



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales

Maestría en Género, Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva

Función sexual y masculinidades en hombres con dependencia de la cocaína en la comunidad terapéutica amor y vida. Enero - julio 2018

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Magister en Género, Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva

Autora:

Delia Isabel Padilla Illescas

C.I: 0103706610

dipinena@hotmail.com

Director:

PHD Santiago José Boira Sarto

CI: 25140384G

Cuenca - Ecuador

11-Marzo-2020



Resumen

Con el presente estudio se pretendió analizar la función sexual y la construcción de masculinidad en hombres con dependencia de la cocaína pertenecientes a la Comunidad Terapéutica “Amor y Vida” en la ciudad de Cuenca durante el periodo enero - julio 2018, para lograr el objetivo se hizo uso del paradigma de investigación interpretativo, con enfoque cualitativo de alcance descriptivo transversal, la muestra fue no probabilística y por conveniencia constituida por ocho varones. Los resultados principales fueron: Un perfil heterogéneo en estado civil, nivel de instrucción, ocupación, y etapa de consumidor (dos a veinte y cinco años consumiendo); la iniciación en el consumo de la cocaína tuvo la influencia de factores sociales y culturales; los efectos de consumo fueron intensos y negativos en la salud física, psicológica, social y sexual de los participantes; se observó disfunción sexual eréctil, pérdida del deseo sexual, eyaculación retardada y aneyaculación; las percepciones sobre la masculinidad en los informantes reflejaron la construcción social y cultural con influencia del sistema patriarcal manifestado en fuerza, dominio, virilidad y violencia, aunque se observó conciencia y cierta resistencia ante el “machismo”.

Palabras clave: Sexualidad. Masculinidad. Cocaína.



Abstract

The purpose of this study was to analyze the sexual function and the construction of masculinity in men with cocaine dependency belonging to the “Amor Y Vida” Therapeutic Community in the city of Cuenca during the period January-July 2018, to achieve the objective we made use of the interpretive research paradigm, with a qualitative focus of transversal descriptive, the sample was not probabilistic and for convenience constituted by eight men. The main results were: A heterogeneous profile in marital status, level of education, occupation, and consumer stage (two to twenty-five years consuming); the influence of social and cultural factors in the public and private space that led to the initiation of cocaine use; Cocaine had a very intense and negative influence on sexual function, manifested in erectile sexual dysfunction, loss of sexual desire, delayed ejaculation and anejaculation, resulting in physical, psychological and social health consequences; The perceptions about masculinity in the informants reflected the social and cultural construction with influence of the patriarchal system manifested in strength, dominance, virility and violence, although a sense of conscience and some resistance to “machismo” were observed that evidenced changes in perceptions and practices.

Keywords: Sexuality. Masculinity. Cocaine.



Tabla de contenido

Resumen	1
Abstract.....	3
Tabla de contenido.....	4
Índice de Redes Semánticas	6
Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional ¡Error! Marcador no definido.	
Cláusula de Propiedad Intelectual	¡Error! Marcador no definido.
Dedicatoria.....	9
Agradecimiento	10
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1 Tema.....	11
1.2 Justificación	11
1.3 Planteamiento del problema	13
1.4 Objetivos de la Investigación	14
II. MARCO TEÓRICO Y MARCO CONCEPTUAL	15
2.1 Marco teórico.....	15
2.1.1 Sexualidad, función sexual masculina y dependencia de la cocaína.....	15
2.1.2 Masculinidad, identidad masculina y dependencia de la cocaína	20
2.2 Marco conceptual	24
2.2.1 Drogas.....	24
2.2.2 Cocaína	25
2.2.3 Sexualidad	26
2.2.4 Masculinidad	27
2.2.5 Función sexual en el hombre	28



2.2.6 Disfunción sexual en el hombre	28
III. ESTADO DEL ARTE	30
IV. METODOLOGÍA	35
4.1 Tipo y diseño de estudio.....	35
4.2 Área de estudio	35
4.3 Universo y muestra.....	36
4.3.1 Universo	36
4.3.2 Muestra	36
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	37
4.4.1 Criterios de inclusión.....	37
4.4.2 Criterios de exclusión	37
4.5. Categorías de estudio.....	37
4.6. Métodos, técnicas e instrumentos	39
4.6.1 Método.....	39
4.6.2 Técnicas	39
4.6.3 Instrumento.....	40
4.7 Plan de análisis	40
4.8 Aspectos éticos	40
V. RESULTADOS	42
5.1 Perfil social de los pacientes con dependencia de la cocaína de la comunidad terapéutica “Amor y Vida” que participaron en la investigación	42
5.2 Influencia de la cocaína en la función sexual de los pacientes con dependencia de la cocaína de la comunidad terapéutica “Amor y Vida”	47
5.3 Construcción de la masculinidad en relación con la dependencia de la cocaína en los pacientes de la comunidad terapéutica “Amor y Vida”.....	53
VI DISCUSIÓN.....	59



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 65
LIMITACIONES Y PROSPECTIVAS..... 69

Índice de Redes Semánticas

Red Semántica 1. Perfil social de Informantes Comunidad "Amor y Vida"42
Red Semántica 2. Cocaína y Función Sexual en la Comunidad "Amor y Vida"47
Red Semántica 3. Cocaína y Masculinidad en la Comunidad "Amor y Vida"53



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Delia Isabel Padilla Illescas en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Función Sexual y Masculinidades en hombres con Dependencia de la Cocaína en la Comunidad Terapéutica Amor y Vida Enero - Julio 2018", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca 11 de Marzo 2020

Delia Isabel Padilla Illescas

C.I: 0103706610



Cláusula de Propiedad Intelectual

Delia Isabel Padilla Illescas, autora del trabajo de titulación
"Función Sexual y Masculinidades en hombres con Dependencia de la Cocaína en la
Comunidad Terapéutica Amor y Vida Enero - Julio 2018", certifico que todas las ideas, opiniones y
contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca 11 de Marzo de 2020

Delia Isabel Padilla Illescas

C.I: 0103706610



Dedicatoria

A Dios por otorgarme infinitas bendiciones.

A mis hijos por su confianza y su apoyo durante mis años de estudios, quienes me enseñaron que dentro de mí existe la fuerza necesaria para alcanzar todos mis propósitos. A mí amado esposo quien fue un pilar fundamental desde el comienzo de esta etapa y un gran compañero que siempre confió en mí.

A mi familia quienes con su cariño me acompañaron apoyándome en este largo camino.

A mis compañeras por su sincera amistad y compromiso en este proyecto.



Agradecimiento

En primer lugar agradezco a Dios por permitirme la vida y lograr este propósito, mi gratitud a todos los docentes que en esta nueva experiencia me permitieron crecer como persona y como profesional especialmente a mi director de tesis, PhD Santiago Boira Sarto quién ha guiado con mucha paciencia y responsabilidad la elaboración de este trabajo. De igual manera doy gracias a todas las personas que participaron en este trabajo mediante las entrevistas.

Agradezco especialmente al centro de rehabilitación Amor y Vida que me brindo todas las facilidades para la investigación.

A todos ustedes de la manera más sincera y humilde

MUCHAS GRACIAS

Isabel.



FUNCIÓN SEXUAL Y MASCULINIDADES EN HOMBRES CON DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA AMOR Y VIDA. ENERO-JULIO 2018

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Tema

Análisis de la función sexual y la construcción de masculinidad en hombres con dependencia de la cocaína que están internados o acuden a la Comunidad Terapéutica Amor y Vida en la ciudad de Cuenca durante el periodo enero- julio 2018.

1.2 Justificación

Hoy en día, debido a las transformaciones de los roles de género y cambios en los paradigmas sexuales que presentan nuevas formas de organización un poco más igualitarias entre hombres y mujeres, tanto en lo micro como en lo macrosocial y, en concordancia con lo que señala Connell (2003), la masculinidad como campo de estudio, toma protagonismo y relevancia en el mundo social. La literatura científica recalca, la idea de las construcciones sociales en torno a lo masculino y femenino: ¿Qué significa ser hombre?, ¿Qué significa ser mujer?; se han observado y registrado una serie de rasgos, comportamientos, símbolos y valores, definidos por la sociedad en sus diferentes contextos: étnicos, de clase o de edad; que configuran un sistema de relaciones que, dicho cultural e históricamente, a pesar de haber mejorado en su organización, un poco más igualitaria, mantiene el dominio y poder de lo masculino y crea tipos ideales de manifestaciones de la masculinidad.



Una evidencia de esta hegemonía persistente en el sistema de relaciones en lo microsocia, de acuerdo con Bourdieu (2000), se puede observar por la posición superior de lo masculino en el acto sexual, el hombre dominante, el enfoque en la erección, el hombre sobre la mujer, y entre estas, el hecho de que el acto se considere terminado con la eyaculación. Esta evidencia no es más que otra prueba de que el sistema de relaciones en el aspecto sexual y microsocia, se trata de un sistema falocéntrico, que trasladado a nivel macro, podría tener una profunda significación socia.

Ahora bien, de acuerdo a Rojas (2018), el uso crónico de cocaína puede ocasionar una disminución de la libido y del rendimiento sexual, por lo que es muy probable que la percepción sobre la masculinidad en sujetos dependientes de cocaína se vea alterada, tanto como es probable que surjan sentimientos de culpa, de frustración, entre otros; como prácticas que pueden incurrir en riesgo de salud física como psicológica para los consumidores de cocaína.

Por lo antes mencionado, es deber y obligación de los profesionales del ámbito de género, desarrollo, salud sexual y reproductiva, formularse preguntas como ¿Cuáles son los efectos inmediatos y a largo plazo del consumo de cocaína en la función sexual masculina? ¿Cómo influye el consumo de cocaína en la construcción de la masculinidad? ¿Cómo afecta la dependencia de la cocaína las relaciones de pareja?; así como es menester de los profesionales en este ámbito conocer e indagar en la realidad socia local, a fin de poder dar respuesta a las necesidades en este campo, intervenir oportunamente, procurar el desarrollo humano y la corresponsabilidad socia, enmarcados en las políticas de Estado y en la Agenda Política Internacional; con el objetivo final de mejorar las condiciones de los



procesos bio-psico-sociales y culturales que afectan a la salud sexual y reproductiva a nivel nacional como local.

