



Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología

ISSN: 0034-7434

ISSN: 2463-0225

Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología;
Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología

Calvo-Abaunza, Andrés Felipe; Rueda-Monsalbe,
Amanecer; Castañeda-Martínez, Diego Andrés

Disfunción sexual y uso de drogas en mujeres: una relación etiológica recíproca

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 72, núm. 2, 2021, pp. 193-201

Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología; Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología

DOI: <https://doi.org/10.18597/rcog.3627>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195268353005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

<https://doi.org/10.18597/rcog.3627>

Disfunción sexual y uso de drogas en mujeres: una relación etiológica recíproca

Sexual dysfunction and drug use in women: A reciprocal etiologic relationship

Andrés Felipe Calvo-Abaunza, MSc.¹; Amanecer Rueda-Monsalbe²; Diego Andrés Castañeda-Martínez²

Recibido: 5 de noviembre de 2020/Aceptado: 18 de febrero de 2021

RESUMEN

Objetivo: realizar una reflexión sobre la relación etiológica recíproca entre la disfunción sexual femenina y la drogodependencia, y sus implicaciones prácticas e investigativas.

Materiales y métodos: se presenta una descripción de los efectos y las consecuencias a corto y a largo plazo del uso de drogas en mujeres y se analiza si el uso de drogas es la causa de la disfunción sexual o si, por el contrario, la disfunción sexual conduce al uso de drogas. Asimismo, se discute la necesidad de ahondar en la investigación que relaciona estas dos variables y sus implicaciones clínicas.

Conclusión: el consumo de drogas afecta la función sexual femenina, por lo que es pertinente un diagnóstico inicial y la rehabilitación sexual tras el uso crónico de sustancias psicoactivas; asimismo, se hace indispensable implementar medidas profilácticas para disminuir el uso de drogas en la actividad sexual y sus consecuencias asociadas, y ampliar la investigación de esta área del conocimiento médico y psicológico.

Palabras clave: salud sexual; disfunciones sexuales fisiológicas; disfunciones sexuales psicológicas; drogodependencias; abuso de sustancias; trastornos relacionados con sustancias.

ABSTRACT

Objective: To reflect on the reciprocal etiologic relationship between female sexual dysfunction and drug abuse, and its implications for practice and research.

Material and methods: A description of the effects and short-term and long-term consequences of drug use in women is presented together with an analysis of whether drug use is the cause of sexual dysfunction or on the contrary, if sexual dysfunction leads to drug abuse. The need to conduct further research into the relationship between these two variables and their clinical implications is also discussed.

Conclusion: Drug use affects female sexual function, hence the importance of initial diagnosis and sexual rehabilitation following chronic use of psychoactive substances; Implementing prophylactic measures in order to reduce drug use during sexual activity and its associated consequences; and expanding research in this area of medical and psychological knowledge.

Keywords: Sexual health; physiological sexual dysfunctions; drug dependency; substance abuse; substance-related disorders.

* Correspondencia: Andrés Felipe Calvo-Abaunza Calle 46 #12A-91, Sogamoso (Colombia). andrescalvo9612@gmail.com; calvo.andres@uces.edu.co

1. Psicólogo, Maestría en drogodependencias, Universidad CES, Medellín (Colombia).
2. Estudiante de Medicina XI semestre, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia UPTC, Tunja (Colombia).

INTRODUCCIÓN

Las disfunciones sexuales, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), son un grupo de trastornos heterogéneos, caracterizados por una alteración clínicamente significativa de la capacidad de la persona para responder sexualmente o para experimentar placer sexual. El DSM-5 reconoce tres posibles disfunciones sexuales femeninas (DSF), a saber: trastorno del interés/excitación sexual, trastorno orgásmico femenino y trastorno por penetración/dolor genito-pélvico (1).

La prevalencia en Colombia de la disfunción sexual alcanza aproximadamente el 33 % de la población; el deseo es la principal esfera afectada, seguido de alteraciones en el orgasmo y alteración en la excitación (2,3). Se entiende que el campo de las DSF es complejo debido a la multiplicidad de factores que intervienen en esta (p. ej., orgánicos, psicológicos, relacionales, socioculturales, políticos y económicos) (4). Uno de los factores que se han asociado a las DSF es el consumo de sustancias psicoactivas a lo largo de la vida (5).

