” effects on sexual performance is not unusual for use within sexual intercourse, where women often develop substance use disorders, female sexual dysfunctions and risky sexual behaviors more quickly, placing them in a situation of significant vulnerability. The aim of this work was to review the literature linking cocaine use and the implications on sexual function and sexual behavior of women. The search showed 2005 papers that matched the search criteria that related these variables, however 66 papers was selected. Cocaine was found to have favorable and detrimental effects on women’s sexual functioning, as well as a higher likelihood of being involved in risky sexual behaviors. Discussions are made on the need for greater appropriation since research and comprehensive assessments and interventions covering women’s drug use and sexuality.

Palabras clave

Cocaína, Disfunción Sexual Femenina, Relaciones Sexuales, Comportamiento Psicosexual, Trastornos por Uso de Sustancias, Conducta Sexual de Riesgo.

Keywords

cocaine, Female Sexual dysfunction, sexual intercourse, psychosexual behavior, substance use disorders, Risky Sexual Behavior.

Introducción

El uso de drogas es catalogado como un problema de salud pública a nivel mundial que afecta tanto a hombres como a mujeres de todas las edades. Recientemente, el *Informe Sobre el Consumo de Drogas en las Américas* destaca el inicio del consumo de sustancias a edades cada vez más tempranas, además informa un aumento en el uso de cannabis en población general, donde aproximadamente en la mitad de los países muestran prevalencias superiores en el consumo de cocaína y una reducción considerable en el uso del tabaco. Además, las prevalencias en el género femenino se han elevado, cerrando la brecha en las diferencias de género en el consumo de drogas, igualando y superando las prevalencias de los hombres (Organización de los Estados Americanos, 2019). Para el caso de la cocaína, las prevalencias globales señalan 19 millones de usuarios alrededor del mundo, observándose en Latinoamérica una prevalencia anual de 1% , es decir, aproximadamente 2,8 millones de usuarios de cocaína (United Nations Office on Drugs and Crime, 2020).

En Colombia, la edad promedio de inicio del consumo de cocaína (clorhidrato de cocaína) es de 19.2 años y para el basuco (pasta base de cocaína) es de 20.3 años, con una probabilidad de uso a lo largo de la vida de 2.07% y 0.54%, respectivamente. De manera similar, la percepción del riesgo de consumo de cocaína es alta para el 95% de la población, evidenciando a nivel general pocas expectativas sobre su consumo, sin embargo, su uso sigue vigente (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2020). De esta forma, considerando de manera diferencial el género, se encuentra que es 3 veces más probable que un hombre consuma cocaína que una mujer, debido principalmente, a mayores oportunidades de consumo dentro de un entorno social determinado y no a que exista una mayor vulnerabilidad al uso de esta droga (United Nations Office on Drugs and Crime, 2016). Por otra parte, se ha encontrado que las mujeres en la actualidad usan preferentemente derivados de la cocaína en mayor proporción que los hombres y desarrollan Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) en un periodo más corto (Organización de los Estados Americanos, 2019).

De manera general, la cocaína afecta la función sexual de diferentes maneras. A bajas dosis puede mejorar el desempeño sexual al disminuir la inhibición o la ansiedad o al provocar una elevación temporal del estado del ánimo, sin embargo, con dosis elevadas y con un uso continuo deteriora las capacidades orgásmicas y eyaculatorias (Kaplan, & Sadock, 2015). La cocaína, ha sido ampliamente utilizada por los usuarios en situaciones de contacto sexual y hasta un 60% de las personas que consumen cocaína refieren una asociación positiva entre tener relaciones sexuales y su consumo (Washton, 1989), los usuarios inicialmente tienen sentimientos de mayor energía (i.e., excitación) y pueden volverse sexualmente activos, sin embargo, posteriormente presentan disfunción, como se ha observado en algunos estudios donde los usuarios de drogas presentan actitudes más erotofóbicas que las personas que no consumen (Cocores et al., 1988). Las prevalencias de las DSF en Colombia evidencian que el *deseo* es el principal aspecto afectado, seguido de dificultades en el *orgasmo* y en la *excitación* afectando cerca del 33% de la población (de La Hoz, 2018; Echeverry et al., 2010).

En esta línea, el consumo de drogas es un componente importante que afecta el funcionamiento sexual, con cifras variables de afectación dependiendo del tipo de droga usado, la frecuencia de uso o el grado de dependencia, pudiendo llegar a generar disfunción sexual hasta en un 34% de las mujeres que tienen trastornos asociados al uso de sustancias (Diehl et al., 2013). De esta forma, se ha determinado de manera particular que la drogodependencia y el uso continuo de cocaína afecta la salud física, emocional, social y sexual de las mujeres (del Río Olvera et al., 2020; Diehl et al., 2013). Es de resaltar que a nivel general las mujeres consumidoras de sustancias presentan mayores puntajes en medidas de autoinforme sobre disfunción sexual que los hombres y mujeres que no consumen, asimismo, tienen en menor proporción y frecuencia relaciones sexuales, mayor inestabilidad en sus relaciones de pareja, mayor probabilidad de ser víctimas de violencia de género, intercambio de sexo por drogas, abuso sexual en la infancia, un mayor número de parejas sexuales (promiscuidad), mayor probabilidad de presentar infecciones de transmisión sexual (ITS), abuso de drogas en el embarazo, entre otras (Cocores et al., 1988; Freeman et al., 2002; Henderson et al., 1995; Osorio, 2009; Volkow et al., 2007). Lo anterior visualiza una problemática de interés en salud pública en la cual las mujeres consumidoras de cocaína presentan riesgos adicionales a nivel mental, físico, social y sexual producto del uso habitual.

De acuerdo con lo mencionado, algunos autores han destacado la investigación reducida en el campo de las drogo-

dependencias y la salud sexual femenina, puesto que se ha privilegiado el género masculino a pesar de las prevalencias cada vez más cercanas en el uso de drogas y de las diferencias de género evidentes en numerosas variables psicológicas y orgánicas (del Río Olvera et al., 2020; Diehl et al., 2013, 2016; Kaplan, & Sadock, 2015; McCance-Katz et al., 2005; Mollaioli et al., 2020; Quinones-Jenab & Jenab, 2012; Ramage, 2004; Zaaza et al., 2013) owing to the multiplicity of factors that have an impact on female sexuality. There is currently concern about the over-involvement of mechanical devices and medication in the management of perceived female sexual dysfunction (Moynihan, 2003). En este sentido, aunque las consecuencias negativas que tiene el consumo de drogas y las afectaciones en la salud sexual de las mujeres son evidentes, es clave entender los motivos que subyacen a la combinación del uso de cocaína en las relaciones sexuales (e.g., como afrodisiacos) y sus consecuencias tanto orgánicas, psicológicas y sociales para tener una concepción global del fenómeno. Por tal motivo, el presente artículo pretende reunir y sintetizar la información que relaciona el uso de cocaína y las implicaciones en el funcionamiento y en la conducta sexual en mujeres a partir de una revisión descriptiva de la literatura.