1.3 Planteamiento del problema

El uso de diferentes drogas y sus consecuencias son un grave motivo de preocupación para la salud pública. El abordaje del problema mundial de las drogas es esencial para la promoción de la salud, el logro de sociedades pacíficas e inclusivas, y la realización de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (OMS/OPS, 2017).

Alrededor del consumo de drogas y su relación con la sexualidad y masculinidad, se han creado y reproducido creencias y mitos; por lo general, en la primera etapa de consumo de cocaína se ha creído que la cocaína puede mejorar el comportamiento biológico y social en las relaciones sexuales; mientras que, cuando el consumo ha excedido, se pueden presentar diferentes tipos de disfuncionalidades. Uno de los mitos alrededor de algunas drogas es el de otorgarles propiedades afrodisíacas (Rubio Auriolles, 2014) (Pino, 2014).

De igual manera, sucede en la relación de las drogas con la construcción de la masculinidad; esta puede verse afectada en su percepción, debido a los efectos de la cocaína sobre las funciones sexuales sumado a la presión interna y social por lo que se considera aceptable o no hacia el género, causando serios problemas de identidad o llevar a prácticas sexuales que representen riesgo para la salud física y mental.

Por otra parte, la falta de investigaciones en esta área en los últimos años, ha limitado el conocimiento y dificultado las intervenciones por parte de los profesionales en el área de la salud sexual y reproductiva, lo que implica la prevalencia de situaciones indeseables en consumidores en su funcionalidad sexual y salud mental.



En virtud de lo señalado es preciso responder a la pregunta: ¿De qué manera el consumo de cocaína ha afectado la función sexual y la construcción de la masculinidad de los pacientes de la Comunidad Terapéutica Amor y Vida con diagnóstico de dependencia de la cocaína?

Por ello, el objetivo propuesto para esta investigación es analizar la función sexual y la construcción de masculinidad en hombres diagnosticados con dependencia de la cocaína internados en la Comunidad Terapéutica “Amor y Vida” durante el periodo enero-julio 2018 en la ciudad de Cuenca – Ecuador.

1.4 Objetivos de la Investigación

Objetivo general

Analizar la función sexual y la construcción de masculinidad en hombres con dependencia de la cocaína internados en la Comunidad Terapéutica “Amor y Vida” en la ciudad de Cuenca durante el periodo enero- julio 2018.

Objetivos específicos

- Determinar el perfil social de los pacientes con dependencia de la cocaína de la comunidad terapéutica “Amor y Vida” que participaron en la investigación.
- Determinar la influencia de la cocaína en la función sexual de los pacientes con dependencia de la cocaína de la comunidad terapéutica “Amor y Vida”.
- Describir la construcción de la masculinidad en relación la dependencia de la cocaína en los pacientes de la comunidad terapéutica “Amor y Vida”.



II. MARCO TEÓRICO Y MARCO CONCEPTUAL

2.1 Marco teórico

2.1.1 Sexualidad, función sexual masculina y dependencia de la cocaína

Garcés, Gómez y Pino (2013) citando a Alzate (1997), al hablar de sexualidad, consideran que se trata de una actividad humana en la que confluyen factores biopsicosociales y culturales relacionados con la reproducción y el placer, lo que permitirá explicar posteriormente la función sexual.

Choza (2017) en su “Antropología de la Sexualidad”, define a la sexualidad en relación con la genética e identidad (especie – individuos), pero también con mediación de aspectos socioculturales, construidos espacial y temporalmente (densidad significativa).

Ahora puede definirse la sexualidad como la forma de reproducción que tiene lugar mediante la recombinación de material genético en el apareamiento de dos organismos de géneros complementarios (masculino y femenino) (pág. 24).

...La sexualidad es la forma de mantenerse en el ser los organismos vivientes mediante la afirmación de la propia identidad como especie y de la propia diferencia como individuos, lo que al mismo tiempo es sólo posible mediante otro individuo de la misma especie y complementario (pág. 40).

...En realidad, esas características tan periféricas, generan la profundidad connotada por los nombres que designan los dos géneros, y contribuyen a explicarla y comprenderla. (...) Macho y hembra son, de este modo, dos maneras de acumular tiempo y espacio, dos maneras de integrarlo en dos interioridades que a su vez se articulan entre sí (pág. 50).

Montiel (2001) basado en Masters y Johnson (1966, 1970 y 1987) y Kaplan (1974) señala algunas fases de la respuesta sexual humana entre las que se distinguen:

- a) **Fase del deseo.** Caracterizada por el impulso sexual, la sensación de estar sexualmente necesitado, urgencia sexual, una respuesta instintiva mediada por hormonas como la



testosterona, feromona y algunos neuropéptidos. Montiel (2001) considera que el impulso sexual es habitualmente más pronunciado en el hombre. Esta etapa se ve modificada en forma positiva o negativa por componentes emocionales, de afecto, de atracción a la pareja, componentes psicológicos e incluso culturales como la influencia de tabúes, mitos, fobias, etc. o por algunas variaciones individuales o de género.

En Alzate (1997) esta fase corresponde a la fase de estímulo sexual que según la autora implica funciones en el plano psicológico, en el somático y que genera excitación sexual.

- b) **Fase de excitación.** Caracterizada por la vasocongestión de la zona pélvica cuyas manifestaciones físicas son la erección, cambio del ángulo y tamaño del pene, acompañado en algunos casos de ruborocidad. Para los hombres esta fase suele ser más pronta y sin mayor necesidad de estimulación que las mujeres (Montiel, 2001).

Esta fase se caracteriza como una percepción subjetiva generada a partir de las sensaciones placenteras que produce la estimulación sexual, tanto en el plano psicológico y somático; se puede presentar una respuesta somática en ausencia de excitación sexual, tanto como se puede presentar excitación sexual sin una respuesta somática como en el caso de la disfunción eréctil (Alzate, 1997).

- c) **Fase de meseta.** Caracterizada por una mayor vasocongestión de la zona pélvica acompañada de mayor frecuencia respiratoria y cardíaca y de la presión arterial. El pene aumenta mayormente su volumen y rigidez, se produce mayor lubricación y elevación y crecimiento testicular (Montiel, 2001).



d) **Fase de orgasmo.** Caracterizada por el punto máximo de frecuencia cardíaca, respiratoria y de presión arterial, contracción de los conductos deferente, eyaculador, de los músculos bulbocavernosos, pubocoxígeos y de la próstata y el ano, acompañada por la eyaculación y la descarga de semen (Montiel, 2001).

De acuerdo a Alzate (1997) esta fase corresponde a la “culminación placentera de la excitación sexual” (pág.79) manifestada somatofisiológica y psicológicamente.

e) **Fase de resolución.** Caracterizada por la condición de normalidad luego de los cambios antes mencionados (Montiel, 2001).

Cabe mencionar que fuera de ser cada fase meras manifestaciones físicas, se incluyen, de acuerdo a Alzate (1997), dentro de la categoría de somatofisiológicas; es decir, expresiones directamente relacionadas con el plano psicológico.

Alzate (1997) desde el construccionismo social, cataloga a la función erótica como fundamental en la sexualidad humana, por lo que presenta ante la mesa un nuevo planteamiento de los problemas relacionados a la sexualidad, lo que en otras palabras sería centrado en el falo con connotaciones de género, clase social, etnia y orientación sexual.

Cualquier tipo de carencias o anomalías de las funciones sexuales descritas en cualquiera de las fases se considera como disfunción sexual, causada por conocimientos, percepciones y actitudes fundamentadas en el contexto educativo sociocultural o por problemas en los planos clínico o psicológico (Alzate, 1997).

Ahora bien, el ser humano, preocupado por las funciones sexuales, a lo largo del tiempo y del espacio, ha hecho uso de drogas y alcohol en las llamadas “pócimas



amorosas” obtenidas mayormente de plantas u otras sustancias con propiedades psicoactivas destinadas a excitar o a desorientar un individuo, y que con frecuencia eran administradas sin su conocimiento. Durante los últimos años y con conocimiento científico, se ha relacionado el consumo de drogas con la desinhibición sexual, por lo que en varias sociedades y culturas se han animado a beber alcohol para aumentar las probabilidades de actividad sexual o consumir cocaína por la categorización de afrodisiaco por sus propiedades de retrasar el orgasmo y de prolongar el sexo (Garcés, Gómez, & Pino, 2013) (Frago & Sáez, 2012) (González, Gálvez, Álvarez, Cobas, & Cabrera del Valle, 2006) (Romaguera, 2016).

En el ámbito médico y psicológico, droga es definido como “cualquier sustancia que altera el estado de ánimo, la conducta, el rendimiento físico o psíquico, la percepción o el conocimiento, y que con frecuencia ocasiona dependencia y tolerancia” (Frago & Sáez, 2012, pág. 134).

La cocaína es considerada como una droga, se caracteriza por ser un polvo blanco que se obtiene secando las hojas de la planta de la coca; uno de sus derivados es el crack (cocaína de base libre) que se fuma a través de una pipa de agua. Varias son las propiedades y efectos que se le atribuyen como los citados a continuación por Frago y Sáez (2012):

- Estimulante del sistema nervioso central.
- Tiene efectos eufóricos que pueden cambiar la percepción de uno mismo y de las propias experiencias o interacciones sexuales.
- Es un estimulante que hace que el individuo se sienta hiperestimulado, eufórico, lleno de energía y mentalmente alerta después de consumir la sustancia.



- Es una droga que origina una fuerte adicción y el desarrollo de graves problemas mentales y físicos.
- Incluso con una sola toma es posible llegar a la sobredosis y morir.
- Su consumo prolongado causa una mengua importante de la función sexual, por lo que consideran que con la cocaína se llega al peor viaje erótico.