El uso de drogas psicoactivas ha sido destinado para varios fines (p. ej., recreativos, sociales o experimentales) dirigidos inicialmente a la obtención de gratificación y placer. Incluso, con frecuencia las personas suelen utilizar simultáneamente drogas y mantener relaciones sexuales (i.e., Chemsex); el empleo de drogas durante esta actividad tiene como objetivo la obtención de un incremento en la funcionalidad y el placer (p. ej., uso como afrodisiacos), lo cual es resultado de diferentes mitos y creencias asociadas (6). Sin embargo, a pesar de que la sexualidad es uno de los parámetros importantes en la calidad de vida de las personas, se ve afectada negativamente por el uso de sustancias psicoactivas. Por una parte, ciertos tipos de drogas, como las estimulantes (p. ej., cocaína, nicotina, anfetaminas), son utilizadas como instrumento para potenciar las relaciones sexuales, y, por el contrario, las drogas depresoras (p. ej., alcohol, opiáceos) se han usado para manejar el vaginismo, lograr la excitación o conseguir la relajación sexual durante el coito (7,8).

La Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC), en el más reciente informe mundial sobre las drogas, ratifica un aumento considerable en las muertes vinculadas al consumo de drogas, un número elevado de consumidores a nivel global (cerca de 300 millones de personas) y una distribución geográfica importante en el uso, la distribución y la producción de sustancias psicoactivas a lo largo del mundo (9). En el ámbito local, el *Informe Sobre el Consumo de Drogas en las Américas* destaca que las prevalencias han aumentado en mujeres en distintos países, lo que ha cerrado la brecha histórica en el consumo diferencial por sexo, y ha igualado y superado las prevalencias de consumo de hombres (10). En Colombia, la prevalencia del consumo de drogas a lo largo de la vida aumentó de 8,8 % en 2008 a 12,2 % en 2013. Las principales sustancias consumidas son cannabis, cocaína, basuco y “éxtasis” (11). El más reciente boletín técnico de la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) indica, en población de 12 a 65 años, una prevalencia de consumo para alcohol total de 84 %, un 87 % en hombres y 81,2 % en mujeres; para medicamentos tranquilizantes sin fórmula médica 2,06 % en hombres y 1,63 % en mujeres; la prevalencia de consumo de sustancias ilegales total es de 9,7 %, con predominio en el género masculino, 14 % vs. 5,6 % en el sexo femenino (12).

Se ha descrito que las mujeres usan preferentemente inhalables y derivados de la cocaína en mayor proporción que los hombres y que, además, desarrollan trastornos por uso de sustancias (TUS) en un periodo más breve (10). Lo anterior nos sitúa en un contexto problemático que va en aumento y que afecta a hombres y mujeres en todas las esferas. Desde esta perspectiva, la drogodependencia se caracteriza por el consumo continuado y persistente de sustancias de abuso, a pesar del incremento de las consecuencias negativas para la salud física, psicológica, familiar y social de las personas (13). En este sentido, la drogodependencia o el uso indebido continuo de alcohol y otras sustancias psicoactivas se traduce en afectaciones a la salud física, emocional, social, genitourinaria y sexual de las mujeres (5,14).

Por otra parte, se ha demostrado que las mujeres drogodependientes son más proclives a experimentar un alto índice de problemas genitourinarios a raíz de determinadas predisposiciones biológicas, conductas sexuales sin protección o encuentros con múltiples parejas sexuales, además de experimentar trastorno de ciclo menstrual irregular, DSF, embarazos no deseados o abortos (14), e incluso, abuso de drogas en el embarazo (15). Asimismo, en las mujeres se ha documentado el sexo a cambio de sustancias psicoactivas o dinero y la alta probabilidad de verse involucradas o ser víctimas de violencia verbal, física y sexual (16,17).

