**EFECTO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS SOBRE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA**

**Maricela Pino Álvarez**

**maricela.pino@gmail.com**

**EFECTO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS SOBRE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA**

**Resumen**

Históricamente, el consumo de drogas se ha considerado como un potente estimulador de la actividad sexual. Sin embargo, no existe evidencia científica que avale esta creencia. Por este motivo se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de describir los efectos de drogas lícitas (alcohol y nicotina) e ilícitas (marihuana y cocaína) en la respuesta sexual, ampliando el conocimiento sobre este tema. Se encontró que, en general, todas las drogas tienen un efecto negativo a largo plazo sobre la respuesta sexual humana. La percepción positiva de los consumidores sobre los efectos de las drogas en la respuesta sexual no se manifiesta realmente en un parámetro fisiológico medible. Los principales efectos de las drogas lícitas e ilícitas en la respuesta sexual femenina son: la disminución del deseo sexual, disminución de la lubricación vaginal, anorgasmia y el bloqueo de la respuesta sexual. En el caso de la respuesta sexual masculina se identificó como principales efectos de las drogas lícitas e ilícitas: disminución del deseo sexual, disfunción eréctil, retraso en la eyaculación y disfunción sexual.

Palabras clave: Alcohol, Nicotina, Marihuana, respuesta sexual

**EFFECT OF LICIT AND ILLICIT DRUGS ON THE HUMAN SEXUAL RESPONSE**

**Abstract**

Historically, drug consumption has been considered as a potent stimulator of sexual activity; however, there is no scientific evidence to support this belief. For this reason, a literature review was conducted to describe the effects of licit (e.g. alcohol and nicotine) and illicit (e.g. marijuana and cocaine) drugs on the sexual response, thus expanding the knowledge on this topic. It was found that in general all drugs have a negative long term effect on the human sexual response. The positive perception of consumers about the effects of drugs on sexual response is not really reflected in a measurable physiological parameter. The main effects of licit and illicit drugs on female sexual response include decreased sexual desire, decreased vaginal lubrication, anorgasmia and blocked sexual response. For the male sexual response, the main effects of licit and illicit drugs were: decreased sexual desire, erectile dysfunction, delayed ejaculation and sexual dysfunction.

Key words: Alcohol, nicotine, marijuana, sexual response.

**Efecto de Drogas Lícitas e Ilícitas sobre la respuesta Sexual**

Al principio la coca y el sexo van unidos; después,

acabas, como yo, viendo películas porno en el sofá

y esnifando solo, incapaz de tener una erección,

mientras tu novia duerme… (Juan, ex.consumidor)

“El alcohol provoca el deseo, pero frustra el acto” (Shakespeare)

Planteamiento del problema

Actualmente existen muchos mitos y creencias en torno al consumo de ciertas drogas y sus reales efectos en la respuesta sexual. Muchas personas afirman que estar bajo los efectos de sustancias químicas tiene el poder de enaltecer y mejorar de forma drástica la calidad de su actividad sexual. ¿Cuántas veces no hemos escuchado a alguien decir que 'luego de un par de vinitos...' o 'con unos tragos encima' disfrutan más de su intimidad sexual? O que “con un pitito no me pongo tan nervioso”, hay quienes incluso les otorgan propiedades afrodisíacas. En general, el uso de sustancias se considera un facilitador social y psicológico que favorece la actividad sexual.

Por otra parte, la falta de investigaciones rigurosas en esta área en los últimos años, han provocado que muchas personas, incluyendo educadores y profesionales del área de la salud, no tengan las herramientas necesarias para evaluar el impacto real del uso de drogas lícitas e ilícitas en la respuesta sexual.

Por ello, el objetivo propuesto para esta revisión bibliográfica es la descripción de los efectos de drogas lícitas, alcohol y nicotina, como de las drogas ilícitas, marihuana y cocaína sobre las fases de deseo, excitación y orgasmo de la respuesta sexual humana, diferenciando sus efectos a corto y largo plazo.

**Desarrollo del tema**

Desde tiempos muy remotos, la búsqueda de sustancias externas como plantas, alimentos, y por supuesto, sustancias naturales o sintéticas como las drogas para mejorar el “rendimiento erótico/sexual” ha constituido un anhelo para hombres y mujeres.