De acuerdo a Rojas (2018) a más de las propiedades y efectos mencionados, la cocaína provoca un efecto anestésico y de vasoconstricción causando incremento en la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la temperatura corporal y la frecuencia respiratoria. Los efectos del clorhidrato de cocaína varían de acuerdo a la dosis, la frecuencia de consumo, la vía de administración y el grado de adulteración y combinación con otras sustancias.

Rojas (2018), refiere que el consumo puede ser tipificado en experimental o recreativo y patológico o compulsivo. El primer tipo es controlado y moderado en la dosis (menos de 1/4 de gramo); y el segundo se caracteriza por la compulsión del consumo, con una mayor dosis y frecuencia, en donde la capacidad de abstenerse se vuelve casi imposible; sin embargo, referente a los efectos, se ha comprobado que al incrementar la dosis, la adicción se intensifica, y aunque se mantenga o baje la dosis, incluso aún en periodos de abstinencia, la euforia asociada al consumo permite que una sola referencia a la droga, dispare en el cocainómano el deseo de consumo produciendo una recaída; es por este motivo que se considera que la cocaína en cualquiera de sus presentaciones es adictiva y genera daños física como psicológicamente.

El mismo autor, afirma que la evidencia científica sugiere que la cocaína puede tener influencia sobre las manifestaciones biológicas de la sexualidad como aumentar la



excitación, pero también provocar disfunción sexual, eyaculación retardada y eyaculación precoz. Sin embargo, señala que estas manifestaciones o efectos dependerán de la dosis, el uso crónico, la presencia de otros problemas de salud y otros factores individuales. Así mismo, Rojas (2018), Frago y Sáez (2012) y González, et al (2006) mencionan además la disminución del deseo, la disminución de la libido, pérdida del placer sexual, la falta de capacidad para lograr orgasmos y en general la disminución del rendimiento sexual.

2.1.2 Masculinidad, identidad masculina y dependencia de la cocaína

Schongut (2012) basado en Connell (2005), Ramírez (2005) y Connell y Messerschmidt (2005), define la masculinidad como “un proceso, un conjunto de prácticas que se inscribe en un sistema sexo/género culturalmente específico para la regulación de las relaciones de poder, de los roles sociales y de los cuerpos de los individuos” (pág. 41).

Al hablar de masculinidad, e identidad masculina, se ingresa a un campo social y cultural, puesto que se ha considerado como una construcción socio – histórica – cultural vinculada a las relaciones de poder y cuestiones de género. Esta perspectiva de análisis social es reciente, como una salida al determinismo biológico. Las concepciones y las prácticas sociales en torno a la masculinidad son diferentes en el espacio y el tiempo. Cada grupo social y cultural mantiene la idea de modelos de masculinidad validados de acuerdo a las normas, valores, principios, estereotipos, ideales y costumbres, por lo que no existe una masculinidad universal, se hablaría; por tanto, de masculinidades particulares cuyas concepciones y percepciones pueden variar por criterios como la edad, la clase o estructura social, la etnia, la cultura, e incluso las subjetividades individuales, al igual que pueden cambiar a lo largo del trayecto vital de una misma persona (Asturias, 2004) (Nuñez, 1999) (Amuchástegui, 2001) (Toquero & Salguero, 2013).



Schongut (2012) por su parte y en concordancia con la construcción histórica y social de la masculinidad y de las masculinidades particulares o individuales, recuerda como en ciertas sociedades imperaba la hegemonía masculina, heterosexual aria, implicando manifestaciones de violencia tanto declaradas o encubiertas sobre las mujeres y otros grupos como judíos, gitanos y homosexuales. Afirma que la dominación nunca ha sido un proceso natural, más bien intencionado, manifestado de forma implícita y enmascarada, que ha hecho uso del capital acumulado tanto económico, cultural, educativo, material, entre otros que, se han transformado en capital simbólico. Algunas formas de manifestación de la dominación masculina que observó fueron la violencia física, el sostenimiento de la virilidad.

Núñez (1999), respecto a la identidad masculina o “identidad hombre” como se refiere, manifiesta que varias investigaciones interpretan como una condición evidente en sí mismo, cuando para él se trata de una consideración más allá, pues el significado de “identidad hombre” no es simplemente un hecho, sustancia o cualidad intrínseca a su ser, se trata de un objeto de disputa cotidiana, manifestado por la hombría, expresada por la competencia, los juegos de prueba y asignación. Los significados de ser hombre están en constante tensión.

Toquero y Salguero (2013) citando a Bourdieu (2000) hablan del “privilegio masculino” que se encuentra contradictoriamente en tensión y contención permanentes, pues de cierta manera impone una carga sobre el hombre que se ve en el deber de manifestar su virilidad (capacidad reproductora, sexual y social: combate y violencia) considerado, a pesar de ese privilegio, una situación de vulnerabilidad.



Viveros (2007) sobre la masculinidad, visibiliza a los varones como actores dotados de género, en posiciones jerárquicas y hegemónicas; citando a Devereux (1988) señala que los hombres ocupan una posición dominante al interior de las relaciones de sexo, no sólo porque las mujeres se encuentran en una posición inferior sino porque la misma sociedad produce y reproduce ideológicamente esta posición y se desencadena una lucha para mantenerse en ella.

De igual manera, Toquero y Salguero (2013) citando a Connell (2003), abordan la noción de “masculinidad hegemónica” como un sistema dinámico, atravesado por relaciones de poder y dominio de lo masculino con un cierto sentido común perteneciente a una época y sociedad dada. Dentro de la misma línea, Schongut (2012), afirma que el poder por sí mismo, es una forma de mantener la hegemonía manifestada a través de prácticas micro y macrosociales que reproducen las jerarquías y permiten la dominación, sugiere que la hegemonía conlleva la disposición y el consentimiento masivo de hombres y mujeres, pues no se trata de un dominio impuesto por la fuerza. Las masculinidades hegemónicas se encuentran en un constante proceso de negociación y reconfiguración con aquellas que se encuentran subordinadas.

Schongut (2012) aporta una nueva comprensión respecto a los hombres y la masculinidad, alega la existencia de diferentes formas de masculinidad y no un modelo único. En base a los conceptos de hegemonía y subordinación, sugiere que la masculinidad no se construye únicamente en relación a las mujeres, sino a otros de su misma especie y género que ocupan una posición inferior, sea de tipo jerárquico, de clase, de etnia o de orientación sexual; por lo que habla de una multiplicidad de patrones de masculinidad como la masculinidad hegemónica, la masculinidad ejemplar (producida por los



estereotipos representados por deportistas, estrellas de cine u otros personajes del ámbito público) la masculinidad “cómplice” (hombres que no ejecutan las prácticas ni es parte de las masculinidades hegemónicas, pero que aspiran y desean formar parte de ese tipo de masculinidad ejemplar) y la masculinidad subordinada (hombres que se encuentran en posición inferior y que se ven sometidos); sin embargo, señala que en función de la reproducción del sistema patriarcal, prevalece la hegemónica y que las otras masculinidades que pudieran significar contra-hegemónicas y progresistas, pueden verse sujetas a cambios y transformaciones; lo que implica la deconstrucción de la idea de que todos los hombres son opresivos, dominantes y machos, posibilitando una gama de diversidades masculinas.

Ahora bien, el consumo de sustancias psicoactivas implica, a su vez, una apropiación y decodificación de signos y significados (Nateras, 1994 citada en Toquero & Salguero, 2013) los cuales son producidos por los usuarios de sustancias psicoactivas que interactúan con los discursos dominantes acerca de lo que significa ser varón. Los mismos autores traen a colación la observación realizada en una investigación en Benno de Keijzer (1997) que confirma la situación señalada, pues evidenciaron que el consumo de sustancias psicoactivas tiene una alta prevalencia en los varones, y forma parte de las conductas de riesgo aceptadas y normalizadas en el modelo de masculinidad hegemónica (Toquero & Salguero, 2013).

Sánchez (2017) citando y analizando entre otros a Garriga (2005) y a Cruz (2006) observó algunos factores que constituyen un cuerpo masculino: expresiones de fuerza, marcas, adornos, posturas y movimientos. El consumo de droga y alcohol era uno de estos factores en común acompañado por manifestaciones emocionales como mostrarse fríos,



distantes competitivos, y otras de origen viril como tener relaciones con las novias de los amigos y en el tiempo de conocer a una mujer y acostarse con ella y la iniciación sexual con prostitutas.

Por su parte, Romero (2018) refiere a la cultura del riesgo en estrecha vinculación con la masculinidad, la cual se trata de realizar prácticas o actividades que exponen la vida, pero sin sufrir daño, se relaciona con la capacidad de “vivir en el límite del peligro y del descalabro, por medio de habilidades que permiten sobrellevar relaciones al filo de la descompensación sin sufrir daño” (pág. 114).

La construcción de la masculinidad en personas con dependencia de la cocaína puede estar determinada por las particularidades propias de tal condición, de tal manera que se genera una lucha entre lo que es aceptable socialmente y la vivencia. Tal como se observó, gran parte de la masculinidad tienen que ver con la función sexual en el sentido de manifestar la virilidad (capacidad reproductora, sexual y social: combate y violencia) (Toquero & Salguero, 2013) la hombría (Nuñez, 1999), el dominio sexual (Viveros, 2007); aspectos que se ven alterados al presentarse disfunción sexual eréctil, pérdida del deseo sexual, eyaculación retardada o aneyaculación y que generan simultáneamente problemas de autoestima, frustración y conflictos intrafamiliares (Vásquez & Valarezo, 2017).

2.2 Marco conceptual

2.2.1 Drogas

Para la OMS droga, en lenguaje coloquial, es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo modificar la



conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo y, además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas (OMS, 2008).

Vinculando al concepto anterior, todo estado psíquico físico o social causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco (droga), caracterizado por un impulso irreprimible a consumir la droga de manera continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación recibe el nombre de drogodependencia (Drogodependencia, 2017).