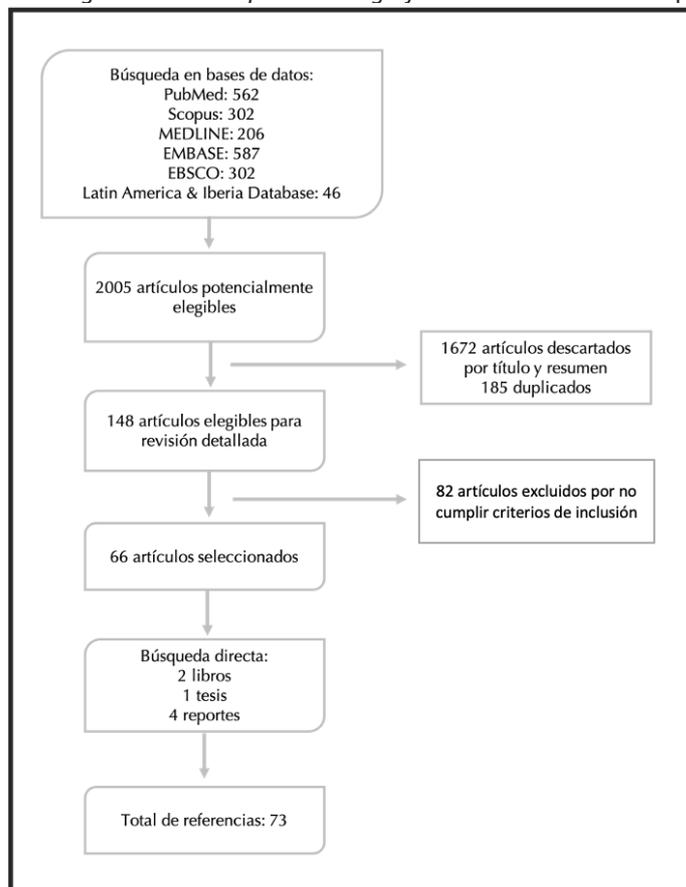
Metodología

La presente revisión narrativa se desarrolló a partir de una búsqueda bibliográfica realizada en las bases de datos PubMed, Embase, Scopus, Medline, Ebsco y Latin America & Iberia Database. El algoritmo de búsqueda utilizado con la ayuda de los descriptores MESH y sus respectivos términos DeSC (para las bases de datos en español) fue: (“Sexual Behavior” OR “Sexual Dysfunctions, Psychological” OR “Orgasm” OR “Sexual Health” OR “Sexual Dysfunction, Physiological” OR “Sexual Partners” OR “Sexual Harassment” OR “Sexual and Gender Disorders”) AND (“Cocaine” OR “Cocaine-Related Disorders” OR “Cocaine Smoking” OR “Crack Cocaine”) En español el algoritmo fue el siguiente: (“Comportamiento sexual” OR “Disfunciones sexuales, psicológicas” OR “Orgasmo” OR “Salud sexual” OR “Disfunción sexual, fisiológica” OR “Compañeros sexuales” OR “Acoso sexual” OR “Trastornos sexuales y de género”) AND (“Cocaína “O” Trastornos relacionados con la cocaína “O” Fumar cocaína “O” Cocaína crack “”). Inicialmente la búsqueda arrojó 2005 referencias publicadas antes del 30 de enero de 2021, a partir de las cuales se seleccionó la información de interés según el título y el resumen, quedando 148 referencias para lectura completa. Finalmente, se eligieron 66 referencias que incluían la información necesaria para cumplir los objetivos del estudio y realizar el subsiguiente análisis (Ver Figura 1). Como criterios de elegibilidad se tuvieron en cuenta artículos publicados en revistas indexadas en las bases de datos mencionadas, que coincidieran los términos de busca en título y abstract, que estuvieran escritos en inglés o español, de cualquier país o continente, de corte cuantitativo y/o cualitativo, con cualquier tipo de diseño y con muestras de mujeres que consumieran exclusivamente cocaína. Se descartaron artículos de investigaciones que fueran desarrollados exclusivamente en hombres, que incluyeran consumo de múltiples sustancias y que estuvieran escritos en otros idiomas diferentes al inglés y español. En el caso de estudios mixtos, se extrajo la información concerniente exclusivamente a la muestra de mujeres sin realizar algún análisis comparativo. En el caso de estudios de animales se incluyó la información relacionada con los criterios de inclusión y exclusión en cualquier especie animal que pudiesen ser susceptibles de comparación con humanos.

Respecto a la extracción de datos se dividieron 3 bases de datos entre los dos primeros autores quienes desarrollaron la selección de las 148 referencias. Momento seguido, la totalidad de los autores realizaron la lectura de los artículos para revisión detallada de los artículos que en su conjunto cumplían con los criterios de inclusión y aprobaban a nivel teórico y empírico.

RESULTADOS

Figura 1. Algoritmo de búsqueda bibliográfica. Fuente: Elaboración propia.



Ciclo menstrual y uso de cocaína

Se ha observado que en las mujeres el tiempo transcurrido desde el primer consumo hasta la dependencia es más corto, inician el consumo a más temprana edad y reportan mayores sensaciones subjetivas bajo el efecto de la droga en comparación con los hombres, a pesar de que los niveles de la droga, sus metabolitos y farmacocinética sean equivalentes entre los sexos (McCance-Katz et al., 2005; Quinones-Jenab & Jenab, 2012). Las hormonas esteroideas gonadales podrían ser la explicación de la mayor sensibilidad a la cocaína en las mujeres. Se ha reportado estimulación más potente cuando las mujeres consumen cocaína durante la fase folicular. En este periodo, los niveles de estrógenos son altos y los de progesterona bajos. Durante la fase lútea, los efectos estimulantes de la cocaína se experimentan en menor intensidad debido a un predominio de la progesterona (Evans et al., 2002; Evans & Foltin, 2006; Sofuoglu et al., 1999). En modelos murinos se ha encontrado que las hembras se autoadministran cocaína intravenosa con mayor frecuencia comparadas con los machos, independientemente del ciclo hormonal en el que se encuentren, y que los efectos psicomotores son mayores durante el estro (i.e., cuando los estrógenos están elevados) en comparación con otras fases del ciclo (Quinones-Jenab et al., 1999; Roth & Carroll, 2004).

Al estradiol se le han atribuido acciones directas e indirectas que repercuten sobre este efecto reforzador de la cocaína en las mujeres, de forma directa, esta hormona tiene la capacidad de alterar la excitabilidad neuronal, la expresión genética y la estructura dendrítica de las neuronas espinosas medianas del núcleo accumbens (Grove-Strawser, Boulware, & Mermelstein, 2010; Mermelstein et al., 1996; Peterson, Mermelstein, & Meisel, 2015). Como consecuencia, el estradiol puede actuar en conjunto con la cocaína para inducir plasticidad neuronal dentro de las áreas de recompensa mesolímbicas, lo que confiere una mayor susceptibilidad a los efectos adictivos de esta droga en las

mujeres (Peterson, Mermelstein, & Meisel, 2015). De forma indirecta, los estrógenos activan los receptores metabotrópicos 5 del glutamato (mGluR5) a nivel del núcleo accumbens (debido a que los receptores estrogénicos están acoplados a los mGluR5), lo que provoca mayor liberación de endocannabinoides que por medio de la señalización en los receptores CB1 van a incrementar las respuestas locomotoras y motivacionales (Martinez et al., 2016). Por estas razones, cabe esperar que en las mujeres los estrógenos desempeñen un papel protagónico del por qué la intensidad de los efectos y las conductas adictivas hacia la cocaína son mayores.

Sin embargo, en ratones se ha observado que al suprimir los niveles de hormonas gonadales mediante gonadectomías, las hembras siguen teniendo mayor sensibilización a los efectos de la cocaína respecto a los machos (Hu & Becker, 2003). Este fenómeno independiente de los estrógenos podría deberse a diferencias en la expresión génica de las vías nigroestriadas dopaminérgicas, enmarcadas por los genes encontrados en los cromosomas sexuales (XX y XY), lo que podría provocar en las mujeres una mayor susceptibilidad y sensibilización ante la cocaína (Chen et al., 2009).

Función sexual y uso de cocaína

Con el paso de los años ha permanecido la creencia popular de que la cocaína potencia el deseo y el rendimiento sexual a pesar de que ya hace un siglo se ha venido documentando que sus efectos en el desempeño sexual dependen de diversas variables dentro de las cuales se encuentra la duración de su uso, la vía de administración, aspectos sociales o el sexo del individuo que la usa. En 1923 Vervaeck encontró que entre el 20% y el 30% de los consumidores crónicos de cocaína se excitaban sexualmente, pero la estimulación crónica a menudo resultaba en impotencia, disminución en la excitación y una mayor dificultad para lograr el orgasmo, desde algunos años se ha inferido que existe un dimorfismo en cuanto al impacto del uso de cocaína sobre el funcionamiento sexual. En un primer estudio se observó que el 65% de los hombres refirió que mejoraba el orgasmo, comparados con tan solo un 20% de las mujeres que refirieron que la cocaína mejoraba su deseo sexual y la capacidad para lograr el orgasmo (Smith et al., 1984). Otros autores destacan las propiedades estimulantes de la cocaína en el aumento de la excitación o el deseo sexual, la resistencia, rendimiento y el disfrute al mejorar la activación de sistemas excitadores del comportamiento sexual (e.g., dopamina, noradrenalina, melanocortinas y oxitocina) (Kopetz et al., 2010).

En estudios de modelos murinos se ha encontrado que la exposición aguda a cocaína en las hembras altera su comportamiento sexual dependiendo de la dosis y del momento del ciclo gonadal en el que se encuentren durante la exposición. Uno de estos estudios evaluó las conductas receptivas de las hembras (e.g., posición de lordosis) 30 minutos después de la administración de cocaína, encontrando que las que estaban en pro-estro (niveles altos de estrógenos) tuvieron una disminución de sus conductas receptivas en comparación con las hembras que se encontraban en diestro (niveles altos de progesterona) (Kohtz et al., 2010). Con esto se logra demostrar que por lo menos en ratones la cocaína interfiere con el sistema endocrino gonadal, por lo que su uso en los seres humanos podría llegar a afectar directamente el comportamiento sexual dependiendo de la dosis y del momento del ciclo menstrual en que se use, aumentando o disminuyendo la motivación hacia el sexo.