A lo largo de la historia se ha relacionado el consumo de sustancias con una mejoría de la conducta sexual. Asociado a esto, en la actualidad existe una disponibilidad potencialmente mayor de drogas que tienen efectos relacionados en este ámbito, lo que hace necesario abordar los vínculos entre estas dos variables.

Pero ¿qué entendemos por droga? Existen múltiples definiciones de este término:

“Cuando hablamos de drogas nos estamos refiriendo a aquellas sustancias que actúan sobre el sistema nervioso central alterando el humor, los procesos de pensamiento o conducta” (Alegret, Comellas, & Font, 2005).

“Una droga es todo fármaco o principio activo de un medicamento, elemento de origen biológico natural o producto obtenido de él por diversos métodos, o sustancia producida artificialmente, que produce efectos en el sistema nervioso central modificando el estado de ánimo o produciendo placer, y que puede tener potencial de abuso” (Escohotado, 1999).

De acuerdo a la clasificación de las sustancias en función de las restricciones legales establecidas en cada país respecto al consumo, producción y venta de las diferentes sustancias., las podemos clasificar en:

* Drogas legales o lícitas: alcohol, tabaco, psicofármacos, estimulantes menores y otras sustancias como metadona bajo prescripción médica.
* Drogas ilegales o ilícitas: son todas las que no forman parte del apartado anterior y a las que se accede a través del mercado negro: Derivados del cannabis, heroína, cocaína, etc. (Escohotado, 1999)

Tomando algunos conceptos de estas definiciones, como la producción de placer, el potencial de abuso, la dependencia que producen las drogas y la oferta masiva de drogas lícitas, podríamos explicar el alto porcentaje consumo de estas sustancias en la población. En nuestro país, según cifras del Ministerio de Salud:

* El abuso de alcohol afecta a alrededor del 15 % de la población general mayor de 12 años, con un tercio de ellos presentando dependencia, y a casi un 40% de los hombres consultantes del nivel primario de atención.
* Aproximadamente el 5 % de la población general mayor de 12 años declara haber consumido drogas ilícitas en el último año y cerca del 1 % presenta dependencia a ellas. La mayoría de estas personas ha usado marihuana y un quinto de ellas otras sustancias, tales como cocaína, pasta base y anfetamina.
* El abuso y dependencia de alcohol y drogas es tres veces más frecuente entre los hombres, y se presenta con mayor frecuencia en el grupo de edad de entre 12 y 45 años.

Teniendo en cuenta estas cifras y los mitos que existen en torno a los reales efectos de las drogas lícitas e ilícitas en la respuesta sexual, cabe preguntarse cuáles son los efectos sobre la fisiología de la respuesta sexual humana.

Las investigaciones en este ámbito señalan que las drogas pueden influir de tres maneras sobre la actividad sexual, afectando el deseo, la excitación y el orgasmo (Mckay, 2005; Peugh & Belenko, 2001) En este contexto, y de acuerdo al objetivo de este trabajo, el modelo de la respuesta sexual humana de Kaplan permite explicar los efectos reportados en diversas investigaciones acerca del consumo de sustancias.

Este modelo consta de una primera fase de deseo, definido como el interés en la actividad sexual que lleva a un individuo a iniciarla o estar receptivo a ella. La segunda fase corresponde a la excitación que se podría definir como “sentimientos de excitación sexual” que fisiológicamente se manifiestan con la erección en el hombre y la lubricación vaginal en la mujer. Y finalmente la etapa de orgasmo, proceso psico-neuro-endocrino complejo, que usualmente incluye una serie de contracciones musculares pélvicas que liberan la tensión sexual (Kaplan, 1979).