El consumo de drogas se asocia a prácticas para obtener placer y desinhibición principalmente y otras funciones como evitar el rechazo, mitigar el miedo o la vergüenza, o poder facilitar el contacto con los otros (Pérez del Río, Mestre, & Javier del Río, 2012).

2.2.2 Cocaína

La cocaína o benzoilmetilecgonina es el principal alcaloide obtenido de las hojas del arbusto *Erythroxylon Coca*, originario de América del Sur y utilizado desde la antigüedad (5000 a. de C.) con fines mágico-religiosos, médicos y estimulantes por poblaciones indígenas. Mediante procesos químicos para lo que son utilizadas sustancias como el queroseno y el ácido sulfúrico, es extraída de las hojas, la pasta de coca; de este modo es convertida en cocaína base (Pascual, 2001).

La cocaína tiene efectos en el organismo como el aumento de los niveles de Noradrenalina, Dopamina y Serotonina mediante el bloqueo de su recaptación presináptica; en tal sentido, la Dopamina media la euforia que produce y parece el principal implicado en el mecanismo de adicción por la relación estrecha de este neurotransmisor con el sistema de recompensa cerebral. Así pues, el consumo repetido



provoca cambios en su disponibilidad reduciendo la disponibilidad y convirtiéndola en un ciclo vicioso (Haile, Mahoney, TF, & De La Garza, 2012).

Aunque, la respuesta a la cocaína es único en cada sujeto, depende de la dosis, vía de administración, experiencias previas, el ambiente. De las evidencias anteriores se deduce que con cualquier dosis habrá euforia, verborrea, autoconfianza y actividad sexual, inquietud psicomotriz, anorexia, insomnio, euforia, pupilas midriáticas, taquicardia, hipertensión y crisis con agitación. Con dosis mayores es frecuente la diaforesis, temblores, confusión y/o hiperactividad, aumentando de forma muy llamativa el riesgo de convulsiones, hemorragia cerebral, arritmias y muerte súbita (González Llona & Cols, 2015).

Aunado a la situación, es frecuente que con el tiempo aparezca la tolerancia a los efectos euforizante y anorexígeno (Schuster, 1991).

Una persona manifiesta síndrome de dependencia de la cocaína cuando el consumo adquiere máxima prioridad manifestada en el deseo elevado de ingerir cocaína, simultaneo a manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas. En este sentido, una recaída después de un período de abstinencia potencia la instauración del resto de las características del síndrome, muy diferente de lo que ocurre en personas no dependientes (Organización Mundial de la salud, 2017)

2.2.3 Sexualidad

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud al hablar de sexualidad denotan “una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano” Se basa “en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la



orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos” (PAHO; WHO, 2000, pág. 7).

2.2.4 Masculinidad

Raewyn Connell (2003) aborda el género como sistema de poder, lo que le conduce a la noción de “masculinidad hegemónica”. El género, según la idea desarrollada por este autor, no es un rasgo inmanente y estático que caracterice a los individuos, sino más bien un sistema dinámico y atravesado por relaciones de poder. Se establece, por tanto, una jerarquía de masculinidades, sobre la que asentaría su dominio la masculinidad hegemónica. Ésta no se hace evidente, sino que, al contrario, se confunde sutilmente con el sentido común de una época.

El privilegio masculino no deja de ser una trampa y encuentra su contrapartida en la tensión y la contención permanentes, a veces llevadas al absurdo, que impone en cada hombre el deber de afirmar en cualquier circunstancia su virilidad, la virilidad, entendida como capacidad reproductora, sexual y social, pero también como aptitud para el combate y para el ejercicio de la violencia (en la venganza sobre todo), es fundamentalmente una carga. Todo contribuye así a hacer del ideal imposible de la virilidad el principio de una inmensa vulnerabilidad (Bourdieu, 2000, p. 69).

Los estudios de hombres, de masculinidad o de masculinidades, van a plantear, en primer lugar, que la masculinidad es un constructo histórico y cultural, de modo que lejos



del determinismo biológico o la mirada etnocéntrica tendente a la universalización de una particular forma de ser hombre, las concepciones y las prácticas sociales en torno a este concepto varían según los tiempos y lugares. No hay un único y permanente modelo de masculinidad válido para cualquier grupo social o para cualquier momento. Es más, incluso en una misma sociedad las masculinidades son múltiples, definidas diferencialmente según criterios como la edad, la clase social o la etnia, al igual que pueden cambiar a lo largo del trayecto vital de una misma persona (Nuñez, 1999).

2.2.5 Función sexual en el hombre

La función sexual está relacionada con el componente biológico de la sexualidad, la cual a su vez se explora por la respuesta sexual humana que contempla cuatro fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución, cada una de estas fases conllevan cambios físicos (vasculares, hormonales y metabólicos) y mentales que garantizan una adecuada función (Duany & Hernández, 2012).

2.2.6 Disfunción sexual en el hombre

Es considerada como un síndrome clínico caracterizado por afectar la experiencia erótica masculina, debido a esto existen formas no deseables de funcionamiento que afectan la capacidad de disfrutar las relaciones sexuales. La disfunción sexual en el hombre interfiere en la relación de pareja y afecta negativamente su calidad de vida. De acuerdo a Rubio Auriol (2014) ésta puede ser de varios tipos:

Disfunción sexual eréctil: incapacidad persistente y recurrente de un hombre para obtener o mantener una erección suficiente para la actividad sexual.



Factores de riesgo: Estrés crónico, ansiedad, depresión, baja autoestima, bajo deseo sexual, conflictos de pareja, abuso sexual infantil.

Eyacuación precoz: Imposibilidad de retrasar la eyacuación después de la penetración vaginal más allá de los tres minutos.

Bajo deseo sexual: ausencia o disminución relativa del deseo o interés sexual.

Eyacuación retardada- aneyacuación: dificultad, retraso o ausencia de la respuesta orgásmica después de un periodo de estimulación sexual adecuada.



III. ESTADO DEL ARTE

Si bien es cierto que existe un aumento de las investigaciones donde el objetivo es el estudio de los mecanismos íntimos que se dan en las drogodependencias, son escasos los estudios relacionados con la masculinidad y la función sexual, que permitan comparar las respuestas obtenidas con nuevas investigaciones (Duany & Hernández, 2012). De igual manera, no se evidencian muchos estudios que determinen un perfil social en los consumidores internados en un centro de rehabilitación.

Vásquez y Valarezo (2017), en un estudio realizado con internos en un centro de rehabilitación en la ciudad de Cuenca, observaron de manera individual datos personales relacionados con nueve pacientes que consumieron múltiples drogas y sustancias psicotrópicas encontrando variabilidad entre las edades, estado civil, procedencia, nivel de instrucción, ocupación y la edad de inicio de consumo; así las edades estuvieron comprendidas entre los dieciocho a los treinta y ocho años, cinco en unión libre, tres solteros y un casado, procedentes de las zonas urbanas y rurales de Cuenca y uno de la ciudad de Quito; en cuanto al nivel de instrucción y ocupación también se manifestó heterogeneidad observando cinco internos con bachillerato completo, dos con bachillerato incompleto, dos de instrucción básica. Las edades de inicio de consumo fueron entre los 12 y los 30 años, siendo la adolescencia la principal etapa relacionada al consumo.

Fernández (2011) explica que se encuentra en la actualidad una escasez de instrumentos para el análisis de la masculinidad y feminidad y se plantea que no existen conceptos claros sobre éstos, que se observa una visión bipolar, es decir de los opuestos femenino-masculino y que las dos concepciones mantienen una relación estrecha entre sí,



concluyendo que ninguna de las dos formas es correcta y que no existe una manera bidimensional de discutir estos temas sino una multidimensionalidad.

Romero (2018), a partir de una revisión observó que hombres que se autodefinen como heterosexuales, la mayor parte no oculta que la construcción de su propia masculinidad y virilidad está mediada por el homoerotismo propiciado por el comercio sexual enmarcado en el consumo/adquisición de drogas, o su despertar sexual en instituciones de protección u hogares de niños, observó además que las prácticas homoeróticas en el marco de la exploración y despertar sexual de los jóvenes en hogares de menores, son resignificadas, desconectadas de la futura identidad sexual, mismo hecho que se encuentra a la base del intercambio sexual con otros hombres producto del consumo de drogas; por lo que apoyado en otros estudios concluye que no toda práctica sexual conlleva necesariamente la construcción de una identidad sexual, desarticulando el metarrelato patriarcal en torno a la homosexualidad que la sitúa como una condición diametralmente opuesta a la heterosexual.

Andrade y Herrera (2001), analizan los usos y discursos de la masculinidad desde diversos campos y puntos de vista, generan una serie de cuestionamientos en cuanto a lo que significa “lo masculino” en el Ecuador, discuten como temas principales la paternidad, concepciones dominantes de masculinidad, racialización, machismo, política y sexo. En cuanto a las masculinidades dominantes exponen que existe un debate sobre el género en el que se habla de una relación hombre vs mujer en el que la mujer siempre es la víctima y protagonista y los hombres son los del poder. Explica que la matriz heterosexual es poco desarrollada ya que cuando se habla de género el enfoque resulta ser de orden feminista.



Siendo el campo de discusión sobre masculinidad limitado, el autor plantea una resistencia a las concepciones dominantes de masculinidad.

Respecto al uso de la cocaína, Del Bosque, et al (2014) observaron entre otros efectos de la cocaína la hiperestimulación, la sensación de menos cansancio y un estado de mayor alerta mental derivados de la euforia, principalmente durante los primeros 30 minutos del consumo, además observaron trastornos de la personalidad como el trastorno antisocial y el trastorno límite, manifestaciones de violencia en algunos consumidores, aunque, de acuerdo a los autores, la violencia está presente en las sociedades no sólo por el tráfico y el uso de drogas, también por factores culturales y ambientales, y señalaron su impacto a nivel global y microsocioal.

Calafat, Fernández, y Juan (2001) en su revisión observaron que en los consumidores de cocaína en tratamiento se pone de manifiesto las consecuencias negativas del consumo asociadas al consumo compulsivo y descontrolado, la alta frecuencia de trastornos afectivos y de personalidad y una menor adaptación social.