Otro estudio similar observó que las hembras tratadas con estrógenos tuvieron conductas sexuales receptivas y proceptivas (e.g. saltos) alteradas de manera dosis-dependiente, mientras que las que se trataron con progesterona y estrógenos demostraron conductas proceptivas mejoradas (Pfaus et al., 2010). Estos dos estudios denotan como conclusión, que la exposición a cocaína tiene un efecto dosis-dependiente deletéreo sobre las conductas receptivas de las ratas hembra y un efecto positivo sobre las conductas proceptivas. Esto podría llegar a aclarar la repercusión de la cocaína en el funcionamiento sexual de las mujeres que la usan, debido a que suelen presentar conductas sexuales de riesgo (e.g., el no uso de condón, cambios de pareja constantes) a pesar de tener una notable disminución del placer y de la capacidad para lograr el orgasmo (Guarraci & Bolton, 2014).

DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS

Las *disfunciones sexuales femeninas* (DSF) son definidas como una alteración de la respuesta sexual (i.e., deseo, excitación, orgasmo) que incide negativamente sobre la sexualidad, genera estrés personal y afecta la calidad de vida

de las mujeres (o de la vida en pareja) durante un mínimo de seis meses (de La Hoz, 2018) con edades entre 18 y 72 años, en doce ciudades colombianas. Materiales y métodos: estudio de corte transversal descriptivo. Se incluyeron mujeres mayores de 18 años con actividad sexual en las últimas 6 semanas, y residentes en Colombia. Se excluyeron las mujeres analfabetas, embarazadas o en primeros 6 meses posparto, pacientes psiquiátricos, con déficit neurológico o historial de cáncer. El estudio se llevó a cabo en la consulta externa ginecológica de instituciones hospitalarias privadas en 12 ciudades del país (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena, Cúcuta, Ibagué, Bucaramanga, Villavicencio, Pereira, Manizales y Armenia). Se consideran como un problema prevalente que se interrelaciona con diversos aspectos propios de cada mujer que la padece, como lo son su intimidad emocional, factores psicosociales, orientación sexual, costumbres, creencias, estado socioeconómico, entre otros, que llegan a causar alteraciones en uno o varios de los cuatro pilares fundamentales: el deseo, la excitación, el orgasmo y el dolor durante la relación sexual. Las DSF se ven influenciada por factores psicológicos, neurológicos, musculares, endocrinos, sociales y culturales siendo de etiología multifactorial (Diehl et al., 2016). Si no se tratan, pueden llegar a generar distrés emocional e impactar sobre la calidad de vida o las relaciones interpersonales (pareja) (Worly et al., 2010). Algunas de las *causas psicológicas* descritas sobre las DSF son (a) ansiedad o temor al fracaso, (b) interferencia cognitiva, (c) dificultades en la comunicación en la pareja y (d) incapacidad de participar en un acto sexual estimulante y efectivo. Por otra parte, los *factores orgánicos* que inciden en las DSF pueden ser (a) enfermedades o lesiones, efectos secundarios de medicamentos y (b) el uso de drogas (del Río Olvera & Cabello Santamaría, 2014; Shibley, & DeLamater, 2006).

Otros componentes mencionados que pueden llevar a síntomas de DSF incluyen antecedentes de abuso sexual o comorbilidades psiquiátricas (e.g., depresión, ansiedad y trastornos alimentarios), que a su vez también son factores de riesgo para llegar a consumir sustancias psicoactivas (Najman et al., 2005; Wilsnack et al., 1997). Es por esto que se requiere una ampliación de los estudios que aborden estos temas para conocerlos a profundidad, con el fin de promover el desarrollo de nuevas intervenciones de tratamiento para abordar de manera eficaz la interrelación entre la función sexual, el erotismo, y el consumo de drogas en las pacientes femeninas (Rawson et al., 2002). De acuerdo con lo anterior, es de resaltar que las DSF no sólo afectan la salud física y el bienestar psicológico, pues la disfunción puede tener efecto perjudicial en la imagen corporal, la autoestima, las relaciones personales y la salud en general, incluida la fertilidad (Mollaioli et al., 2020).

Deseo y uso de cocaína

La combinación del interés (o deseo/líbido) y la excitación en una categoría reconoce que en las mujeres el deseo y la excitación no suelen ser lineales, sino que a menudo, experimentan el deseo sincrónicamente con la sensación de excitación. Sin embargo, aunque ambos aspectos de la función sexual se presentan de manera adecuada en mujeres que tienen una relación estable, no ocurre de manera similar en quienes presentan DSF, pues pueden experimentar una o ambas dificultades tanto para sentir interés/deseo o excitación, lo que usualmente se relaciona con problemas para alcanzar el orgasmo o presentar además dolor en la relación sexual (Kaplan & Sadock, 2015). A pesar de ser definidos estos componentes en una categoría, se dificulta diferenciar la disfunción en una u otra, pues, cuando una mujer refiere falta de excitación puede ocurrir lubricación vaginal pero no sentir la sensación subjetiva de excitación.

De manera similar, la cocaína parece tener dos efectos opuestos sobre la función sexual determinados por el uso agudo o crónico. Debido a sus efectos dopaminérgicos, el deseo, la excitación y el desempeño sexual se incrementan tras la exposición aguda (Palha & Esteves, 2008; Rawson et al., 2002; Smith et al., 1984; Zaazaa et al., 2013). Sin embargo, en mujeres africanas con consumo crónico de crack se encontró que su uso causó disminución en el deseo en mayor proporción respecto a los hombres (60% vs 81%), hecho que demuestra que a pesar de que la cocaína genera efectos similares en hombres y mujeres, existen disparidades que ameritan que los estudios que evalúen la función sexual diferencien el impacto de las sustancias entre los sexos (Henderson et al., 1995).

La cocaína también se utiliza antes o durante el coito con el propósito de mejorar las sensaciones dentro de la relación sexual y la excitación. En un estudio este uso en particular difirió brevemente entre mujeres y hombres, siendo utilizada para este fin en menor proporción por las mujeres (21.7% en mujeres vs 33.0% en hombres), lo que sumado a lo anterior, respalda que en el funcionamiento sexual femenino la cocaína tiene un impacto más negativo en comparación con los hombres (Bellis et al., 2008). Dentro de las explicaciones fisiológicas de este impacto negativo

se podría citar la mayor sensibilidad a la cocaína dada por los estrógenos (i.e., al potenciar los receptores de glutamato mGluR5 y causar mayor liberación de endocannabinoides) y a los mayores niveles de prolactina encontrados en las consumidoras crónicas (Mello, Mendelson, Drieze, & Kelly, 1990), ya que esta hormona se ha asociado de manera independiente con trastornos de la excitación femenina (Kaplan & Sadock, 2015).

Del mismo modo, el uso de cocaína se ha relacionado con mayores niveles de excitación, aumento del deseo y el desempeño sexual, aunque su uso crónico impacte negativamente la libido y el desempeño sexual junto con la capacidad de alcanzar el orgasmo (Kopetz et al., 2010; Rawson et al., 2002; Smith et al., 1984). Sin embargo, en algunos casos, el uso de cocaína ayuda en la disminución de la ansiedad anticipatoria al sexo y las creencias negativas instauradas sobre las DSF, mejorando así el funcionamiento sexual a partir de desinhibición a nivel cognitivo y conductual.

Cocaína y excitación

Algunos estudios relacionados con la función sexual establecen diferencias según las vías de administración de la cocaína, donde se evidencian efectos negativos quienes la usaban vía endovenosa pues preferían consumir solos y evitar el contacto sexual, es decir actuaba como un sustituto (muy similar a como ocurre con el crack). Quienes esnifaban cocaína manifestaban efectos positivos en la sexualidad, y quienes fumaban base, efectos positivos y negativos, mientras que el 90% de quienes se inyectaban cocaína reportaban efectos negativos en el deseo y la excitación (Macdonald et al., 1988). En el mismo estudio, la mitad de quienes abandonaron el uso de cocaína reportaron efectos negativos en la excitación, mientras que apenas el 27% de quienes usaban la cocaína habitualmente reportaban efectos negativos, lo que sugiere que, aunque su uso habitual produzca mayor excitación y energía, suelen no ser satisfactorios los encuentros sexuales, y que la abstinencia de cocaína podría no estar acompañada de mejoría en la sensación de excitación. Asimismo, un factor que complica este diagnóstico es que la sensación subjetiva de excitación a menudo está poco correlacionada con la lubricación genital tanto en mujeres normales como disfuncionales. (Kaplan, & Sadock, 2015)

A su vez, algunos estudios señalan que el tiempo de consumo dentro del funcionamiento sexual puede llegar a alterar la excitación en las usuarias crónicas, debido a que la cocaína incrementa los niveles de prolactina (Mello, Mendelson, Drieze, & Kelly, 1990), y esta hormona se ha asociado con trastornos de la excitación femenina (Kaplan, & Sadock, 2015). Sin embargo, otros estudios reportan que en usuarias de cocaína se han observado problemas de lubricación cuando realizan “maratones sexuales”, aunque este problema no se deba directamente al efecto de la cocaína (Macdonald et al., 1988) sino a un comportamiento sexual habitual dentro del uso de drogas estimulantes. Por otra parte, otros autores señalan mayores complicaciones en la excitación (como respuesta a estímulos sexuales) en mujeres que acuden a tratamiento de rehabilitación por drogodependencias comparado con mujeres sanas (Bruno et al., 2012).