En diversas investigaciones, se ha reportado que el efecto de las drogas variará de acuerdo a la dosis de consumo y si el consumo es ocasional o crónico (Peugh & Belenko, 2001; Mckay, 2005; Frago & Sáez, 2007; Johnson, Phelps, & Cottler, 2004), Sin embargo, según todos los estudios realizados, las drogas tienen efectos negativos, no solo durante las relaciones sexuales, sino en la manifestación de la sexualidad en general” (Bolgeri & Quaglierini, 2007)

**Efecto de Drogas Lícitas sobre la respuesta Sexual**

Alcohol (etanol o etil alcohol)

Es una droga lícita ampliamente utilizada y abusada. Por mucho tiempo se ha considerado el alcohol como un potente facilitador, promotor y desinhibidor del comportamiento sexual; que potencialmente puede ser utilizado como afrodisíaco (Rosen, 1991). El alcohol, al igual que otras drogas, posee propiedades amnésicas que hacen a los individuos olvidar sus acciones o sus consecuencias antes, durante y después del acto sexual (Bellis & Hughes, 2004). Estos efectos se deben a que el alcohol actúa como un depresor del sistema nervioso central (SNC), enlenteciendo el funcionamiento del cerebro (Frago & Sáez, 2007).

El alcohol incrementa los niveles de ácido gamma-aminobutírico (GABA), neurotransmisor que inhibe la transmisión del impulso nervioso. Al incrementarse los niveles de alcohol en la sangre, aumenta GABA, por lo que disminuye el flujo de información desde al cerebro hasta la médula espinal, provocando sedación (Peugh & Belenko, 2001). Como se mencionó anteriormente, los efectos del alcohol dependen de las cantidades consumidas y si el consumo es agudo o crónico.

Efecto del consumo de alcohol en hombres

De acuerdo a la dosis, el consumo de pequeñas cantidades de alcohol (un vaso) tiene poco o nulo impacto sobre la respuesta sexual, pero a dosis elevadas (efecto agudo) por el efecto depresor sobre el SNC, puede haber problemas en la fase de excitación, manifestándose en los varones como una disminución de la excitación, disfunción eréctil (a partir de 0,5 gr por litro de sangre), además de problemas durante la eyaculación (Farkas & Rosen, 1976).

El efecto crónico del consumo de alcohol provoca alteraciones en cada órgano y sistema del cuerpo, por ello no es sorprendente que afecte prácticamente todas las etapas de la respuesta sexual. Entre las alteraciones encontramos: debilita la eficacia masturbatoria, disminución del deseo sexual, disfunción eréctil e inhibición del orgasmo. (Farkas & Rosen, 1976; Mckay, 2005).

Efectos del consumo de alcohol en mujeres

Al igual que en los varones, la ingesta de pequeñas dosis no posee un impacto en la respuesta sexual. Sin embargo a dosis elevadas se ha reportado una disminución de la lubricación vaginal, dificultad para alcanzar una adecuada excitación y disminución del goce e intensidad del orgasmo (Malatesta, Pollack, Crotty, & Peacock, 1982; Mckay, 2005).

El efecto crónico del consumo de alcohol en mujeres produce dificultades en la lubricación, inhibición del orgasmo y dispareunia. (Johnson, Phelps, & Cottler, 2004; Peugh & Belenko, 2001)

Alteraciones Moleculares en los consumidores de alcohol que influyen en la Respuesta Sexual Humana.

Estas alteraciones en la respuesta sexual, se podrían explicar a través de los cambios que son inducidos por el alcohol en varios neurotransmisores y hormonas. Se ha reportado que al aumentar los niveles de alcohol en la sangre, aumentan los niveles de serotonina en el cerebro. Este último neurotransmisor está involucrado en la inhibición o disminución de la excitación. (Mcintosh & Barfield, 1984; Alegret, Comellas, & Font, 2005). De hecho, las neuronas serotoninérgicas liberan prolactina (PRL), esta última hormona está relacionada con la disminución de la líbido (Kleinberg, Noel, & Frantz, 1977).

Por otra parte, Dopamina, una catecolamina relacionada la activación de la función sexual, inhibe la secreción de PRL. (Cocored, Miller, Pottash, & Gold, 1988). En pacientes alcohólicos que no han bebido, se ha encontrado que los niveles de PRL séricos están incrementados lo que sugiere, indirectamente, una disminución de la Dopamina (Miller, Barasch, & Sacks, 1986).