Aguilar, et al (2008) en un estudio cuyo objetivo fue comprobar si existían cambios en la respuesta emocional ante estímulos visuales de contenido sexual en adictos a drogas, encontraron una respuesta diferente ante estímulos emocionales cotidianos, no relacionados con el consumo en función de la sustancia de consumo preferente. Acotaron que, para la dimensión afectiva, los sujetos consumidores preferentes de cocaína valoraban de forma más agradable las imágenes de contenido erótico que los consumidores de alcohol o heroína.



Respecto a la función sexual, Pérez del Rio, et al (2012) observaron que, a pesar de la creencia de que la cocaína se considere la droga más famosa, capaz de aumentar la excitación sexual y el orgasmo, los estudios mostraron un alto porcentaje de disfunciones sexuales, deseo sexual inhibido e incluso priapismo que se presenta en ausencia de deseo sexual y no se sigue de eyaculación; que el consumo de forma aguda o crónica afectaba al deseo sexual, aunque en un principio lo aumentara debido a su acción dopaminérgica, que también retarda el orgasmo.

Un estudio realizado por El Boston Medical Group en hombres adictos a la cocaína con edades comprendidas entre los 21 y 44 años, encontró que el 27% de los consumidores presentan dificultades para lograr una erección suficiente para tener relaciones sexuales (La Razón, 2010).

Llover y Jimenez (2017) observaron que la disfunción sexual es un efecto secundario común en pacientes que abusan de las drogas recreativas o bien inducida farmacológicamente y que si esta no se trata oportunamente, puede conducir a dificultades psicosociales o a un incumplimiento terapéutico; del mismo modo afirmaron que no existe evidencia, clínicamente significativa sobre la utilidad de los tratamientos específicos para la disfunción sexual.

Vásquez y Valarezo (2017) observaron los procesos relacionados con el consumo de sustancias psicotrópicas y el efecto de la disfunción sexual erectil, evidenciando que el inicio de consumo fue por la influencia de amigos, por la curiosidad, por buscar la aceptación de su grupo de amistad, o por tratar de refugiarse de los problemas familiares o laborales, observaron diferencias en las funciones sexuales, en algunos había deseo sexual, pero no se presentaban erecciones, causando problemas de autoestima, decremento de la



virilidad y frustración en los consumidores, al igual que conflictos intrafamiliares. Observaron además que en algunos participantes cuando el consumo era más constante, se manifestaban episodios de agresión física o verbal, ira, manipulación de la pareja sumadas a conductas antisociales. Las autoras asociaron un caso particular de homosexualidad relacionada a consumo de cocaína y la presencia de masturbación.



IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de estudio

Se realizó un estudio de paradigma interpretativo, de enfoque cualitativo del tipo descriptivo transversal,

La selección del paradigma y enfoque nació de la necesidad de conocer las perspectivas y puntos de vista de los participantes, las emociones, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos relacionados a la función sexual y a la percepción sobre la masculinidad en el contexto de la dependencia de la cocaína.

El alcance descriptivo transversal permite especificar los perfiles de personas, sus propiedades y características de cualquier fenómeno que se someta a un análisis, pretenden recoger información de manera independiente sobre conceptos o variables sin necesariamente relacionarlas y en un solo momento y en un tiempo único (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

4.2 Área de estudio

Lugar: Comunidad Terapéutica “Amor y Vida”.

Cantón: Cuenca.

Provincia: Azuay.

Período: enero-julio 2018.



4.3 Universo y muestra

4.3.1 Universo

El universo de estudio estuvo constituido por todos los pacientes hombres con dependencia de la cocaína internados en la Comunidad Terapéutica “Amor y Vida” pertenecientes a la Ciudad de Cuenca durante el periodo enero-julio 2018. Siendo un total de 32 hombres.

4.3.2 Muestra

La muestra estuvo constituida por 8 hombres, internados en la Comunidad Terapéutica “Amor y Vida” pertenecientes a la Ciudad de Cuenca durante el periodo enero-julio 2018, cuyas fichas médicas manifestaban el síndrome de dependencia de la cocaína (F14.2) de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a edición (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud, sin considerar niveles ni grados de consumo.

La muestra fue del tipo no probabilístico y por conveniencia. Los sujetos fueron seleccionados bajo el criterio de accesibilidad y proximidad de estos para el investigador. La cantidad de sujetos siguió el criterio de saturación de la información, es decir, hasta que se observó que los discursos no presentaban novedades para la investigación.



4.4 Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1 Criterios de inclusión

1. Pacientes valorados con síndrome de dependencia de la cocaína internados en la Comunidad Terapéutica “Amor y Vida” pertenecientes a la Ciudad de Cuenca durante el periodo enero-julio 2018.
2. Pacientes del sexo masculino comprendido entre 20 y 50 años.
3. Pacientes que manifiesten el interés en participar de la investigación y que firmen el consentimiento informado.

4.4.2 Criterios de exclusión

1. Pacientes con otro tipo de diagnóstico diferente al síndrome de dependencia de la cocaína.
2. Pacientes que a pesar de ser valorados con síndrome de dependencia de la cocaína internados en la Comunidad Terapéutica “Amor y Vida” pertenecientes a la Ciudad de Cuenca durante el periodo enero-julio 2018, no firmen el consentimiento informado.
3. Pacientes del sexo femenino.
4. Pacientes menores de 20 años y mayores de 50 años.

4.5. Categorías de estudio

Edad, Procedencia, Ocupación, Nivel de Instrucción, Estado civil, Tiempo de consumo de drogas, Función sexual, Construcción de masculinidad



Tabla 1. Categorías de Estudio

OBJETIVO ESPECÍFICO	CATEGORÍA	DEFINICIÓN	SUBCATEGORÍAS
Determinar el perfil social de los pacientes con dependencia de la cocaína de la comunidad terapéutica “Amor y Vida” que participaron en la investigación	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta la actualidad	Edad en años
	Procedencia	Lugar donde actualmente vive	Procedencia urbana Procedencia rural
	Ocupación	Actividad a la que se dedica actualmente	Ocupación laboral Ocupación educativa
	Nivel de instrucción	Instrucción educativa recibida en una institución educativa	Letrado Instrucción básica Instrucción secundaria Bachiller Instrucción Superior
	Estado civil	Situación en relación a una pareja sentimental	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre
	Tiempo consumiendo	Tiempo en meses o años que se encuentra consumiendo cocaína	Tiempo consumo meses Tiempo consumo años Frecuencia de consumo
	Factores que propiciaron el consumo	Factores sociales, ambientales o de otra índole que facilitaron el uso y consumo de cocaína	Factores ambientales propiciantes Factores sociales propiciantes
Determinar la influencia de la cocaína en la función sexual de los pacientes con dependencia de la cocaína de la comunidad terapéutica “Amor y	Función sexual/ Disfunción sexual	Normalidad o afectación de la experiencia erótica	Funcionalidad sexual normal Disfunción sexual eréctil Eyaculación precoz Bajo deseo sexual Eyaculación retardada Aneyaculación



Vida”			
Describir la construcción de la masculinidad en relación con el consumo de la cocaína en los pacientes con dependencia de la cocaína de la comunidad terapéutica “Amor y Vida”	Masculinidad	Conjunto de características físicas, psíquicas o morales que se consideran propias del varón o de lo masculino	Fuerza Dominio Violencia Virilidad

Elaboración propia

4.6. Métodos, técnicas e instrumentos

4.6.1 Método

El método usado fue el cualitativo que permite indagar en las subjetividades de los individuos a fin de tener un acercamiento a los conocimientos y percepciones de una realidad concreta.

4.6.2 Técnicas

Se utilizaron entrevistas en profundidad, las mismas que se programaron con el criterio de saturación de la información. Cada entrevista tuvo una duración aproximada entre 30 a 45 minutos; se realizaron cara a cara y en un lugar apartado de la Comunidad



Terapéutica “Amor y Vida” a fin de evitar interrupciones. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas desde una perspectiva interpretativa. (Izquierdo, 2003)

4.6.3 Instrumento

Se elaboró un guion básico semiestructurado que sirvió de ayuda al entrevistador, sin que se use rígidamente. Se tomaron notas de campo para registrar sensaciones que la grabadora no puede asimilar.

4.7 Plan de análisis

Una vez transcritas las entrevistas, se constituyeron en documentos primarios para la interpretación y codificación en el Software Atlas ti versión 7.5.4. Se crearon los códigos en base a las categorías antes mencionadas (Ver tabla 1), obteniendo un reporte que fue leído en su totalidad para seleccionar las citas que se visualizan en el apartado de resultados de la investigación. Simultáneamente se procedió a la elaboración de redes semánticas que anteceden a cada capítulo en los resultados. Se utilizó el análisis del discurso basado en la interpretación subjetiva del investigador en discusión con la teoría y el estado de arte.

4.8 Aspectos éticos

Previo a la ejecución del estudio, el protocolo fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Cuenca. Este trabajo de investigación estuvo constantemente supervisado por el director de la investigación, Dr. Santiago Boira.

Para garantizar los aspectos éticos de la investigación se procedió a firmar una autorización por parte de las autoridades para la ejecución de la investigación en la



Comunidad Terapéutica “Amor y Vida”, conjuntamente con el compromiso de la confidencialidad de la información obtenida en esta investigación y el cumplimiento de los cuatros principios de la bioética médica y deontológica.

Cada uno de los informantes que participaron en la investigación, firmó libre y voluntariamente un consentimiento informado. En este documento se hizo constar la firma y autorización del paciente, se explicó además el objetivo de la investigación, y se ofreció la garantía del respeto a la autonomía, confidencialidad de la información y anonimato.