De acuerdo con lo mencionado, el consumo problemático de sustancias psicoactivas como evento de interés en salud pública acarrea consecuencias directas (a nivel social, físico, mental y sexual) en la calidad de vida de las mujeres en cualquier etapa, y motiva este documento de reflexión sobre: a) el efecto de las sustancias psicoactivas en la función sexual femenina, b) el comportamiento dicotómico del uso de drogas y DSF, y c) la necesidad de ahondar en la investigación que relaciona la drogodependencia y la DSF.

EFFECTOS DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA SEXUALIDAD FEMENINA

Las drogas psicoestimulantes se han empleado como potenciadores sexuales, sin embargo, a pesar de sus efectos de euforia y su consecuente activación fisiológica, a nivel del desempeño sexual estas sustancias no siempre surten un efecto positivo (18). Por ejemplo, el uso de cocaína en grandes dosis y su consumo a largo plazo en mujeres se ha visto relacionado con disminución del deseo, alteraciones en la lubricación vaginal, disminución en la sensibilidad clitoriana y dificultad para alcanzar el orgasmo; además, se ha encontrado que estos efectos pueden permanecer incluso después de periodos de abstinencia (19,20). De manera similar, el consumo de crack (forma base fumable de la cocaína) (21) disminuye el deseo sexual y aumenta la probabilidad de padecer DSF al reemplazar el interés por el sexo a cambio del placer inmediato del estimulante (22). Por otra parte, se ha descrito que podría existir una mayor suscep-

tibilidad en el organismo femenino a los efectos de la cocaína mediante el efecto del estradiol, lo cual puede disminuir la plasticidad neuronal dentro de las áreas mesolímbicas de recompensa (23), lo que convertiría al hecho de ser mujer en una desventaja social en cuanto a los efectos de la dependencia, agravada por los efectos negativos de esta droga sobre el ámbito sexual.

Respecto al uso del cannabis, aunque socialmente se promueven sus efectos “afrodisíacos” o de mejora en la experiencia sexual, se describen efectos negativos del uso crónico o en dosis elevadas (p. ej., pérdida de interés, inhibición de orgasmo, rechazo o desatención de las relaciones interpersonales), mientras que en dosis bajas y con un uso agudo puede llegar a mejorar la experiencia sexual, por ejemplo, mayor deseo sexual, mayor intimidad, cercanía emocional y capacidad de disfrute en algunas personas (24,25). En este sentido, en pacientes consumidoras habituales (vs. no consumidoras) existe mayor probabilidad de presentar anorgasmia, menor satisfacción sexual, actividad sexual con menor frecuencia, menor “juego previo erótico” y mayor probabilidad de evitar la actividad sexual (26).

En cuanto a las sustancias depresoras (p. ej., alcohol, opiáceos, ácido gamma-hidroxibutírico (GHB), benzodiacepinas, etc.), algunas pacientes refieren mejoría en su función sexual al inicio del consumo, pero cuando la dependencia se establece y el uso se vuelve cotidiano, reportan disminución de la libido (p. ej., excitación), anorgasmia y amenorrea (27). La inicial mejoría del funcionamiento sexual se debería a un mayor estado de relajación y alivio del dolor en casos de vaginismo o dispareunia, siendo útil también en situaciones de represión o aversión sexual para disminuir la ansiedad hacia el encuentro sexual (28).

El alcohol se ha considerado como un “afrodisíaco” en algunas culturas debido a la desinhibición y sensación de “potencia del deseo sexual” (28), efecto que se logra al elevar los niveles del neurotransmisor inhibitorio GABA (29). Las usuarias crónicas del alcohol reportan menor actividad sexual, con menor número de parejas sexuales, baja frecuencia de encuentros sexuales y menor masturbación (8).

En cadáveres de personas intoxicadas por alcohol o efedrona se ha encontrado una disminución en la actividad de las enzimas involucradas en el metabolismo de neurotransmisores en los nervios espinales y genitales externos, que están relacionados con la respuesta sexual femenina (30). Además, uno de los efectos agudos del alcohol en dosis altas es la posibilidad de inhibir el orgasmo femenino (31).