En pacientes alcohólicos también, se ha observado que al aumentar los niveles de alcohol en la sangre, aumentan concomitantemente los niveles de serotonina y de Dopamina en el SNC, contribuyendo posiblemente al incremento del deseo sexual y a la disminución del rendimiento sexual (Cocored, Miller, Pottash, & Gold, 1988).

Otro de los parámetros fisiológicos que se ven alterados en los pacientes alcohólicos, son los niveles hormonales. Al aumentar los niveles de alcohol en sangre, disminuye la actividad de la testosterona hepática, provocando un aumento de los niveles de estrógenos (Gordon, Olivo, & Rafii, 1975).

Tabaco (Nicotina)

El tabaquismo es una enfermedad crónica, considerada una drogodependencia. La nicotina, principio activo del tabaco, es una droga adictiva y como tal tiene las características de otras drogas: tolerancia, dependencia física y psicológica.

Chile es el país de América con mayor prevalencia de consumo de tabaco. El consumo de esta droga lícita constituye uno de los factores de riesgo de enfermedad y muerte más importantes, entre los que ´podemos señalar: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el enfisema pulmonar, el cáncer de pulmón y de Laringe y enfermedades del corazón y cerebrovasculares (Chile, 2010).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Prevalencia Mayores de 15 años | Año | Varones | Mujeres | Total |
| Prevalencia de fumadores actuales | 2003 | 48,3% | 36,8% | 42,4% |
| 2010 | 44,2% | 37,1% | 40,6% |
| Promedio cigarrillos fumados diarios | 2003 | 8,8 | 7,3 | 8,1 |
| 2010 | 11,7 | 8,9 | 10,4 |

Fuente: Elaboración Unidad de Tabaco en base a ENS2003y 2010

|  |  |
| --- | --- |
|  | http://web.minsal.cl/portal/images/pobtrans.gif |
| http://web.minsal.cl/portal/images/pobtrans.gif | | |
| http://web.minsal.cl/portal/images/pobtrans.gif |  |  |

La Nicotina es una droga que se clasifica como estimulante del SNC. Estas sustancias aceleran el funcionamiento del cerebro, facilitando o hiperactivando a las personas que las consumen (Frago & Sáez, 2007), por este motivo parecen facilitar inicialmente la respuesta sexual, inclusive algunas personas relatan sentirse más relajados y sexualmente más seguros cuando fuman (Frago & Sáez, 2007). Pese a todas estas creencias, la nicotina posee un potente efecto negativo sobre el sistema circulatorio, dificultando la irrigación sanguínea, función fundamental para una buena erección y lubricación (Frago & Sáez, 2007). Una parte fundamental de la respuesta sexual humana es la erección del pene y del clítoris, y la congestión genital en la mujer. Estos procesos requieren de una eficiente irrigación sanguínea en el área, proceso que el tabaquismo deteriora considerablemente (Mckay, 2005).

Efectos de la nicotina en el Hombre

Como se mencionó anteriormente, el tabaquismo interfiere en procesos biológicos que son necesarios para producir y mantener una erección, como son la vasodilatación y la relajación muscular del cuerpo (Virag, 1985). Estos efectos se observan de forma inmediata.

Diversos estudios han señalado los efectos adversos del tabaquismo en la respuesta sexual masculina, por ejemplo su relación con la disfunción eréctil (Shiri, 2004); que la tumescencia peneana nocturna, medida como la dureza y duración de la erección del hombre al dormir, es menor mientras más cigarrillos ha fumado durante el día (Hirshkowits, 1992).

En fumadores de larga data, se ha reportado un riesgo incrementado de disfunción eréctil (Mckay, 2005). Si al tabaco le agregamos hipercolesterolemia el riesgo es aún mayor de presentar disfunciones sexuales en general (Frago & Sáez, 2007). Algunos investigadores han encontrado bajos niveles de testosterona séricos después de fumar más de veinte cigarrillos diarios (Jordon Peugh & Belenko, 2001)

Dejar de fumar, inclusive períodos cortos de tiempos permite mejorar a corto plazo, la respuesta sexual de pacientes fumadores crónicos, por ejemplo no fumar por 24 horas les permitió mantener erecciones más firmes (Guay & Perez, 1998); mientras que en pacientes fumadores crónicos con disfunción eréctil, dejar de fumar definitivamente les puede reportar efectos beneficiosos a largo plazo, ya que comparados con los pacientes que no dejan de fumar, éstos presentan una notable mejoría de la función eréctil un año después (Pourmand, Alidaee, & Rasuli, 2004).