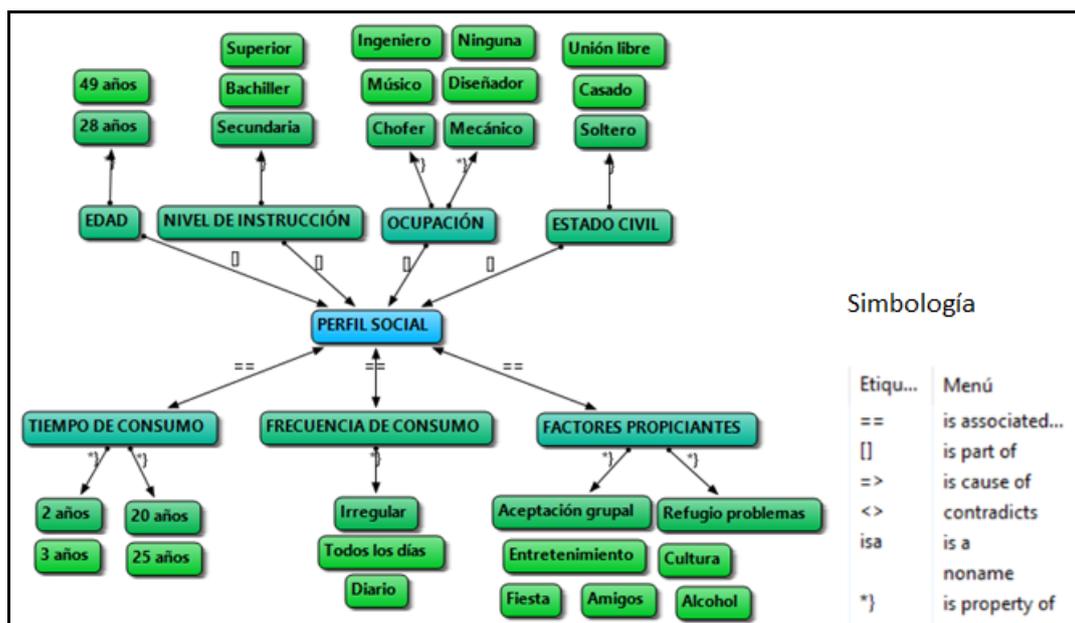
En relación al manejo de los datos recolectados se consideró el principio de confidencialidad así como el anonimato de los participantes; las citas reflejadas en los resultados hacen uso de códigos que reemplazan a los nombres, Los códigos usados caracterizan a los participantes de la siguiente manera: “P” de participante; “01” a “08” de acuerdo al número asignado por el orden de participación en la investigación; “C” de casado, “S” de soltero, “UI” de unión libre; “28” a “49” seguido por “A” de años; por ejemplo: (P01-C-31A) Participante 01, casado de 31 años.

El acceso a la información recolectada se mantiene restringido. Los registros de papel tanto como los registros digitales se mantendrán en un lugar cerrado y protegido al cual tendrá acceso únicamente el responsable de la investigación y solo se facultará a quien sea conveniente para la verificación de la información.

V. RESULTADOS

5.1 Perfil social de los pacientes con dependencia de la cocaína de la comunidad terapéutica “Amor y Vida” que participaron en la investigación

Red Semántica 1. Perfil social de Informantes Comunidad "Amor y Vida"



Elaborado por la autora

La edad de los informantes al momento de levantar la información, estuvo comprendida entre los veinte y ocho y los cuarenta y nueve años, edades consideradas para la población económicamente activa y que corresponden al ciclo de vida individual de adulto joven y medio. Todos ellos procedieron de la zona urbana de la ciudad de Cuenca.

En relación a su ocupación, esta fue heterogénea, la cual a su vez estuvo relacionada con el nivel de instrucción (dos de tercer nivel o superior y seis bachilleres). Las ocupaciones fueron: chofer (bachiller), músico (bachiller), mecánico industrial (bachiller), diseñador (superior), ingeniero civil (superior). Solo dos de los participantes (bachillerato) supieron manifestar que no tenían una ocupación fija.



En relación al estado civil de los informantes, se pudo observar heterogeneidad; la mayoría fueron casados (cuatro participantes) seguidos por los solteros (tres participantes) y uno en unión libre. Los informantes solteros manifestaron haber tenido o tener en la actualidad una pareja sexual.

Referente al tiempo de consumo de la cocaína, se observó una gran variabilidad, la mayoría manifestó que el tiempo de consumo de cocaína o base de cocaína comprendía entre veinte a veinte y cinco años, mientras la minoría manifestó entre los dos y tres años de consumo. Algunos de ellos hacen alusión a la adicción previa o simultánea a la cocaína, del alcohol mayormente, seguido de marihuana o heroína.

Lo que es cocaína unos dos años consumiendo ((P01-C-31A).

...más o menos a los veinte y cuatro años empecé ya en la universidad a drogarme con el polvo, con la base de cocaína (P02-C-45A).

Desde los trece años que empezó mi actividad, prácticamente no he parado nunca (P03-S-33A).

...hace dos años aproximadamente (P04-S-28A).

...durante los veinte años prácticamente todos los días (P05-UI-49A).

...en los últimos tres años todos los días, la base de cocaína (P06-C-40A).

En cuanto a la frecuencia de consumo de la cocaína, todos los participantes coincidieron en que al principio el consumo era irregular, pero que al pasar el tiempo y por la dependencia y adicción que se creó en ellos, el consumo se transformó en algo regular y cotidiano (a diario, todos los días). Intermitencias en el consumo se observan relacionadas a la voluntad en la etapa inicial, por alguna motivación importante (la llegada de un hijo, un matrimonio) y obligada en asociación con la rehabilitación.

Me pase como unos cinco años que consumía unos meses, otros meses paraba, pero nunca lo deje (...) a los veinte y ocho años me case, decidí parar de drogarme por



mi esposa, ella sabía que me drogaba, dure creo como un año sin consumir nada de polvo, luego tuve a mis dos hijos, trate de parar de consumir solo (P02-C-45A).

... prácticamente no he parado nunca hasta unos seis años atrás que estuve en rehabilitación (P03-S-33A).

Al inicio poco a poco, durante un año, ahora este año ya consumía diario la cocaína (P04-S-28A).

... durante los veinte años prácticamente todos los días. (P05-UI-49A).

... en los últimos tres años, todos los días (P06-C-40A).

... era diario, ¿qué le digo? consumía todos los días (P07-S-29A).

De los relatos de los informantes, se puede observar que, tanto al inicio del consumo de cocaína como en las fases de rehabilitación, la caída y recaída de la cocaína respectivamente, se ve propiciada por factores ambientales como una fiesta, espacios de entretenimiento, ocio e incluso culturales (música) siempre en interacción con consumidores.

... recuerdo que en año viejo me encontré con viejas amistades de consumo y me dieron una pitadita, eso fue el inicio de toda mi perdición (P02-C-45A).

... siempre he sido una persona que le gusta leer, he leído bastante, y comencé a darme cuenta de que la mayoría de grupos musicales o artistas estaban relacionados de alguna manera con las drogas y curiosamente los discos, que son lo más importante, son influenciados por alguna droga en particular, entonces por ese concepto me comencé a apegar a las drogas en particular (...) mi vida era promiscua, no pensaba en las consecuencias, tenía relaciones sexuales en los baños, en las calles, en parques, con gente desconocida, compartía jeringas con gente mala, travesti, transexuales, siempre estando bajo los efectos de las drogas y lo hacía por las drogas (P03-S-33A).

Como a los veinte y cinco años probé por primera vez marihuana ¡no me gusto! paso el tiempo, unos seis meses, luego me encontré con unos amigos del deporte y me invitaron una pitadita, realmente me gusto soy sincero, me quitó el cansancio de lo que había terminado de jugar. Pasaron unas semanas y ya les buscaba a los



mismos amigos que sabía que tenía la droga para que me inviten y así poco a poco me fue enganchando y llegue a consumir ya en los últimos 3 años todos los días base de cocaína (P06-C-40A).

De acuerdo a los relatos de los informantes, el consumo de la cocaína se encuentra asociado con factores sociales y culturales desde el espacio privado (familia) al espacio público (compañeros, amigos).

Uno de los factores fue la cultura del alcohol, que se manifiesta desde edades tempranas a nivel familiar y social. Al parecer en las perspectivas de los consumidores, la cocaína es usada para disfrazar u ocultar los efectos del alcohol, empieza a formar parte de una manera lenta para ocultar un vicio y se inserta de forma agresiva, en algunas ocasiones como un reemplazo o sustituto de otras sustancias psicotrópicas (alcohol, marihuana o heroína).

... yo primerito empecé a consumir poco alcohol, la cocaína no consumía, pero mis amigos lo hacían, luego me empezó a gustar al ver como consumían mis amigos, luego de mi primera experiencia me gusto comencé a consumir cocaína (P01-C-31A).

... de guambra empecé con el trago a los doce años en una fiesta de mi familia, era el matrimonio de un tío (...) a los dieciséis años ya chupaba más fuerte, con mis panas de colegio, ahí ya empecé a probar marihuana, cada mes o dos meses, pero no me gustaba como me quedaba después, era como tonto no sé qué, me queda lento, por eso no me gustaba mucho, yo les conté a mis amigos que yo ya buscaba vera algo como más fuerte, como otro nivel, entonces ahí me dijeron que me pegue el polvo (P07-S-29A).

... apareció un pana que me hizo probar la cocaína en una borrachera con el pretexto de que si me fumaba me pasaba los efectos del alcohol, y que llegaba a la casa como si nada, y sabe que sí, me ponía súper pilas y llegaba a la casa como si



nada y le decía a mi esposa que solo me tome una cerveza, y pasaba, paso así el tiempo y se me fue haciendo costumbre (P08-C-42A).