La heroína y otros opioides han sido referidos por sus usuarios como el “único gran amor”, o un tipo de “buena madre”, que es capaz de sacarlos del estado de sufrimiento en el que estos se sienten atrapados (32). Por sus capacidades analgésicas y el sentimiento de euforia que producen, su uso es muchas veces reportado como un “orgasmo farmacológico” (27,32). Estas drogas actúan suprimiendo la secreción de gonadotropinas, lo que produce una disminución de la libido, erupciones cutáneas, amenorrea, fatiga, depresión y osteoporosis en mujeres (5). En el caso del tramadol, se ha demostrado que inhibe la recaptación de serotonina y los receptores de 5-HT_{2C}, y es responsable de ciertos grados de anorgasmia (33). Un estudio descriptivo, comparativo y transversal llevado a cabo en Turquía evidenció síntomas depresivos, irregularidad menstrual y dificultades en todas las dimensiones de la función sexual en mujeres consumidoras de opioides, respecto al grupo de control (14). Además, se ha reportado un aumento en los niveles de prolactina; sin embargo, estos patrones hormonales regresan a la normalidad después de la abstinencia (34).

Una vez revisada la literatura existente acerca de la relación entre drogodependencia, consumo de sustancias y DSF, se establece que existen cualidades propias de las sustancias psicoactivas que, combinadas con la actividad sexual, ofrecen ventajas y desventajas para las usuarias. Teniendo en cuenta las características de las drogas con mayor prevalencia mundial de uso en la salud sexual femenina, se destacan los efectos de mejoría en variables propias de la sexualidad (p. ej., excitación, orgasmo, sensibilidad, intimidad y disfrute, entre otras) (28,35-37), y también consecuencias negativas (p. ej., pérdida de interés, inhibición del orgasmo, disfunción sexual, inhibición

del deseo, entre otras) tras un uso recreativo o crónico. Sin embargo, como algunos autores afirman, la drogodependencia es un factor de riesgo para desarrollar DSF, siendo esta en su conjunto la principal afectación en mujeres con estas características (5,14).

¿DEL USO DE DROGAS A LA DISFUNCIÓN SEXUAL O DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL AL USO DE DROGAS?

Por otra parte, existe un debate respecto a que se da primero, la adicción como causa o resultado de problemas sexuales.

Teorías que apoyan el uso de las drogas como causa de DSF

En este aspecto, se ha destacado el uso experimental de drogas para promover el desempeño, el rendimiento y la satisfacción sexual, donde los usuarios conseguirían una doble gratificación. Por un lado, pueden mejorar alguno de los aspectos que motivan su uso (la excitación, el vaginismo, la reducción de la ansiedad, entre otras) y, por otro, mediado por el sistema de recompensa cerebral, lograr obtener gratificación física y psicológica como efecto psicoactivo de la droga (19,38). Esta situación puede resultar de interés pues, por medio de mecanismos de condicionamiento, la persona consigue desarrollar una dependencia psicológica que, bajo condiciones particulares (p. ej., individuales, ambientales, genéticas), puede conducir a dependencia física, la cual es un criterio importante en la drogodependencia (39,40).

Si resaltamos los efectos percibidos culturalmente de las drogas como potenciadores de la función sexual, aunque son muchas veces inciertos, estos incentivan su consumo. Por ejemplo, en usuarias de sedativos/depresores existe una percepción de mayor número de parejas sexuales y consumo de pornografía, y en las usuarias de estimulantes se percibe un mayor porcentaje de masturbación (8). Sin embargo, se promueven efectos potenciadores en el deseo y la excitación sexual con determinadas drogas, cuyo uso puede responder a un intento por

reducir la ansiedad, la tensión psicológica precoital y la vergüenza de una experiencia sexual no agradable (29).

Adicionalmente, las sustancias psicoactivas generan cambios en la regulación de la conducta y de la percepción de recompensa frente a la actividad sexual a través de modificaciones en la ruta del sistema dopaminérgico mesolímbico (30); en ocasiones, estos cambios disminuyen áreas como el deseo (i.e., área cognitiva) pues neurobiológicamente se “desea” en mayor medida la droga, reemplazando la gratificación propia de la actividad sexual. Además, en mujeres que usan drogas, la comorbilidad con psicopatología generalmente depresiva es un factor, con un efecto significativo en la capacidad de relacionarse y disfrutar de un encuentro sexual (14), lo que explica en parte la anhedonia, la disminución del deseo, de la satisfacción y, por ende, de la excitación.