Cocaína y dolor en la relación sexual

Debido a que la cocaína tiene acción anestésica local, en ocasiones se usa de forma tópica sobre el clítoris o el glande del pene con fines de retrasar el orgasmo, así como perianal en aras de reducir el dolor implícito de la penetración (Palha & Esteves, 2008). De este modo, algunos autores han descrito dificultades en la lubricación e inflamaciones en la vagina debido al número elevado de encuentros sexuales en mujeres que usan cocaína, además de encontrarse en usuarias con “masturbación compulsiva” (Macdonald et al., 1988), donde el uso de la cocaína como anestésico, lubricador social, desinhibidor/excitador, tendería a mejorar el funcionamiento sexual al disminuir el dolor y facilitar el encuentro sexual, como ocurre con el vaginismo.

Por otra parte, un estudio reciente con mujeres consumidoras y no consumidoras de sustancias psicoactivas establece una relación directa entre el uso de drogas (e.g., cocaína) con dolor genitopélvico/trastorno de la penetración y con mayores niveles de ansiedad estado/rasgo indicando diferencias estadísticamente significativas en mujeres que usan drogas habitualmente que en quienes no las usan; en este caso, la ansiedad se evidencia como un factor importante de vaginismo y dispareunia y un entorpecedor del funcionamiento sexual femenino (del Río, Cabello-Santamaría, Cabello-García, & Aragón-Vela, 2017).

Cocaína y orgasmo

La intensidad del orgasmo bajo el uso agudo de cocaína difiere entre los sexos, los hombres han reportado mayor intensidad al utilizar cocaína durante el sexo en comparación con las mujeres, lo que sugiere que la intensidad del orgasmo en el hombre se ve más fácilmente afectada por el consumo de cocaína respecto a la intensidad del orgasmo en la mujer (Lawn et al., 2019). Un 50% de las mujeres que se encuentran bajo el efecto de la cocaína durante la relación sexual han reportado que esta droga retrasó el tiempo promedio en el que ellas alcanzaban el orgasmo, y que su uso les generaba la percepción de que su compañero sexual llegaba al orgasmo más rápido que ellas (Henderson et al., 1995). Al parecer el retraso en el orgasmo causado por la cocaína no le confiere beneficios a la experiencia sexual de la mujer, ya que tan solo un 23.2% de ellas la utiliza para este único fin (Bellis et al., 2008). Más de la mitad de las mujeres han reportado en el caso del crack que este no se identifica como una droga reforzadora de placer en el sexo, u algún otro efecto positivo, y que al contrario esta genera un impacto negativo sobre sus sensaciones durante el sexo (Henderson et al., 1995). En el caso de mujeres trabajadoras sexuales, han reportado que el uso de la cocaína llega a hacerlas sentir más conscientes del contacto con sus clientes, lo que hace que su consumo interfiera negativamente con su trabajo (Wesson, 1982a).

Por el contrario, el consumo prolongado de cocaína ejerce un efecto depresor sobre la actividad sexual, conduciendo a una reducción de la capacidad para alcanzar el orgasmo (Mollaioli et al., 2020). Esto es clave, debido a que su uso agudo, aunque pretende facilitar la estimulación sexual, el uso crónico impacta negativamente la capacidad orgásmica. Un estudio realizado en mujeres y hombres que usaban cocaína reportaba que el 61.4% de las mujeres referían tener problemas en este ámbito de la función sexual, donde las consecuencias negativas se acrecentaban si fumaban base, esnifaban clorhidrato de cocaína o se inyectaban cocaína, respectivamente (Macdonald et al., 1988). En este sentido, se evidencia que las mejoras en el rendimiento sexual suelen ser en las fases iniciales del consumo (e.g., uso recreativo), mientras que con el uso compulsivo (e.g., atracones) o diario disminuye la capacidad orgásmica. Es decir, tiene efectos afrodisiacos como anafrodisiacos dependiendo del tiempo, la vía de administración, la cantidad y las expectativas de su uso, aspecto que en ocasiones puede llegar a ser más importante que los efectos fisiológicos (Kopetz et al., 2010; Macdonald et al., 1988).

Factores Psicosociales de las DSF

Los bajos niveles de ingresos y educación se han asociado con DSF, encontrándose que existen 2.5 veces más probabilidades de encontrar síntomas de disfunción sexual en las mujeres con bajos ingresos (Worly et al., 2010). Además los bajos niveles económicos también se relacionan con el consumo de sustancias, generándose una fuerte interrelación entre el uso de sustancias, pobreza y DSF (Smyth & Kost, 1998). En un estudio realizado en 105 mujeres dependientes a sustancias psicoactivas (un 42.9% eran dependientes a crack), aquellas que terminaron la educación secundaria tenían una reducción de un 80% en la probabilidad de presentar síntomas de DSF en comparación con las mujeres con niveles de educación más bajos (Diehl et al., 2013).

Frecuentemente, la cocaína se acostumbra a usar dentro de entornos sociales, se usa ampliamente en el sexo transaccional, o durante las relaciones sexuales de los usuarios (Lawn et al., 2019). Según esta óptica, las mujeres son vulnerables dentro de este entorno, pues el consumo de cocaína (en ocasiones combinada con otras sustancias) induce a comportamientos antisociales como la violencia, aumenta la probabilidad de las mujeres parejas de consumidores habituales de padecer un daño directamente sobre su integridad física y psicológica, pues son más propensas a ser víctimas de violencia doméstica, verbal, física y sexual (Leal-Díaz et al., 2018). Asimismo, las mujeres que usan drogas (o se encuentran en habitabilidad de calle) se relacionan con personas en su mayoría desconocidas y violentas, dando lugar a escenarios de violación sexual y de probabilidad de adquirir ITS (Diehl et al., 2013; Kopetz et al., 2010).

Finalmente, los antecedentes personales psicosociales intervienen en el inicio del consumo de sustancias, por ejemplo, las mujeres con situaciones traumáticas pasadas (e.g., embarazos no planeados/deseados, pérdida del trabajo, condición de calle, intercambio de sexo por drogas, pérdida de la custodia de sus hijos, maltrato físico, abuso sexual, entre otros) o depresión, tienden a tener grados más altos de dependencia al crack, mayor probabilidad de expe-

rimentar eventos traumáticos durante su consumo y mayor riesgo de desarrollar estrés postraumático (Fullilove, Lown, & Fullilove, 1992). Del mismo modo, la violencia sexual durante la infancia es otro factor que genera grandes implicaciones dentro de la vida de una mujer, se ha encontrado que el antecedente de abuso sexual en la niñez se asocia significativamente con el consumo de crack, así como con DSF en la vida adulta, relación que debería estudiarse a fondo y tenerse en cuenta a la hora de instaurar el tratamiento en estas pacientes, debido a que el abuso sexual en la infancia es un antecedente prevalente en las consumidoras de cocaína (Freeman et al., 2002).

CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO

Las *conductas sexuales de riesgo* (CSR) se han definido como la exposición de la persona en situaciones que pueden perjudicar la propia salud o la salud de otra persona, como puede ser la infección por ITS o un embarazo no deseado (García-Vega et al., 2012). En esta definición se incluyen las prácticas sexuales de riesgo como el sexo oral, el sexo vaginal y el anal sin protección (aun teniendo conocimiento de métodos de barrera), múltiples parejas sexuales y el uso de drogas antes y durante la actividad sexual. Asimismo, el consumo de drogas de manera habitual también suscita interés debido a que incrementan la probabilidad de incidencia de situaciones nocivas para la persona y para otros, es decir, las CSR (Bahamón Muñetón, Vianchá Pinzón, & Tobos Vergara, 2014).

Las CSR se pueden desencadenar por desinhibición o por incremento en el deseo sexual, funciones que están alteradas bajo el consumo de sustancias psicoactivas (Volkow et al., 2007). El uso de crack se relaciona con diferentes factores de riesgo para ITS, como lo son antecedentes de múltiples parejas sexuales, intercambio de sexo por drogas y sexo no protegido (Fullilove, Lown, & Fullilove, 1992; Henderson et al., 1995; Weatherby et al., 1992, 1994). Las mujeres que usan esta sustancia son proclives a tener un mayor número de parejas sexuales en comparación con los hombres (Guimarães et al., 2017), y sus tasas de infección por VIH son similares a las de los hombres que practican sexo anal con hombres (Edlin, Irwin, Faruque, et al., 1994).