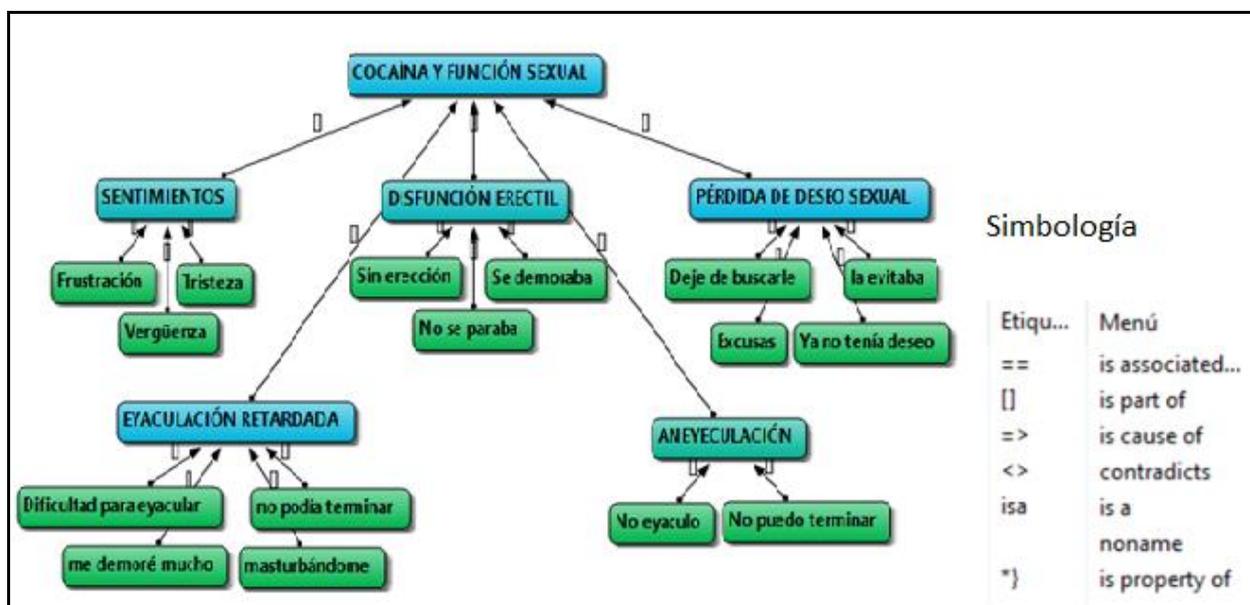
Otro de los factores comunes que propician el consumo de drogas es el de las relaciones amistosas; en dónde el sujeto busca la identidad o aceptación grupal, sentirse parte de un colectivo; este factor es evidente en espacios de interacción cotidiana juvenil como el colegio y otros espacios como los buscados por las “jorgas” (parques, plazas, etc). Factores no tan comunes pero importantes a la hora de relacionarlos con el consumo de la cocaína y manifestados por los informantes de la comunidad terapéutica “Amor y Vida” fueron: el refugio de los problemas de índole familiar o laboral y el estereotipo de macho implantado en la sociedad.

... desde muy joven, ¿qué será desde que estuve en el colegio? muchacho (...) yo fumaba para verme más hombre, para estar dentro del grupo de mis amigos, si por muchas ocasiones el polvo me hacía sentir con más seguridad, más macho (...) empecé consumiendo marihuana con mi jorga del colegio (...) perdí mi trabajo, y comenzaron nuevamente los problemas, y busqué solución en la droga, comencé a meterme el polvo como loco este último año, ya no tenía control, y tuve que buscar ayuda. (P02-C-45A).

Pienso que los factores más importantes fueron un hogar disfuncional, no tengo padre, yo lo he visto a mi padre unas cuatro veces, a parte también mi mamá era muy adicta al trabajo, le encantaba trabajar, no pasaba mucho tiempo con ella y era súper exigente algo que es hasta el día de hoy (P03-S-33A).

5.2 Influencia de la cocaína en la función sexual de los pacientes con dependencia de la cocaína de la comunidad terapéutica “Amor y Vida”

Red Semántica 2. Cocaína y Función Sexual en la Comunidad "Amor y Vida"



Elaborado por la autora

De los relatos de los participantes, se puede observar que el consumo de la cocaína tiene una grave influencia en la función sexual manifestada de diferentes formas como se verá más adelante. Las notas de campo registraron sentimientos de tristeza, frustración y vergüenza que acompañaron en la narración de los hechos vinculados con los efectos de la cocaína en general y sobre la función sexual en los informantes.

A continuación, a manera general se presentan algunos de los efectos físicos, psicológicos y sociales asociados a la influencia de la cocaína en los pacientes con dependencia de la cocaína de la comunidad terapéutica “Amor y Vida”.

Deterioro de los reflejos o de reacción.

... yo consumo solo base de cocaína, que es que a uno le atonta, le baja uno se queda asustado, no se reacciona a nada (P01-C-31A).

Pérdida de peso y de energías.



... físicamente me acabo, perdí mucho peso, estoy flaco demacrado (triste) (P02-C-45A).

Cuando yo me concentraba ya en el consumo de la cocaína, no me importaba nada, sentía que estaba cansado, agotado (P04-S-28A).

Aislamiento social.

Bueno realmente en la familia me desunía de ellos y con mi pareja, me descuidaba de ella, no la iba a visitar (...) no deseaba estar con mi pareja, peor con mi familia, me aislaba (P04-S-28A).

... las drogas acabaron con mi vida familiar, pasaba en la calle, todo el tiempo drogado, me aleje de toda mi familia (P05-UI-49A).

En todo sentido me acabo la droga, perdí mi familia, perdí amigos, perdí mis estudios, mi familia ya no confía en mí (P07-S-29A).

Abandono del sentido de responsabilidad e indiferencia.

... descuidaba los estudios, no íbamos a clases (...) me sentía muy relajado (más adelante en su vida matrimonial) empecé a llegar muy tarde a casa, comenzaron los problemas en casa, mi esposa celosa, se alteraba, peleábamos, no me importaba nada (P02-C-45A).

Pues nada, que las drogas en un principio como que te hacen sentir más fuerte, más realizado, más decidido, más seguro de ti mismo, o incluso yo le decía es mi arma que me ayuda a mi virilidad en un comienzo (...) comencé a presentar problemas en el trabajo, ya no rendía igual, pero los más graves fueron los problemas con mi esposa, llegaba tarde a casa, o ya por varias ocasiones ya no llegaba (P06-C-40A).

... buscaba siempre la cocaína, no sé cuándo pero ya luego era solo cocaína mi consumo, ya no me regalaban, yo ya buscaba quien me venda, tenía mis paquetes en mis bolsillos, llegaba a altas horas a casa, inventando pretextos que tenía que inspeccionar obras fuera de la ciudad, y siempre tenía un pretexto, mi esposa comenzó a celarme, tenía ya cada vez más problemas (P08-C-42A).

Exposición a situaciones de riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

... la mayoría de veces que yo consumía cocaína específicamente tenía esta duda, o esta incertidumbre de que es lo que realmente quería, si quería estar con un hombre



o con una mujer, lo que me llevaba a dudar de mí mismo y me sentía extraño (...) mi vida era promiscua, no pensaba en las consecuencias, tenía relaciones sexuales en los baños, en las calles, en parques, con gente desconocida, compartía jeringas con gente mala, travesti, transexuales, siempre estando bajo los efectos de las drogas y lo hacía por las drogas, o sea llegaba a un punto que no tenía drogas y me acercaba a estas personas por las drogas (P03-S-33A).

Propulsión a prácticas antisociales.

... me fumé toda la plata de lo que trabajaba, empecé a robar a mis padres, a mis abuelos, vendía las cosas de casa, para poder tener dinero y comprar la maldita droga (melancólico) (P07-S-29A).

Respecto a la función sexual, todos los informantes presentaron disfunciones sexuales.

En primer lugar, en los discursos de los informantes se manifestó la disfunción sexual eréctil (no tenía erecciones, me demore mucho para lograr tener una erección, dificultad primero para que se me pare, no se me paraba, no podía tener erecciones).

La disfunción sexual eréctil, al igual que las demás manifestaciones de disfunción sexual en los participantes, estuvo directamente relacionada con la cocaína, pues en los discursos manifestaron sentimientos favorables hacia la pareja sexual, tanto los pacientes casados como los solteros y en unión libre. Los discursos frente a esta disfuncionalidad no hacen evidente la condición de consumidor ante las parejas sexuales, la disfunción sexual eréctil se disfraza con excusas, siendo esta la primera manifestación de excitación susceptible a la vista. Los discursos evidencian cambios en los comportamientos sexuales y la generación de actitudes negativas, burlas, dudas, incluso situaciones incómodas como resultado de la disfunción sexual eréctil, así se observaron:

Excusas y mentiras.



... ella me buscaba en la intimidad, pero yo siempre tenía excusas, que estaba cansado del trabajo, y cuando ya teníamos relaciones para mí era muy difícil lograr terminar (P02-C-45A).

... con tanta droga que me metía yo creo que me afecto y no podía tener erecciones, entonces me tenía siempre que inventar alguna excusa (P08-C-42A).

Alejamiento o distanciamiento con la pareja.

... me demore mucho para lograr tener una erección, y peor para lograr terminar, por lo que mejor cuando estaba drogado le evitaba mucho a mi novia (P04-S-28A).

... tenía ese miedo de lo que me paso esa vez, lo que mejor hacia es alejarme de las mujeres, y poco a poco como que fui perdiendo el deseo de estar con una mujer (P07-S-29A).

Expresiones de violencia física y psicológica.

... con justa razón mi mujer me decía que yo venía ya estando con otra, que por eso no se me paraba y yo terminaba más bravo, gritándole, echándole la culpa a ella, pero realmente era yo quien no tenía el deseo de estar con ella (P02-C-45A).

Planteamiento de dudas sobre la identidad.

... cuando estaba con alguna mujer no tenía erecciones, entonces eso me hacía creer que ya no estaba disfrutando del género femenino (...) comenzaron estas dudas en mi interior (P03-S-33A).

Perdida del deseo.

... si lográbamos tener sexo yo tenía dificultad primero para que se me pare, demoraba mucho y después casi no tenía eyaculación, y yo realmente sentí que perdí el deseo de estar con mi mujer, no me nacía buscarle (P06-C-40A).

Exposición al rechazo o a burlas.

... no logre tener una erección y la pelada decepcionada, se cabrió y se fue. Eso fue algo muy penoso, vergonzoso, les conté a mis panas lo que me pasó, mis panas se me burlaron, me dijeron que soy hasta un marica (P07-S-29A).