Finalmente, se ha encontrado que la principal dificultad es que la DSF no mejora a medida que avanza el periodo de abstinencia a diversas sustancias (alcohol, heroína, cannabis, cocaína, entre otras) (41), lo cual evidencia un problema de gran magnitud en salud pública, pues, a pesar de que las mujeres drogodependientes encuentren recuperación y rehabilitación, nada asegura que desaparezca o mejoren las alteraciones de su salud sexual.

Teorías que apoyan que las DSF incrementan el uso de las sustancias psicoactivas

Se ha descrito que las DSF llegan a ocasionar altos niveles de distrés tanto personal como relacional en las mujeres que las padecen. Se ha documentado que el estrés aumenta la aversión al sexo y estimula también cambios en el sistema de recompensa modificando la respuesta del sistema hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (42). Adicionalmente, los cambios que genera el estrés en la corteza prefrontal mediante la modificación de funciones superiores son similares a los de la neuroadaptación observada en fases avanzadas de la drogodependencia, donde la estimación de consecuencias y la toma de decisiones se ve afectada (i.e., funciones ejecutivas) (43,44).

Se ha descrito que las transformaciones que produce la drogodependencia aumentan la reactividad del sistema de estrés y la amígdala, lo que favorece cambios negativos y una respuesta patológica al estrés o al estado de abstinencia, que se evidencia con aumento de ansiedad y mayor probabilidad de compulsión de consumo (45). De hecho, el estrés ha sido considerado como el desencadenante más poderoso de la ansiedad/craving y la recaída, lo que se asocia a una mayor gravedad de la drogodependencia y peores resultados del tratamiento (41). En este sentido, se establece que las dificultades en la regulación del estrés pueden llevar a su vez a comportamientos impulsivos, donde existe la probabilidad de usar drogas frente a situaciones de malestar intenso, como ocurre con el distrés personal y relacional causado por las DSF. Adicionalmente, otros estudios han reportado que mujeres con DSF incrementan el consumo de alcohol (como automedicación) por las expectativas de mejoría en su función sexual que consideran les puede proveer la sustancia (31); asimismo, un estudio longitudinal describe como factor predictor para el uso crónico de alcohol en mujeres presentar disfunción sexual previa (46).

No obstante, cabe resaltar que las DSF pueden llegar a ser un factor de riesgo para desarrollar adicción y conducir al primer consumo de drogas, esto para aliviar el distrés y como una forma de “automedicación”, por tanto, se desconoce si en unos casos puede llegar a desarrollarse drogodependencia a causa de una disfunción sexual o, por otra parte, si debido a la drogodependencia se pueden desarrollar disfunciones sexuales (47). Asimismo, no se descarta que en la mayoría de estudios revisados, aunque se encuentran asociaciones entre DSF (en especial en el deseo, la excitación, el orgasmo, el desempeño sexual y el dolor) con el uso de estimulantes, opiáceos y alcohol, no es claro si su uso se deba al deseo de mejorar el funcionamiento sexual (48).

NECESIDAD DE INVESTIGACIÓN EN LA ASOCIACIÓN ENTRE DSF Y DROGADICCIÓN

Existe limitada literatura sobre la incidencia de la disfunción sexual, particularmente en mujeres (49). La evidencia disponible aún sigue una tendencia “falocentrista”, un ejemplo es la eyaculación precoz y la disfunción eréctil masculina como temas principales, donde los trastornos relativos al deseo e interés sexual tanto en hombres como en mujeres son relegados. Por ejemplo, en una búsqueda llevada a cabo por los autores en Medline con las palabras clave “sexual dysfunction”, de 43.776 resultados, el 61 % de las investigaciones fueron realizadas en el sexo masculino. De esta manera, el futuro de la investigación en disfunción sexual debe abrirse hacia la creación de nuevas o la validación de antiguas herramientas para la clasificación. Las estrategias de abordaje deben también considerar las variables culturales, de edad y sexo dentro de las metodologías (49).