Existe una relación directa entre los sujetos que usan crack y la impulsividad, siendo más pronunciada en el caso de las mujeres (Lejuez et al., 2007). Una mayor impulsividad en las usuarias de crack facilita la instauración de un sistema de intercambio sexo-drogas (especialmente en mujeres con problemas de dependencia y niveles socioeconómicos bajos), propiciando que la actividad sexual se torne utilitaria/instrumental, rodeada de entornos en los que las parejas sexuales resultan ser múltiples, intercambiables y anónimas (Rosenblum, 2006). Este sistema de trueque de sexo por drogas es una característica propia de la cultura del crack, en la que las transacciones generalmente implican ínfimas cantidades de dinero o droga, característica que la diferencia de la prostitución (Fullilove et al., 1990). Dentro de esta red, son los hombres consumidores quienes resultan siendo una fuente de demanda constante de sexo remunerado (Maranda et al., 2004), además, otros estudios han demostrado que los hombres consumidores de cocaína tienden a ser violentos y a tener encuentros sexuales agresivos (i.e., sexo agresivo) en comparación con quienes no usan drogas, incluso son incapaces de establecer y mantener relaciones cercanas con otros (Bruno et al., 2012).

En vista de que este sistema es prevalente en las usuarias de crack, se ha analizado su impacto observándose que a nivel general esta situación no es preocupante para las practicantes, ya que su comportamiento sexual está más impulsado por las propiedades adictivas de la droga (i.e., la necesidad de adquirir más crack) en lugar de cualquier otra causa externa (Maranda et al., 2004). Sin embargo, también se ha encontrado que afecta de forma independiente la calidad de vida y funcionamiento sexual de las mujeres, ocasionando erotofobia, emociones negativas durante la actividad sexual remunerada, ansiedad, trastornos del sueño, estados paranoicos, agitación, irritabilidad o depresión (Wesson, 1982b).

Además de la impulsividad, otra razón por la cual las mujeres consumidoras de crack terminan dentro de este sistema de trueque podría derivar de los efectos potenciadores de la libido ocasionados por sus efectos psicoactivos, hecho que favorece el intercambio sexo-droga, ya que permite a la usuaria entablar relaciones sexuales y al mismo tiempo, adquirir dinero que podría emplearse para comprar más crack (Maranda et al., 2004). En un estudio cualitativo se encontró el siguiente testimonio en una mujer consumidora de crack de 24 años: "Si no podía conseguir una base, quería sexo, no importaba si era una chica o un chico o qué ... La base me da ganas de hacer cualquier cosa,

solo agarrar a alguien” (Siegel, 1982), palabras que reflejan la impulsividad y la libido incrementada, comunes en la dependencia a la cocaína.

En otro estudio, al comparar 3 grupos de individuos (usuarios que solo fuman crack con usuarios de drogas intravenosas que fuman crack y usuarios de drogas intravenosas que no fuman crack) se encontró que tanto hombres como mujeres que fuman crack tienen más probabilidades de tener múltiples parejas sexuales, intercambiar sexo por drogas o dinero y altos porcentajes (80%) de relaciones sexuales no protegidas (Booth et al., 1993). El sexo sin condón es más prevalente en las mujeres fumadoras de crack respecto a los hombres (Guimarães et al., 2017), sin embargo, el uso de cocaína no es un factor de riesgo independiente para practicar sexo no protegido en todas las condiciones de la vida diaria, por ejemplo, bajo el consumo de la droga no se altera el uso del condón en los casos en que la persona conoce que su compañero sexual padece de una ITS, o cuando existe disponibilidad de condones en el entorno donde se da la relación sexual (Johnson et al., 2017). Por tanto, se asume que la cocaína causa una disminución significativa de la probabilidad de uso de condón en la vida real, donde generalmente los compañeros sexuales son anónimos y los entornos tienen una disponibilidad de condones precaria.

Aparte de las consecuencias negativas derivadas del sexo no protegido (i.e., ITS), cabe resaltar que bajo la búsqueda constante de cocaína las mujeres consumidoras pueden llegar a presentar embarazos no deseados/planeados y no prestar atención a los signos tempranos evidentes de la gestación (Rosenblum, 2006). Si la mujer no genera consciencia de su embarazo y no accede a los servicios médicos de forma adecuada, se pueden presentar efectos adversos tanto fetales como maternos que afectan aún más la salud integral de la mujer, por ejemplo, migraña, convulsiones maternas, ruptura prematura de membranas, aborto espontáneo, bajo peso al nacer, entre otros (Cain et al., 2013; Wendell, 2013).

Otro hallazgo de la presente revisión es el uso de fármacos antirretrovirales para el tratamiento del VIH principalmente. En un estudio en mujeres VIH positivas que acudían a terapia antirretroviral se pudo establecer que las mujeres con esta condición presentaban DSF en mayor medida. Asimismo, quienes usan fármacos antirretrovirales presentan mayores dificultades en la función sexual (deseo, excitación y lubricación) que quienes no acuden a terapia antirretroviral (Florence et al., 2004). No obstante, aunque no es posible atribuir una influencia directa de los fármacos antirretrovirales sobre la DSF, es posible indicar que la combinación de medicamentos en las terapias antirretrovirales y a la exposición secuencial a los fármacos antirretrovirales inciden en esta dificultad en conjunto con el diagnóstico de VIH.

Finalmente, cabe mencionar que ser mujer dentro de la cultura del crack acarrea un estigma social e imaginarios colectivos que promueven una discriminación de las usuarias que de por sí ya tienen un problema establecido con su drogodependencia. Esta marginación y exclusión se generan debido a su participación en las prácticas de intercambio de sexo por drogas, favoreciéndose en virtud de las dificultades para mantener el rol de género femenino dentro de la sociedad (e.g., ejercer el papel de madre en consonancia con el uso del crack) (Fullilove et al., 1993). Estos hechos en conjunto llevan a situar a estas mujeres en una posición de desventaja en cuanto a contraer ITS, debido a que el craving y la necesidad por la droga no les permite negociar sexo protegido (Ulibarri et al., 2010), y como consecuencia del estigma, en ocasiones generalizado, de ser mujer y ser drogodependiente.

Discusión y conclusiones

Una vez realizada la revisión de las fuentes bibliográficas relevantes se encuentra que el uso de cocaína además de tener efectos favorables en el funcionamiento sexual (e.g., desinhibición, mayor excitación, disminución del dolor, lubricador/desinhibidor social) también ofrece efectos perjudiciales en el funcionamiento sexual femenino (e.g., deseo sexual disminuido, evitación del contacto sexual, disminución de la excitación, anorgasmia, pérdida de sensibilidad, vaginismo, entre otras). Por otra parte, la evidencia soporta que las drogas afectan la respuesta sexual, encontrándose también que las DSF conduce a relaciones sexuales desagradables e insatisfactorias, lo que produce ansiedad creciente ante un encuentro sexual y contribuye a relaciones sexuales menos frecuentes y evitación del coito. Lo anterior incide de manera negativa las actitudes que tienen las mujeres hacia el sexo, por tanto, en los casos donde no sea posible evitar la relación sexual desearán completar o finalizar la relación sexual lo antes posi-

ble, acortando los juegos previos, además de privilegiar estrategias de afrontamiento de tipo evitativas y el uso de drogas (del Río Olvera et al., 2020).

Es relevante comprender los motivos que tienen las usuarias para consumir cocaína, pues si bien su uso facilita los encuentros sexuales en ocasiones (e.g., al disminuir la ansiedad), puede generar la falsa creencia sobre sus efectos favorables sobre la sexualidad y, posteriormente, con un uso frecuente llegue a instaurarse dependencia (física y psicológica) y a generar problemas adicionales a la mujer (incluidas las DSF). De este modo, al evidenciar la importancia que tienen las expectativas sobre el uso de cocaína en sus efectos y en la probabilidad de consumo, es vital analizar a profundidad la información suministrada en la presente revisión de modo que no llegue a ser contra-preventiva, pues los riesgos inherentes del uso de drogas en la función sexual han sido descritos de manera concreta.

Respecto al uso de cocaína en general, aunque su uso sea más común en los hombres, las mujeres son más susceptibles a sus efectos psicoactivos y el tiempo que transcurre desde el inicio de consumo a la dependencia es más corto y las dosis requeridas para lograr los efectos deseados son menores respecto a los hombres (Peterson, Mermelstein, & Meisel, 2015). Lo que en primer plano ubica al sexo femenino dentro de una posición de desventaja social ante el uso de esta sustancia, debido a que con menores cantidades logran obtener mayor euforia y pérdida del control que los hombres, como también mayor nivel de dependencia y en un lapso inferior. Sin embargo, no está del todo claro este comportamiento, se le ha atribuido una relación con el eje gonadal estrogénico, a través de una acción directa sobre la plasticidad neuronal, así como a una activación de receptores de glutamato lo que amplifica el sistema endocanabinoide y también a diferencias en la expresión genética del sistema de recompensa neuronal a cargo de los cromosomas sexuales (XX o XY), señalando esta diferencia entre sexos (Chen et al., 2009; Grove-Strawser, Boulware, & Mermelstein, 2010; Martínez et al., 2016; Mermelstein et al., 1996; Peterson, Mermelstein, & Meisel, 2015).