Efectos de la nicotina en la Mujer

Existen pocas investigaciones del impacto del cigarrillo en la respuesta sexual femenina, sin embargo al fumar se reduce el flujo sanguíneo a las extremidades inferiores y concomitantemente a la zona genital, por lo que la excitación (lubricación de los genitales) y el orgasmo se podrían ver afectados (Frago & Sáez, 2007).

**Efecto de Drogas Ilícitas sobre la Respuesta Sexual Humana**

Marihuana

Es la droga ilícita más utilizada en el mundo. En el año 2004 la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) estimó que el 4% de la población adulta del mundo ( 162 millones de personas) usa marihuana anualmente, y, el 0,6% (22.5 millones) reportan uso diario (Shamloul & Bella, 2011).

Deriva de la planta del cáñamo llamada *cannabis sativa.* Su principal psicoactivo es el delta-9- tetrahidrocannabinol (THC). Los niveles mínimos de esta molécula para presentar efectos psicoactivos son alrededor de 10µg por kilo de peso (Shamloul & Bella, 2011). Con estas dosis se produce euforia y analgesia leve, relajación y en general un aumento de las experiencias sensitivas (Peugh & Belenko, 2001). Los efectos agudos son bastante rápidos, a dosis altas puede intensificar estas sensaciones o producir alucinaciones, por lo que se le clasifica como una droga alucinógena (Peugh & Belenko, 2001).

Efecto del consumo de marihuana en la respuesta Sexual

Por muchos años se le ha considerado como un afrodisíaco, y al tratarse de la droga más empleada, se consume con frecuencia antes y después de practicar el sexo. Sin embargo, existe muy poca evidencia fisiológica de que incremente la líbido o la función sexual (Grinspoon & Bakalar, 1997), o que el consumo debilite la función sexual o el deseo. Es probable que, tal como sucede con otras drogas la sensación general de relajación y la percepción sensorial aumentada, lleven a los los consumidores a tener encuentros sexuales.

Diversos estudios realizados a consumidores de marihuana, sugieren que los usuarios “perciben” que tiene un impacto positivo sobre su sexualidad, esto se manifiesta a través de un incremento de placer y satisfacción, o de la calidad del orgasmo, sin que exista un impacto en la función per se, como por ejemplo aumento del número de orgasmos o la habilidad para aumentar el rendimiento sexual (Mckay, 2005).

Los efectos crónicos del uso de marihuana pueden dañar el sistema reproductor, el sistema respiratorio, el sistema endocrino. En este último puede provocar una disminución de la testosterona plasmática y otras hormonas (Peugh & Belenko, 2001).

Existen algunos reportes que señalan que el consumo continuado podría ocasionar una disminución de la lubricación vaginal y dispareunia. Además de un marcado desinterés por el sexo (Frago & Sáez, 2007). Otras le han atribuido un efecto negativo sobre la fase del orgasmo en las mujeres (Mckay, 2005), también tiene un impacto negativo en la fertilidad de hombres y mujeres. Investigaciones en animales han demostrado que en machos produce una disminución de testosterona plasmática y disminuye el recuento espermático, mientras que en hembras inhibe la ovulación (Frago & Sáez, 2007). Pese a esto, los efectos del consumo a largo plazo son muy limitados y poco claros.

Mecanismos moleculares involucrados en el efecto de la marihuana sobre la respuesta sexual

Pese a las pocas investigaciones existentes acerca del efecto de la marihuana en la respuesta sexual, existe evidencia de su correlación con la ansiedad, psicosis y depresión, factores que evidentemente poseen un impacto (Shamloul & Bella, 2011).