Por otra parte, una búsqueda realizada a la fecha (2021) por los autores de manera exploratoria en *Clinicaltrials.gov*, incluyendo términos como “Sexual dysfunction”, y derivados como “erectile dysfunction” y “genito-pelvic pain/penetration disorder”, entre otras, indicó que de 1.078 ensayos clínicos (en cualquier fase), apenas el 36 % era desarrollado en mujeres y, particularmente, en el área de las disfunciones sexuales, lo cual podría demostrar una tendencia proporcional en la investigación masculina. No obstante, se requieren estudios bibliométricos que constaten estas diferencias y permitan ampliar y clarificar el desarrollo de la investigación en esta materia desde una perspectiva de género.

Asimismo, debido a que no es clara la relación entre DSF y uso crónico de drogas, se recomienda ampliar la investigación sobre esta asociación que, aunque descrita sucintamente, se establece como una hipótesis causal con posibilidad de ser demostrada en estudios transversales, longitudinales y experimentales, con la adecuada implicación metodológica y teórica.

CONCLUSIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas se ha incrementado hasta llegar a ser una condición de salud pública con múltiples aristas, donde las repercusiones y las soluciones dentro de la sexualidad han sido exploradas en su mayoría en el género masculino. No obstante, desde la exploración empírica y teórica se ha logrado identificar una dicotomía susceptible de análisis respecto a la relación causal recíproca entre drogodependencias y disfunción sexual. Por tal motivo, reconociendo las implicaciones que para la salud de la mujer representan el uso de drogas y las disfunciones sexuales, los abordajes terapéuticos no deben olvidar la importancia de una rehabilitación sexual, debido a que los efectos deletéreos del consumo agudo y crónico llegan a afectar ampliamente el bienestar de la mujer en esta esfera y a que, en ocasiones, las pacientes con DSF ven como alternativa el uso de drogas para mejorar su salud sexual. Cabe resaltar que los efectos favorables sobre la sexualidad pueden motivar el uso de drogas en mujeres, razón por la cual es indispensable evaluar, diagnosticar y tratar de manera temprana la DSF asegurando medidas profilácticas sobre las drogodependencias. De este modo, se considera relevante ahondar en la investigación y en la búsqueda de soluciones integrales, capaces de responder y generar preguntas sobre la salud holística de las mujeres.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. American Psychiatric Pub.; 2013. <https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
2. Echeverry MC, Arango A, Castro B, Raigosa G. Study of the prevalence of female sexual dysfunction in sexually active women 18 to 40 years of age in medellín, Colombia. *J Sex Med*. 2010;7(8):2663-9. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01695.x>.
3. De La Hoz FJE. Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres, en 12 ciudades colombianas, 2009-2016. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2018;69(1):9-21. <https://doi.org/10.18597/rcog.3035>.