A pesar de que los hallazgos recientes pueden explicar en parte este acontecimiento, los estudios existentes se basan en modelos murinos, las asociaciones no están del todo claras y, por lo tanto, no existe un mecanismo causal bien establecido. Esta desigualdad hace notable la necesidad de retomar y ampliar la investigación y el tratamiento de rehabilitación enfocados desde una perspectiva diferencial de sexo, para lo cual se requieren estudios que cierren esta brecha de conocimiento y vislumbren asociaciones causales francas, lo que posteriormente ayudará a generar dianas terapéuticas útiles en el proceso.

Una de las dificultades en la investigación actual en sexualidad humana y uso de drogas son las consideraciones éticas relacionadas con estos ámbitos debido a factores como que la sexualidad aún se considera tabú en algunas culturas, los debates sobre lo que se considera normal vs. patológico en la sexualidad y el estigma del uso de drogas. Además, la información en su mayoría encontrada es antigua y ha sido abordada en una proporción a partir de estudios cualitativos y de manera cuantitativa en medidas de autoinforme, los cuales pueden ser susceptibles de sesgos (Shirmohammadi et al., 2018). No obstante, aunque las medidas de autoinforme describen el carácter subjetivo de la sexualidad (i.e., autoreporte) dejan de lado el carácter objetivo que aportaría el estudio de la fisiología sexual femenina. En los estudios incluidos en la presente revisión no se observaron estudios clínicos en humanos (e.g., ensayos clínicos), sino que se centraban en la información de modelos animales, lo cual refleja la necesidad de analizar a profundidad las consideraciones éticas de la investigación en humanos en este campo a partir de revisiones de carácter sistemático y/o metanálisis, que permitan mediciones confiables de las respuestas fisiológicas humanas en personas que usen drogas y que voluntariamente accedan a participar en los estudios, y aún más, que puedan beneficiarse de atención oportuna en salud en caso de requerirlo o desearlo.

Por otra parte, una explicación de las CSR secundarias a la exposición a cocaína radica en la hipótesis del efecto dosis-dependiente donde la cocaína podría ser capaz de alterar negativamente las conductas sexuales receptivas y además de facilitar las conductas proceptivas, lo cual incidiría negativamente sobre la función sexual (e.g., orgasmo, excitación) y promovería conductas sexuales de riesgo (e.g., promiscuidad, no uso de condón). No obstante, se recomienda un estudio detallado sobre estas conductas desde la psicología comparada con el fin de extrapolar los resultados desde modelos animales. En este sentido, la revisión permitió dilucidar información importante sobre CSR presentes en usuarias de cocaína independientemente del tipo de consumo (i.e., recreativo, nocivo, crónico) lo cual señala la importancia de intervenir desde la salud pública en la prevención de ITS, embarazo adolescente, intercambio de sexo-drogas, prostitución, atención oportuna en salud sexual y salud mental, intervenciones basadas en

habilidades para la vida (e.g., toma de decisiones, pensamiento crítico, entre otras), métodos de planificación familiar, la eliminación estigma social (e.g., ser mujer, consumidora) en una sociedad patriarcal, entre otras. Lo anterior ha de ser posible desde una perspectiva basada en el género de acuerdo con las diferencias individuales evidentes a partir de un enfoque biopsicosocial.

Recuperación o tratamiento

La sexualidad se considera un aspecto inherente en el bienestar psicológico y en la salud de las personas; por tanto, las DSF pueden incidir negativamente en el tratamiento de las drogodependencias. En este sentido, abordar las DSF y la recuperación en casos de consumo crónico implica un trabajo arduo a nivel práctico, debido a la multiplicidad de factores que intervienen en una u otra. Sin embargo, es de reconocer desde una dimensión temporal el desarrollo de éstos en cada individuo, puesto que llega a definir y orientar el mejor tratamiento disponible a partir de la comprensión misma de la problemática a nivel individual. Por tal motivo, se sugiere abordar las DSF como parte del proceso de recuperación de cada mujer, sin llegar a ser marginada o invisibilizada en los centros de tratamiento, pues algunas mujeres se han visto en procesos de recuperación con sentimientos de culpa y vergüenza relacionados con su comportamiento sexual al consumir/usar drogas, lo que puede contribuir a la recaída y al incumplimiento de metas y objetivos terapéuticos si no se aborda el problema de manera integral (Diehl et al., 2013).

Adicionalmente, el suspender o no el uso de sustancias psicoactivas análogo a la relación sexual ha sido producto de diversos debates. Por una parte, algunos autores señalan que las DSF desaparecen en la abstinencia (Kaplan, & Sadock, 2015) y por otro lado, autores manifiestan que los cambios fisiológicos en la función sexual secundarios al uso de drogas se mantienen incluso en periodos de abstinencia (Del Río, Cabello-Santamaría, Cabello-García, & Aragón-Vela, 2017; Del Río Olvera & Cabello Santamaría, 2014). Lo anterior denota una problemática compleja debido a que, si bien un uso recreativo y el uso crónico pueda llegar a afectar la función sexual de las mujeres, su recuperación depende de diversos factores, como lo son (a) el modo de ingesta (i.e., fumada, esnifada, oral, endovenosa, genital), (b) la cantidad de las dosis, (c) el estado emocional y (d) las expectativas de la ingesta de cocaína y el valor que se le da a la sustancia (Mollaioli et al., 2020), lo cual demanda una intervención multidisciplinar desde un enfoque biopsicosocial relacionado con las consecuencias de las DSF y del uso de drogas de manera integral, centrado no sólo en rehabilitación en drogodependencias sino en rehabilitación sexual (Bruno et al., 2012).

Por otra parte, es importante tener en cuenta que la abstinencia de sustancias psicoactivas puede tener un impacto negativo sobre el deseo o el placer cuando se usan de manera combinada, pues la dependencia psicológica se instaura mediante condicionamiento clásico (i.e., usar cocaína para sentirse más excitada); dando lugar a un desincentivo por mantener la abstinencia y, asimismo, que la excitación sexual (sin uso de cocaína) motive episodios de recaída o de craving intensos (Rawson et al., 2002). Por tal motivo, se considera importante evaluar en las mujeres que se someten a tratamiento por el uso de drogas determinar el riesgo de conducta sexual coexistente y de síntomas de DSF, pues suele ser un área de morbilidad oculta en las pacientes usuarias de sustancias psicoactivas (Diehl et al., 2016). Por tal motivo, se recomienda una evaluación sexual exhaustiva en mujeres drogodependientes y también en mujeres con motivos de consulta relacionados con DSF. Tras la evaluación de la historia de consumo de sustancias psicoactivas, se hace necesario establecer objetivos encaminados al tratamiento tanto de las DSF como del abuso de sustancias. En este sentido, el manejo exitoso de las DSF por una parte podría ayudar con el adecuado abordaje y tratamiento de la patología adictiva (e.g., prevención de recaídas y mantenimiento de la abstinencia) (Smith et al., 1982). Finalmente, reconocemos que la educación sexual debe estar presente a través de todo el proceso y manejo de las pacientes.

Limitaciones

Al no ser una revisión sistemática el presente artículo puede ser sujeto de sesgos, sin embargo, al constituirse como una revisión de la literatura permite ampliar y sintetizar referencias existentes sobre los temas tratados y a su vez realizar un análisis crítico. No obstante, se hace necesario aumentar la rigurosidad metodológica para nutrir otro tipo de metodologías como los metaanálisis. Asimismo, al no tener en cuenta dentro de la selección y posterior revisión al sexo masculino podrían no contemplarse de manera integral las disfunciones sexuales y posibles diferencias.