Entre las moléculas estudiadas está el receptor de canabbinoide (CB1), ampliamente ubicado en el cerebro (cuerpo estriado, hipocampo) y corteza del cerebelo. Generalmente se encuentra como receptor pre-sináptico que al ser estimulado inhibe la liberación del axón terminal.

Existen cuatro ejes en los cuales CB1 podría afectar el comportamiento sexual:

1. La estimulación de CB1 en cuerpo estriado y cerebelo, disminuyen la coordinación y actividad motora (Egashira, Mishima, Iwasaki, & Fujiwara, 2002)
2. Dentro de las estructuras corticolímbicas pueden afectar la respuesta al estrés y el comportamiento emocional, por lo que podría tener influencia en el comportamiento sexual modulando la ansiedad y estrés (McLaughlin, Hill, Morrish, & Gorzalka, 2007)
3. La estimulación de CB1 puede regular la secreción sináptica de Dopamina y serotonina, ambos neurotransmisores tienen roles fundamentales en la regulación de los reflejos genitales y la motivación e inhibición sexual (Giraldi, y otros, 2004).
4. Los receptores CB1 ubicados en el hipotámo regulan la liberación de oxitocina y hormona liberadoras de gonadotrofinas (GnRH) (Shamloul & Bella, 2011).

Cocaína

Es un polvo blanco que se obtiene purificando las hojas de la planta de la coca. Ésta puede ser inhalada o inyectada.

Se le clasifica como un estimulante del SNC que provoca un efecto anestésico y de vasoconstricción, provocando un impacto inmediato en el sistema cardiovascular incrementado la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la temperatura corporal y la frecuencia respiratoria (Frago & Sáez, 2007).

Los mecanismos propuestos para explicar está acción. La cocaína inhibe la recaptación de Dopamina y norepinefrina incrementando sus niveles (Peugh & Belenko, 2001). La Dopamina puede ser la responsable de las sensaciones de placer y reforzamiento que son claves en la adicción.

Efectos del uso de cocaína sobre la respuesta sexual

Muchos usuarios de cocaína la consideran como un potente afrodisíaco. De hecho se ha reportado que la cocaína induce la erección espontánea y la eyaculación sin que haya estimulación genital, facilitando los orgasmos (Buffum, 1982).

El uso crónico de cocaína puede gatillar problemas para lograr o mantener una erección y también en la eyaculación. Este problema puede persistir incluso después que el uso se ha detenido (Peugh & Belenko, 2001).

La evidencia científica sugiere que la cocaína puede aumentar la excitación, pero también se ha asociado con disfunción sexual, provocando eyaculación retardada y eyaculación precoz (Peugh & Belenko, 2001). Estos efectos contradictorios pueden ser ocasionados por las diferentes dosis, el uso crónico, presencia de otros problemas de salud y otros factores individuales.

Otros reportes sobre el uso de Crack, lo han asociado con una disminución del deseo, pérdida del placer sexual, y falta de capacidad para lograr orgasmos (Weatherby, Shultz, Chitwood, McCoy, & Ludwig, 1992).

La cocaína es un potente agonista de la Dopamina. En los consumidores crónicos de esta droga se puede producir deficiencia de Dopamina, hiperprolactinemia con disfunción sexual (Cocored, Miller, Pottash, & Gold, 1988).

Dosis intermedias de cocaína provocan un incremento de LH y disminución de Prolactina, en tanto, dosis mayores de cocaína produce disminución de LH e incremento de Prolactina.

El uso crónico puede ocasionar una disminución de la líbido y del rendimiento sexual la que podría explicarse por la depleción causada de Dopamina en los usuarios crónicos (Cocored, Miller, Pottash, & Gold, 1988).

**Discusión**

La visión actual de las drogas psicoactivas como afrodisíacos es muy común. En nuestra cultura habitualmente creemos que el uso de las drogas constituye una estimulación para la sexualidad, sin embargo la evidencia científica al respecto señala lo contrario.

“La respuesta sexual es promovida por el sistema nervioso, los efectos químicos de algunas drogas inciden directamente sobre el cerebro modificando casi con seguridad el funcionamiento de los centros reguladores de la sexualidad…” (Restrepo, 2006).