4. Ramage M. Female sexual dysfunction. *Psychiatry*. 2004;3(2):16-20. <https://doi.org/10.1383/psyt.3.2.16.30310>.
5. Dişsiz M. The effect of heroin use disorder on the sexual functions of women. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci*. 2018;31:238-45. <https://doi.org/https://doi.org/10.5350/DAJPN2018310301>.
6. Gómez Moya J, Valderrama Zurián JC, Girva Caramés T, Tortajada Navarro S, Guillot Mosterin J. Mujeres dependientes de alcohol o cocaína: un estudio comparativo desde una perspectiva cualitativa. *Adicciones*. 2008;20(3):237. <https://doi.org/10.20882/adicciones.265>.
7. Braun-Harvey D. Sexual health in drug and alcohol treatment: Group facilitator's manual. New York: Springer Publishing Company; 2009.
8. Bosma-Bleeker MH, Blaauw E. Substance use disorders and sexual behavior; the effects of alcohol and drugs on patients' sexual thoughts, feelings and behavior. *Addict Behav*. 2018;87:231-7. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.07.005>.
9. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2019 (Set of 5 Booklets). United Nations; 2019.
10. Wright G, Musayón Y, Alayo M. Informe sobre el consumo de drogas en las Américas. Washington; 2019.
11. Observatorio de Drogas de Colombia. Colombia drug report 2017. Russelll Webster; 2017.
12. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Boletín Técnico Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias. DANE. 2020;3:1-34.
13. Mogedas Valladares AI, Alameda Bailén JR. Toma de decisiones en pacientes drogodependientes. *Adicciones*. 2011;23(4):277-87. <https://doi.org/10.20882/adicciones.121>
14. Dişsiz M, Oskay UY, Beji NK. Use of alcoholic beverages and other psychoactive substances among women in Turkey: Medical, biological, and social consequences. A pilot study. *Subst Use Misuse*. 2010;45(7-8):1060-76. <https://doi.org/10.3109/10826080903565271>.
15. Osorio JH. Implicaciones metabólicas del consumo de opiáceos durante el embarazo: revisión cualitativa de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2009;60(4):339-46. <https://doi.org/10.18597/rcog.317>.
16. Diehl A, Cruz Cordeiro D, Laranjeira R. Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas, 2nd ed. Porto Alegre; 2019.
17. Leal-Díaz C, Soto-Valenzuela A, Papazoglou-Cifuentes E, Muñoz-Pareja M. Prevalencia de antecedentes sexuales de riesgo en mujeres privadas de libertad. Análisis exploratorio de factores asociados a comportamientos de alto riesgo. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2018;69(1):42-52. <https://doi.org/10.18597/rcog.3019>.
18. Guarraci FA, Bolton JL. "Sexy stimulants": The interaction between psychomotor stimulants and sexual behavior in the female brain. *Pharmacol Biochem Behav*. 2014;121:53-61. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2013.11.006>.
19. Pérez del Río F. Drogodependencias y sexualidad. *Papeles del Psicólogo*. 2017;38(2):157.
20. Cabello Santamaría F. Manual de Sexología y Terapia Sexual. Síntesis; 2010.
21. Castaño GA. Cocaínas fumables en Latinoamérica. *Adicciones*. 2000;12(4):541-50. <https://doi.org/10.20882/adicciones.664>
22. Diehl A, da Silva RL, Laranjeira R. Female sexual dysfunction in patients with substance-related disorders. *Clinics*. 2013;68(2):205. [https://doi.org/10.6061/clinics/2013\(02\)OA14](https://doi.org/10.6061/clinics/2013(02)OA14).
23. Peterson BM, Mermelstein PG, Meisel RL. Estradiol mediates dendritic spine plasticity in the nucleus accumbens core through activation of mGluR5. *Brain Struct Funct*. 2015;220:2415-22. <https://doi.org/10.1007/s00429-014-0794-9>
24. Lynn B, Gee A, Zhang L, Pfaus JG. Effects of cannabinoids on female sexual function. *Sex Med Rev*. 2020;8:18-27. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.07.004>.
25. Wiebe E, Just A. How cannabis alters sexual experience: A survey of men and women. *J Sex Med*. 2019;16(11):1758-62. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.07.023>.
26. Del Río Olvera FJ, Cabello MA, Cabello-Santamaría F. Consequences of drug use in female orgasm and sexual satisfaction in Spanish women. *Psychol Sex*. 2020;1-11. <https://doi.org/10.1080/19419899.2020.1779117>.