REFERENCIAS

- Bahamón Muñetón, M. J., Vianchá Pinzón, M. A., & Tobos Vergara, A. R. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología Desde El Caribe*, 31(2), 327–353.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M., Ramon, A., Rodriguez, J. A., Mendes, F., Schnitzer, S., & Phillips-Howard, P. (2008). Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: A cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health*, 8, 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-155>
- Booth, R. E., Watters, J. K., & Chitwood, D. D. (1993). HIV risk-related sex behaviors among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack. *American Journal of Public Health*, 83(8), 1144–1148. <https://doi.org/10.2105/ajph.83.8.1144>
- Bruno, A., Scimeca, G., Marino, A. G., Mento, C., Micò, U., Romeo, V. M., Pandolfo, G., Zoccali, R., & Muscatello, M. R. A. (2012). Drugs and Sexual Behavior. *Journal of Psychoactive Drugs*. <https://doi.org/10.1080/02791072.2012.736801>
- Cain, M. A., Bornick, P., & Whiteman, V. (2013). The maternal, fetal, and neonatal effects of cocaine exposure in pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 56(1), 124–132. <https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e31827ae167>
- Chen, X., Grisham, W., & Arnold, A. P. (2009). X chromosome number causes sex differences in gene expression in adult mouse striatum. *European Journal of Neuroscience*, 29(4), 768–776. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9568.2009.06610.x>
- Cocores, J. A., Miller, N. S., Pottash, A. C., & Gold, M. S. (1988). Sexual dysfunction in abusers of cocaine and alcohol. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. <https://doi.org/10.3109/00952999809001544>
- De La Hoz, F. J. E. (2018). Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres, en 12 ciudades colombianas, 2009-2016. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 69(1), 9. <https://doi.org/10.18597/rcog.3035>
- Del Río, F. J., Cabello-Santamaría, F., Cabello-García, M. A., & Aragón-Vela, J. (2017). Sexual Pain Disorders in Spanish Women Drug Users. *Substance Use and Misuse*. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1222625>
- Del Río Olvera, F. Javier, Cabello, M. A., & Cabello-Santamaría, F. (2020). Consequences of drug use in female orgasm and sexual satisfaction in Spanish women. *Psychology & Sexuality*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/19419899.2020.1779117>
- Del Río Olvera, F. J., & Cabello Santamaría, F. (2014). Tiresias (types of sexual response and substance addiction). In *Universidad de Almería*.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2020). *Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas-(ENCSPA) Resultados 2019*. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/encspa/presentacion-encspa-2019.pdf>
- Diehl, A., da Silva, R. L., & Laranjeira, R. (2013). Female sexual dysfunction in patients with substance-related disorders. *Clinics*, 68(2), 205–211. [https://doi.org/10.6061/clinics/2013\(02\)OA14](https://doi.org/10.6061/clinics/2013(02)OA14)
- Diehl, A., Rassool, G. H., Dos Santos, M. A., Pillon, S. C., & Laranjeira, R. (2016). Assessment of sexual dysfunction symptoms in female drug users: Standardized vs. unstandardized methods. *Substance Use and Misuse*. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1222625>

org/10.3109/10826084.2015.1110175

Echeverry, M. C., Arango, A., Castro, B., & Raigosa, G. (2010). Study of the prevalence of female sexual dysfunction in sexually active women 18 to 40 years of age in medellín, Colombia. *Journal of Sexual Medicine*, 7(8), 2663–2669. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01695.x>

Edlin, B.R., Irwin, K.L., Faruque, S., et al. (1994). Intersecting epidemics—crack cocaine use and HIV infection among innercity young adults. *The New England Journal of Medicine*, 331, 1422–1427.

Evans, S. M., & Foltin, R. W. (2006). Exogenous progesterone attenuates the subjective effects of smoked cocaine in women, but not in men. *Neuropsychopharmacology : Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 31(3), 659–674. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300887>

Evans, S. M., Haney, M., & Foltin, R. W. (2002). The effects of smoked cocaine during the follicular and luteal phases of the menstrual cycle in women. *Psychopharmacology*, 159(4), 397–406. <https://doi.org/10.1007/s00213-001-0944-7>

Florence, E., Schrooten, W., Dreezen, C., Gordillo, V., Schönnesson, L., Asboe, D., Koitz, G., & Colebunders, R. (2004). Prevalence and factors associated with sexual dysfunction among HIV-positive women in Europe. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*. <https://doi.org/10.1080/09540120410001716333>

Freeman, R. C., Collier, K., & Parillo, K. M. (2002). Early life sexual abuse as a risk factor for crack cocaine use in a sample of community-recruited women at high risk for illicit drug use. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28(1), 109–131. <https://doi.org/10.1081/ada-120001284>

Fullilove, M. T., Lown, E. A., & Fullilove, R. E. (1992). Crack 'Hos And Skeezers: Traumatic Experiences Of Women Crack Users. *The Journal of Sex Research*, 29(2), 275–287. <https://doi.org/10.1080/00224499209551647>

Fullilove, M. T., Golden, E., Fullilove III, R. E., Lennon, R., Porterfield, D., Schwarcz, S., & Bolan, G. (1993). Crack cocaine use and high-risk behaviors among sexually active black adolescents. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 14(4), 295–300. [https://doi.org/10.1016/1054-139x\(93\)90177-q](https://doi.org/10.1016/1054-139x(93)90177-q)

Fullilove, R. E., Fullilove, M. T., Bowser, B. P., & Gross, S. A. (1990). Risk of sexually transmitted disease among black adolescent crack users in Oakland and San Francisco, Calif. *JAMA*, 263(6), 851–855.

García-Vega, E., Robledo, E. M., García, P. F., & Izquierdo, M. C. (2012). Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International Journal of Psychological Research*. <https://doi.org/10.21500/20112084.764>

Grove-Strawser, D., Boulware, M. I., & Mermelstein, P. G. (2010). Membrane Estrogen Receptors Activate the Metabotropic Glutamate Receptors mGluR5 and mGluR3 to Bidirectionally Regulate CREB Phosphorylation in Female Rat Striatal Neurons. *Neuroscience*, 170(4), 1045–1055. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2010.08.012>. Membrane

Guarraci, F. A., & Bolton, J. L. (2014). “Sexy stimulants”: the interaction between psychomotor stimulants and sexual behavior in the female brain. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 121, 53–61. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2013.11.006>

Guimarães, R. A., de Castro, V. D. O. L., do Valle Leone de Oliveira, S. M., Stabile, A. C., Motta-Castro, A. R. C., Dos Santos Carneiro, M. A., Araujo, L. A., Caetano, K. A. A., de Matos, M. A., & Teles, S. A. (2017). Gender differences in patterns of drug use and sexual risky behaviour among crack cocaine users in Central Brazil. *BMC Psychiatry*, 17(1), 412. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1569-7>

- Henderson, D. J., Boyd, C. J., & Whitmarsh, J. (1995). Women and illicit drugs: Sexuality and crack cocaine. *Health Care for Women International, 16*(2), 113–124. <https://doi.org/10.1080/07399339509516163>
- Hu, M., & Becker, J. B. (2003). Effects of sex and estrogen on behavioral sensitization to cocaine in rats. *Journal of Neuroscience, 23*(2), 693–699. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.23-02-00693.2003>
- Johnson, M. W., Herrmann, E. S., Sweeney, M. M., LeComte, R. S., & Johnson, P. S. (2017). Cocaine administration dose-dependently increases sexual desire and decreases condom use likelihood: The role of delay and probability discounting in connecting cocaine with HIV. *Psychopharmacology, 234*(4), 599–612. <https://doi.org/10.1007/s00213-016-4493-5>
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2015). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry*. (11th ed.). Williams & Wilkins Co.
- Kohtz, A. S., Paris, J. J., & Frye, C. A. (2010). Low doses of cocaine decrease, and high doses increase, anxiety-like behavior and brain progesterone levels among intact rats. *Hormones and Behavior, 57*(2), 201–205. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2010.02.005>
- Kopetz, C. E., Reynolds, E. K., Hart, C. L., Kruglanski, A. W., & Lejuez, C. W. (2010). Social context and perceived effects of drugs on sexual behavior among individuals who use both heroin and cocaine. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 18*(3), 214–220. <https://doi.org/10.1037/a0019635>
- Lawn, W., Aldridge, A., Xia, R., & Winstock, A. R. (2019). Substance-Linked Sex in Heterosexual, Homosexual, and Bisexual Men and Women: An Online, Cross-Sectional “Global Drug Survey” Report. *Journal of Sexual Medicine, 16*(5), 721–732. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.02.018>
- Leal-Díaz, C., Soto-Valenzuela, A., Papazoglou-Cifuentes, E., & Muñoz-Pareja, M. (2018). Prevalencia de antecedentes sexuales de riesgo en mujeres privadas de libertad. Análisis exploratorio de factores asociados a comportamientos de alto riesgo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 68*(2), 105–110. <https://doi.org/10.18597/rcog.3019>
- Lejuez, C. W., Bornoalova, M. A., Reynolds, E. K., Daughters, S. B., & Curtin, J. J. (2007). Risk factors in the relationship between gender and crack/cocaine. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 15*(2), 165–175. <https://doi.org/10.1037/1064-1297.15.2.165>
- Macdonald, P. T., Waldorf, D., Reinerman, C., & Murphy, S. (1988). Heavy Cocaine Use and Sexual Behavior. *Journal of Drug Issues, 18*(3), 437–455. <https://doi.org/10.1177/002204268801800309>
- Maranda, M. J., Han, C., & Rainone, G. A. (2004). Crack cocaine and sex. *Journal of Psychoactive Drugs, 36*(3), 315–322. <https://doi.org/10.1080/02791072.2004.10400032>
- Martinez, L. A., Gross, K. S., Himmler, B. T., Emmitt, N. L., Peterson, B. M., Zlebnik, N. E., Foster Olive, M., Carroll, M. E., Meisel, R. L., & Mermelstein, P. G. (2016). Estradiol Facilitation of Cocaine Self-Administration in Female Rats Requires Activation of mGluR5. *ENeuro, 3*(5), 1–10. <https://doi.org/10.1523/ENEURO.0140-16.2016>
- McCance-Katz, E. F., Hart, C. L., Boyarsky, B., Kosten, T., & Jatlow, P. (2005). Gender effects following repeated administration of cocaine and alcohol in humans. *Substance Use and Misuse, 40*(4), 511–528. <https://doi.org/10.1081/JA-200030693>
- Mello, N. K., Mendelson, J. H., Drieze, J. O. H. N., & Kelly, M. A. U. R. E. E. N. (1990). Acute effects of cocaine on prolactin and gonadotropins in female rhesus monkey during the follicular phase of the menstrual cycle. *J Pharmacol Exp Ther, 254*(3), 815–823.