Se ha encontrado que los principales efectos de las drogas en la sexualidad femenina serían la disminución del deseo sexual, anorgasmia, disminución de la lubricación vaginal, el bloqueo de la respuesta sexual, infertilidad, alteración del ciclo menstrual, y por tanto, trastornos en la ovulación. En el caso del sexo masculino se ha identificado como principales efectos de las drogas: la disminución de las hormonas masculinas (testosterona), disminución en la producción de espermatozoides, disfunción eréctil, disminución del deseo sexual, infertilidad y el retraso en la eyaculación y la disfunción sexual (González, Gálvez, Álvarez, & Cobas, 2005)

Algunos tipos de drogas en sus efectos inmediatos, pueden reflejar mayor desinhibición y aumento de sensaciones, pero lo cierto es que ninguna droga incrementa el deseo sexual, ya que esto depende de una multitud de factores hormonales, fisiológicos, psicológicos, culturales y sociales. Generalmente producen disfunciones sexuales tanto en el hombre como en la mujer.

De las drogas investigadas para este trabajo podemos resumir lo siguiente:

1. Alcohol: Disminuye la fase de deseo de la respuesta sexual solamente en hombres, y este impacto es evidente cuando se consumen altas dosis. La fase de excitación y orgasmo también se deteriora a altas dosis en ambos sexos.
2. Nicotina: Tiene un efecto negativo en la fase de excitación.
3. Marihuana: Existe evidencia controvertida al respecto, se reportan efectos negativos y positivos.
4. Cocaína: Afecta negativamente, todas las fases de la respuesta sexual. La fase de excitación se ve afectada preferentemente en hombres.

Pese a la importancia del tema existen limitaciones en las investigaciones y revisiones, ya que poseen muestras pequeñas y poco representativas, falta de grupo control para comparar, los diseños se basan en reportes de las percepciones de los pacientes, falta un control para el reporte de los efectos según las dosis, los efectos sociales y la discriminación de aquellas personas que utilizan varias drogas.

**Conclusión**

* En general, todas las drogas tienen un efecto negativo a largo plazo sobre la respuesta sexual humana.
* La percepción positiva de los consumidores sobre los efectos de las drogas en la respuesta sexual, no se manifiesta realmente en un parámetro fisiológico medible como aumento del número de orgasmos o incremento del rendimiento sexual.

# Bibliografía

Alegret, J., Comellas, J., & Font, P. F. (2005). *Adolescentes: Relaciones con los padres,drogas,sexualidad y culto al cuerpo.* Barcelona: Graó.

Bellis, M., & Hughes, K. (2004). Sex potions. Relationships between alcohol, drugs and sex. *Adicciones*, 249-258.

Bolgeri, G., & Quaglierini, D. (2007). *Todo sobre Sexualidad Masculina.* Buenos Aires: Kier.

Buffum, J. (1982). Farmacosexología: The effects of drugs on sexual function: a review. *Journal of psychoactive Drugs*, 5-44.

Chile, M. d. (2010). *Minsal*. Recuperado el 09 de Diciembre de 2013, de http://web.minsal.cl/portal/url/page/minsalcl/g\_proteccion/g\_tabaco/situacionenchile.html

Cocored, J., Miller, N., Pottash, C., & Gold, M. (1988). Sexual disfunction in abusers of cocaine and alcohol. *The American Journal of drug and alcohol abuse*, 169-173.

Egashira, N., Mishima, K., Iwasaki, K., & Fujiwara, M. (2002). Intracerebral microinjections of delta 9-tetrahydrocannabinol: Search for the impairment of spatial memory in the eight-arm radial maze in rats. *Brain Research*, 239-245.

Escohotado, A. (1999). *Historia General de las drogas.* Espasa Calpe Mexicana.

Farkas, G., & Rosen, R. (1976). Effects of alcohol on elicited male response. *Journal of studies on alcohol*, 328-338.