27. Palha A, Esteves M. Drugs of abuse and sexual functioning. *Adv Psychosom Med.* 2008;29:131-49. <https://doi.org/10.1159/000126628>.
28. Ghadigaonkar DS, Murthy P. Sexual dysfunction in persons with substance use disorders. *J Psychosexual Health.* 2019;1(2):117-21. <https://doi.org/10.1177/2631831819849365>.
29. Zaazaa A, Bella AJ, Shamloul R. Drug Addiction and Sexual Dysfunction. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2013;42(3):585-92. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2013.06.003>.
30. Pigolkin II, Sherstiuk BV, Dmitrieva OA. Changes in adrenergic and cholinergic innervation of the external genitalia in alcohol and drug intoxication. *Sud Med Ekspert.* 2003;46(5):18-21.
31. Norris J. Alcohol and female sexuality: A look at expectancies and risks. *Alcohol Health Res World.* 1994;18:197-201.
32. Palha AP, Esteves M. A study of the sexuality of opiate addicts. *J Sex Marital Ther.* 2002;28(5):427-37. <https://doi.org/10.1080/00926230290001547>.
33. Abdel-Hamid IA, Andersson KE, Waldinger MD, Anis TH. Tramadol abuse and sexual function. *Sex Med Rev.* 2016;4(3):235-46. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.10.014>.
34. Daniell HW. Narcotic-induced hypogonadism during therapy for heroin addiction. *J Addict Dis.* 2002;21(4):47-53. https://doi.org/10.1300/J069v21n04_05.
35. Sanchez-Hervas E. Cocaine and sexual dysfunction. *J Alcohol Drug Educ.* 2018;62:7-12.
36. Constantinides P, Vincent P. Chronic gamma-hydroxybutyric-acid use followed by gamma-hydroxybutyric-acid withdrawal mimic schizophrenia: A case report. *Cases J.* 2009;2(7520):1-3. <https://doi.org/10.4076/1757-1626-2-7520>.
37. Singer LT, Salvator A, Arendt R, Minnes S, Farkas K, Kliegman R. Effects of cocaine/polydrug exposure and maternal psychological distress on infant birth outcomes. *Neurotoxicol Teratol.* 2002;24(2):127-35. [https://doi.org/10.1016/s0892-0362\(01\)00208-2](https://doi.org/10.1016/s0892-0362(01)00208-2).
38. Popescu A, Marian M, Drăgoi A, Costea R-V. Understanding the genetics and neurobiological pathways behind addiction (Review). *Exp Ther Med.* 2021;21(5):1-10. <https://doi.org/10.3892/etm.2021.9976>.
39. Winger G, Woods JH, Galuska CM, Wade-Galuska T. Behavioral perspectives on the neuroscience of drug addiction. *J Exp Anal Behav.* 2005;84(3):667-81. <https://doi.org/10.1901/jeab.2005.101-04>.
40. Deolia S, Agarwal S, Chhabra KG, Daphle G, Sen S, Jaiswal A. Physical and psychological dependence of smokeless and smoked tobacco. *J Clin Diagnostic Res.* 2018;12(3):ZC01-4. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2018/28583.11233>.
41. Ruisoto P, Contador I. The role of stress in drug addiction. An integrative review. *Physiol Behav.* 2019;202:62-8. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2019.01.022>.
42. Koob GF. Brain stress systems in the amygdala and addiction. *Brain Res* 2009;1293:61-75. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2009.03.038>.
43. Koob GF. The role of CRF and CRF-related peptides in the dark side of addiction. *Brain Res.* 2010;1314:3-14. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2009.11.008>.
44. Sinha R. Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Ann NY Acad Sci.* 2008;1141(1):105-30. <https://doi.org/10.1196/annals.1441.030>. Chronic.
45. Harte CB, Meston CM. The inhibitory effects of nicotine on physiological sexual arousal in nonsmoking women: Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled, cross-over trial. *J Sex Med.* 2008;5(5):1184-97. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00778.x>. The.
46. Wilsnack SC, Klassen AD, Schur BE, Wilsnack RW. Predicting onset and chronicity of women's problem drinking: A five-year longitudinal analysis. *Am J Public Health.* 1991;81(3):305-18. <https://doi.org/10.2105/AJPH.81.3.305>.
47. La Pera G, Carderi A, Marianantoni Z, Sette D, Gallo G, Livi S, et al. Can sexual dysfunctions lead to substance abuse disorders? *Sexologies.* 2008;17 Suppl 1:134-5.
48. Hallinan R. Sexual function and alcohol and other drug use. En: el-Guebaly N, Carrà G, Galanter M. (eds). *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives.* Milano: Springer; 2015. p. 1789-809. https://doi.org/10.1007/978-88-470-5322-9_142

49. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: A consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. *J Sex Med.* 2016;13(2):144-52. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.034>.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Andrés Felipe Calvo-Abaunza: diseño del artículo, adquisición de datos e información, análisis y ensamblaje del documento.

Amanecer Rueda-Monsalbe: diseño del artículo, adquisición de datos e información, análisis y ensamblaje del documento.

Diego Andrés Castañeda-Martínez: diseño del artículo, adquisición de datos e información, análisis y ensamblaje del documento.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.