- Mermelstein, P. G., Backer, J. B., & Surmeier, D. J. (1996). Estradiol reduces calcium currents in rat neostriatal neurons via a membrane receptor. *Journal of Neuroscience*, *16*(2), 595–604. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.16-02-00595.1996>
- Mollaioli, D., Ciocca, G., Limoncin, E., Di Sante, S., Gravina, G. L., Carosa, E., Lenzi, A., & Jannini, E. A. F. (2020). Life-styles and sexuality in men and women: The gender perspective in sexual medicine. In *Reproductive Biology and Endocrinology*. <https://doi.org/10.1186/s12958-019-0557-9>
- Najman, J. M., Dunne, M. P., Purdie, D. M., Boyle, F. M., & Coxeter, P. D. (2005). Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: An Australian population-based study. *Archives of Sexual Behavior*, *34*(5), 517–526. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-6277-6>
- Organización de los Estados Americanos (OEA). (2019). *Informe sobre Uso de Drogas en las Américas*. In *Inter-American Drug Abuse Control Commission*. [http://cidad.oas.org/Main/ssMain/HTML REPORT DRUG 2019/mobile/index.html](http://cidad.oas.org/Main/ssMain/HTML%20REPORT%20DRUG%202019/mobile/index.html)
- Osorio, J. H. (2009). Implicaciones metabólicas del consumo de opiáceos durante el embarazo: revisión cualitativa de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. <https://doi.org/10.18597/rcog.317>
- Palha, A., & Esteves, M. (2008). Drugs of abuse and sexual functioning. *Advances in Psychosomatic Medicine*, *29*, 131–149. <https://doi.org/10.1159/000126628>
- Peterson, B. M., Mermelstein, P. G., & Meisel, R. L. (2015). Estradiol mediates dendritic spine plasticity in the nucleus accumbens core through activation of mGluR5. *Physiology & Behavior*, *220*(4), 2415–2422. <https://doi.org/10.1007/s00429-014-0794-9>.Estradiol
- Pfaus, J. G., Wilkins, M. F., DiPietro, N., Benibgui, M., Toledano, R., Rowe, A., & Couch, M. C. (2010). Inhibitory and disinhibitory effects of psychomotor stimulants and depressants on the sexual behavior of male and female rats. *Hormones and Behavior*, *58*(1), 163–176. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2009.10.004>
- Quiñones-Jenab, V., Ho, A., Schlussman, S. D., Franck, J., & Kreek, M. J. (1999). Estrous cycle differences in cocaine-induced stereotypic and locomotor behaviors in Fischer rats. *Behavioural Brain Research*, *101*(1), 15–20. [https://doi.org/10.1016/S0166-4328\(98\)00073-4](https://doi.org/10.1016/S0166-4328(98)00073-4)
- Quinones-Jenab, V., & Jenab, S. (2012). Influence of sex differences and gonadal hormones on cocaine addiction. *ILAR Journal / National Research Council, Institute of Laboratory Animal Resources*, *53*(1), 14–22. <https://doi.org/10.1093/ilar.53.1.14>
- Ramage, M. (2004). Female sexual dysfunction. *Psychiatry*. <https://doi.org/10.1383/psyt.3.2.16.30310>
- Rawson, R. A., Washton, A., Domier, C. P., & Reiber, C. (2002). Drugs and sexual effects: role of drug type and gender. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *22*(2), 103–108. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(01\)00215-x](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(01)00215-x)
- Rosenblum, O. (2006). Toxicomanie: un pont entre la sexualité et le désir d'enfant. *Gynecologie Obstetrique et Fertilité*, *34*(10), 990–993. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2006.07.031>
- Roth, M. E., & Carroll, M. E. (2004). Sex differences in the escalation of intravenous cocaine intake following long- or short-access to cocaine self-administration. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, *78*(2), 199–207. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2004.03.018>

Shibley, J., & DeLamater, J. (2006). *Sexualidad Humana*. McGraw-Hill.

Shirmohammadi, M., Kohan, S., Shamsi-Gooshki, E., & Shahriari, M. (2018). Ethical considerations in sexual health research: A narrative review. In *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_60_17

Siegel, R. K. (1982). Cocaine and sexual dysfunction: The curse of mama coca. *Journal of Psychoactive Drugs*, 14(1–2), 71–74. <https://doi.org/10.1080/02791072.1982.10471912>

Smith, D. E., Moser, C., Wesson, D. R., Apter, M., Buxton, M. E., Davison, J. V., Orgel, M., & Buffum, J. (1982). A clinical guide to the diagnosis and treatment of heroin-related sexual dysfunction. *Journal of Psychoactive Drugs*. <https://doi.org/10.1080/02791072.1982.10471916>

Smith, D. E., Wesson, D. R., & Apter-Marsh, M. (1984). Cocaine- and alcohol-induced sexual dysfunction in patients with addictive disease. *Journal of Psychoactive Drugs*, 16(4), 359–361. <https://doi.org/10.1080/02791072.1984.10472306>

Smyth, N. J., & Kost, K. A. (1998). Exploring the Nature of the Relationship Between Poverty and Substance Abuse Nancy. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 1(1), 67–82. <https://doi.org/10.1300/J137v01n01>

Sofuoglu, M., Dudish-Poulsen, S., Nelson, D., Pentel, P. R., & Hatsukami, D. K. (1999). Sex and menstrual cycle differences in the subjective effects from smoked cocaine in humans. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 7(3), 274–283. <https://doi.org/10.1037//1064-1297.7.3.274>

Ulibarri, M. D., Strathdee, S. A., & Patterson, T. L. (2010). Sexual and drug use behaviors associated with HIV and other sexually transmitted infections among female sex workers in the Mexico-US border region. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(3), 215–220. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833864d5>

United Nations Office on Drugs and Crime UNODC. (2016). *World Drug Report*. United Nations publication.

UNODC United Nations Office on Drugs and Crime UNODC. (2020). Drug Use and Health Consequences. In *World Drug Report*. United Nations publication.

Vervaeck, L. (1923). Quelques aspects médicaux et psychologiques de la cocaïnomanie. *Le Scalpel*, 76(744).

Volkow, N. D., Wang, G.-J., Fowler, J. S., Telang, F., Jayne, M., & Wong, C. (2007). Stimulant-induced enhanced sexual desire as a potential contributing factor in HIV transmission. *The American Journal of Psychiatry*, 164(1), 157–160. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.1.157>

Washton, A. M. (1989). Cocaine abuse and compulsive sexuality. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 32–40.

Weatherby, N. L., Needle, R., Cesari, H., Booth, R., McCoy, C. B., Watters, J. K., Williams, M., & Chitwood, D. D. (1994). Validity of self-reported drug use among injection drug users and crack cocaine users recruited through street outreach. *Evaluation and Program Planning*, 17(4), 347–355. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(94\)90035-3](https://doi.org/10.1016/0149-7189(94)90035-3)

Weatherby, N. L., Shultz, J. M., Chitwood, D. D., Virginia McCoy, H., McCoy, C. B., Ludwig, D. D., & Edlin, B. R. (1992). Crack cocaine use and sexual activity in Miami, Florida. *Journal of Psychoactive Drugs*, 24(4), 373–380. <https://doi.org/10.1080/02791072.1992.10471661>

Wendell, A. D. (2013). Overview and epidemiology of substance abuse in pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*

logy, 56(1), 91–96. <https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e31827feeb9>

Wesson, D. R. (1982a). Cocaine use by masseuses. *Journal of Psychoactive Drugs*, 14(1–2), 75–76. <https://doi.org/10.1080/02791072.1982.10471913>

Wesson, D. R. (1982b). Cocaine use by masseuses. *Journal of Psychoactive Drugs*. <https://doi.org/10.1080/02791072.1982.10471913>

Wilsnack, S. C., Vogeltanz, N. D., Klassen, A. D., & Harris, T. R. (1997). Childhood sexual abuse and women's substance abuse: National survey findings. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(3), 264–271. <https://doi.org/10.15288/jsa.1997.58.264>

Worly, B., Gopal, M., & Arya, L. (2010). Sexual dysfunction among women of low-income status in an urban setting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 111(3), 241–244. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.06.019>

Zaazaa, A., Bella, A. J., & Shamloul, R. (2013). Drug Addiction and Sexual Dysfunction. In *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2013.06.003>