Frago, S., & Sáez, S. (30 de Agosto de 2007). *Drogas y Sexualidad. Repercusiones en la Vida Erótica.* Recuperado el 6 de Diciembre de 2013, de http://doctor-alberto.blogspot.com: http://doctor-alberto.blogspot.com/2013/08/drogas-y-sexualidad-repercusiones-en-la.html

Giraldi, A., Marson, L., Nappi, R., Pfaus, J., Traish, A., Vardi, Y., y otros. (2004). Physiology of female sexual function: Animal models. *Journal of sexual medicine*, 237-253.

González, T., Gálvez, E., Álvarez, N., & Cobas, F. &. (2005). Drogas y Sexualidad: grandes enemigos. . *Revista Cubana de Medicina General Integral (La Habana)* , 5-6.

Gordon, G., Olivo, J., & Rafii, F. (1975). Conversion of androgens to estrogen in cirrhosis of the liver. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 1018-1026.

Grinspoon, L., & Bakalar, J. (1997). *Substance abuse: A comprehensive Textbook: Third Edition.* Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins.

Guay, A., & Perez, J. &. (1998). Cessation of smoking rapidly decreases erectile disfunction. *Endocrine -practice*, 232-236.

Hirshkowits, M. A. (1992). Nocturnal penile Tumescence in cigarette smokers with erectile dysfunction. *Urology*, 101-107.

Johnson, S., Phelps, D., & Cottler, L. (2004). The association of Sexual Disfunction and Substance use among community Epidemiological Sample. *Archives of Sexual Behavior*, 55-63.

Jordon Peugh, M., & Belenko, S. (2001). Alcohol, Drugs and Sexual Function: A Review. *Journal of Psychoactive Drugs*, 223-232.

Kaplan, H. (1979). *Disorders of sexual Desire.* New York: Simon and Shuster.

Kleinberg, D., Noel, G., & Frantz, A. (1977). Galactorrea: A study of 235 cases including 48 with pituitary tumors. *The New England Jornal of Medicine*, 296-.

Malatesta, V., Pollack, R., Crotty, T., & Peacock, L. (1982). Acute alcohol intoxication and female orgasmic response. *The Journal of Sex Research*, 1-17.

Mcintosh, T., & Barfield, R. (1984). Serotonin and the post-ejaculatory refractory period. *Brain research*, 255-265.

Mckay, A. (2005). Sexuality and substance use: The impact of Tobacco, Alcohol, and selected recreational drugs on sexual function. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 47-56.

McLaughlin, R., Hill, M., Morrish, A., & Gorzalka, B. (2007). Local enhancement of cannabinoid CB1 receptor signalling in the dorsal hippocampus elicits an antidepressant-like effect. *Behavior Pharmacology*, 431-438.

Miller, F., Barasch, A., & Sacks, M. (1986). Serun Prolactin correlates with depressed mood during alcohol withdrawal. *Drug Alcohol Depend*, 331-338.

Peugh, G., & Belenko, S. (2001). Alcohol, Drugs and Sexual Function: A Review. *Journal of Psycoactive Drugs*, 223-232.

Pourmand, G., Alidaee, M., & Rasuli, S. e. (2004). Do cigarette smokers with erectile disfunction benefit from stopping?: A prospective study. *BJU International*, 1310-1313.

Restrepo, F. (2006). *Consumo de sustancias psicoactivas: Estudio sobre personalidad, vulnerabilidad, sexualidad y criminalidad.* Recuperado el 11 de diciembre de 2013, de http://cicode.ugr.es/drogodependencia/pages/trabajomagda/sexualidad

Rosen, R. (1991). Alcohol and drugs effects on sexual response: human experimental and clinical studies. *Annual Review of Sex Research*, 119-179.

Shamloul, R., & Bella, A. (2011). Impact of cannabis use on Male Sexual Health. *Journal of Sexual Medicine*, 971-975.

Shiri, R. K. (2004). Effect of life-style factors on incidence of erectile dysfunction. *International journal of Impotence*, 389-394.

Virag, R. B. (1985). Is impotence an arterial disorder? A study of arterial risk factors in 440 impotent men. *Lancet*, 181-184.

Weatherby, N., Shultz, J., Chitwood, D., McCoy, H., & Ludwig, D. &. (1992). Crack cocaine use and sexual activity in Miami, Florida. *Journal of Psycoactive Drugs*, 373-380.