Como se manifestó en el apartado anterior, la pérdida del deseo sexual fue una de las consecuencias de la disfunción sexual eréctil en los informantes provocada por el



miedo o temor de no tener una erección; sin embargo, el bajo deseo sexual se manifestó además en los informantes como un efecto directo del consumo de la cocaína a mediano y largo plazo. Este efecto puede considerarse como un signo de alarma a nivel familiar pues de acuerdo a los relatos de los informantes, su manifestación incurre en otros hechos que provocan conflictos y malos entendidos por la expresión de actitudes de rechazo, ignorar o rehuir a la pareja.

... siempre tenía una mentira, para no estar con mi mujer, para salir con la excusa de un viaje para ir a drogarme, como que no tenía deseo de estar con mi mujer. (P01-C-31A).

... comencé a rehuir a mi esposa, dejé de buscarle en la intimidad, ya no tenía deseos de estar con mi mujer (P06-C-40A).

... cada vez que ella me buscaba para tener sexo en los dos últimos años, yo la evitaba (P06-C-40A).

... la ignoraba, pero era realmente no porque le estaba engañando a mi esposa, simplemente no tenía deseo (P08-C-42A).

El bajo deseo sexual en algunos informantes se vio asociado con sentimientos de frustración en expresión de hombría y con prácticas sexuales como la homosexualidad y la masturbación.

... me sentía frustrado como hombre, como le conté, tenía problemas para lograr estar con mi mujer, no tenía ganas de sexo (P02-C-45A).

... poco a poco me aleje de las mujeres, no tenía deseo de estar con mujeres, a veces solo llegaba a masturbarme para cansarme y poder dormir (P05-U1-49A).

... la mayoría de veces que yo consumía cocaína específicamente tenía esta duda, o esta incertidumbre de que es lo que realmente quería, si quería estar con un hombre o con una mujer (P03-S-33A).



De acuerdo a los discursos de los informantes, no se evidenció eyaculación precoz como una influencia de la cocaína, pero sí eyaculación retardada y aneyaculación. La eyaculación en los relatos de los informantes se presenta como un factor determinante con el cual se da por terminado el acto sexual (lograr terminar, llegar a terminar). En relación con eyaculación retardada, se observaron características similares como dificultad, demora y otras particulares como el dolor y la necesidad de masturbación.

... cuando teníamos ya la intimidad con mi mujer yo tenía mucha dificultad para eyacular (P02-C-45A).

... alguna vez intente tener sexo con mi novia cuando estaba drogado pensando experimentar mayor éxtasis, o no sé qué me paso, fue todo lo contrario, me demore mucho para lograr tener una erección, y peor para lograr terminar (P04-S-28A).

... me demoraba mucho para lograr tener una erección, y peor para lograr terminar, realmente era hasta un poco doloroso ya de tanta fricción tanto como para mí y hasta para ella no se diga (P07-S-29A).

... cuando ya estaba con la muchacha no podía llegar a terminar y la manera de terminar era masturbándome (P05-UI-49A).

En cuanto a la aneyaculación, ésta la presentó solo uno de los informantes, el cual lo constituyó como un problema personal trasladado a nivel de pareja en forma de conflicto.

... tengo un problema que no puedo terminar, no eyaculo, y eso me ha traído muchos problemas con mi pareja (...) con ella tenemos sexo a todo dar, pero sigo con mi problema de no poder terminar (P05-UI-49A).

5.3 Construcción de la masculinidad en relación con la dependencia de la cocaína en los pacientes de la comunidad terapéutica “Amor y Vida”

Red Semántica 3. Cocaína y Masculinidad en la Comunidad "Amor y Vida"



Elaborada por la autora

De acuerdo a los relatos de los informantes de la comunidad terapéutica “Amor y Vida”, pacientes con dependencia a la cocaína, se evidencia un contexto patriarcal en la construcción individual de la masculinidad.

Aunque, no de manera mayoritaria, por los discursos de los participantes, se puede percibir la existencia de la conciencia y cierta resistencia a lo que ellos han llamado “machismo” manifestado en los roles y estereotipos masculinos: ámbito doméstico y privado, juguetes definidos por género, cosificación femenina y dominación.

Yo a mis hijos les enseño a ser hombres, les doy sus carros, sus juguetes, lo que es de hombres. Ellos tienen muchos buses, volquetas, por el mismo hecho de que yo soy busero y mi mujercita mi chiquita también les sigue a los varones ella no quiere sus muñecas ella también quiere carros (P01-C-31A).

Yo siempre he sido una persona que he estado en contra del machismo, el concepto de macho, esperar que tu mujer te prepare la comida, o esperar que tu mujer haga



las cosas de la casa, o el mismo hecho de decir: “mi mujer”, le ponemos como si fuese un objeto y no es así, para mí el concepto de macho es súper cerrado, se sigue creyendo que nuestra madre, nuestra esposa es la que nos debe servir, que nuestras hijas no pueden salir solas a la calle, y muchas cosas así (P03-S-33A).

Masculinidad para mí es ser hombre, cumplir las funciones que te ha ido dando la sociedad como hombre, trabajar y cuidar de tus hijos, lo que yo no pude hacerlo. (P06-C-40A).

Vengo de un hogar muy machista podría decir, donde lo que decía papá se cumplía y punto y nadie lo podía contradecir (P07-S-29A).

De manera general, de acuerdo a los relatos de los participantes, las manifestaciones típicas de la masculinidad construida por la sociedad en el sistema patriarcal como la fuerza, violencia y virilidad, en relación con la dependencia a la cocaína, se ven alteradas, deconstruidas, o sufren variaciones a manera individual, tal como se verá a continuación.

En relación a la fuerza, los informantes afirmaron que la cocaína produce un efecto adverso o contrario a mediano y largo plazo (se va al piso, te sientes destrozado, le hace perder su esencia). Fuerza asociada a la seguridad, al poder se observaron en la fase inicial de consumidor (te hacen sentir más fuerte, sentimiento como de poder).

... las drogas en un principio como que te hacen sentir más fuerte, más realizado, más decidido, más seguro de ti mismo (...) luego todo eso se va al piso, te sientes destrozado (P06-C-40A).

...cuando recién inicias a consumir el polvo dentro de los cuatro meses que se inicia el consumo te da un sentimiento como de poder, de egocentrismo, de adrenalina, de vanidad, de fuerza (P03-S-33A).

Para mí masculinidad no tiene nada que ver con la droga, es más, esa maldita droga que hay en la sociedad, termina destruyendo al hombre porque le hace perder su esencia, un hombre drogado, deja de ser, no sé, “hombre”, imagínese, se descuida mucho de su imagen, no puede rendir como hombre con su pareja; entonces



realmente no creo que la cocaína ayude en algún momento a ser más hombre, más fuerte, más sexi, para nada (P08-C-42A).

Respecto al dominio, éste se manifestó en los discursos de los informantes en sus percepciones sobre masculinidad en la figura de “Jefe”, “hombre de la casa” “duro de la casa”. No se observaron experiencias personales o manifestaciones de la práctica del dominio en la vida cotidiana de los informantes, mucho menos en relación con el consumo de la cocaína.

Masculinidad ¡uhh! yo entiendo que es ser hombre, hombre de la casa, ser macho, porque mis hijos son varones, son masculinos, yo le entiendo que hay que ser hombre (Asombrado) (P01-C-31A).

...masculino es respeto, es el hombre de la casa, es el responsable de la familia, si se tiene una pareja saberla respetar, cuidar del hogar (P04-S-28A).

Masculino, es el hombre, es el duro de la casa, es el que pone orden, respeto (P05-UI-49A).

Para muchos yo creo que eso es ser masculino, el que golpea, el jefe de la casa, el hombre de la casa (P07-S-29A).

Al igual que se observó con la manifestación de fuerza, en el caso de la violencia, algunos de los participantes manifestaron cambios: expresiones violentas (insultaba, gritaba) por pasividad (se queda en nada, se queda ido, me hacía el gil), incluso un caso en particular en el ámbito doméstico, el rol de victimario cambio al de víctima. Dos de los informantes manifestaron hechos de violencia doméstica tanto física (agredirle) y psicológica (gritarle, echándole la culpa) impulsada por la influencia de la cocaína, y por los conflictos que causa dentro de la pareja.

... a mí me deterioro, cuando yo estaba fumando y si alguien me gritaba en la calle yo me hacia el cojudo y seguía mi camino, pero cuando yo estaba sin consumir nada nada nada, y si alguien me decía algo o solo me miraba yo me bajaba



impulsivo, les insultaba, les gritaba, y les decía que quieres, entonces yo dijo que por la cocaína, le paniquea a uno, uno se queda en nada, uno se queda ido, ido (...) cuando estaba con los efectos de la droga yo mejor dejaba que ella me pegue, me hacia el gil, cogía a mis hijos me iba a mi cuarto,” ven acá tu mamá esta brava” pero cuando yo no estaba con los efectos de la droga yo si era agresivo, yo le gritaba, le insultaba, era muy agresivo (P01-C-31A).

... con justa razón mi mujer me decía que yo venía ya estando con otra, que por eso no se me paraba y yo terminaba más bravo, gritándole, echándole la culpa a ella, pero realmente era yo quien no tenía el deseo de estar con ella (...) llegué por algunas ocasiones a agredirle a mi esposa, me arrepiento mucho de eso, la maldita droga acabo mi vida, la relación con mi esposa (P02-C-45A).

... mi esposa comenzó a celarme, tenía ya cada vez más problemas, me torné una persona violenta, le gritaba a mi esposa, una vez llegue a agredirle (triste) me duele mucho eso, no me importaba mis pequeños que tengo, ellos lloraban, se asustaban, me aleje de mi esposa (P08-C-42A).

La violencia puede manifestarse por la reproducción de conductas transmitidas intergeneracionalmente en el contexto de la sociedad patriarcal, aunque con mayor sentido de conciencia de su significado negativo (malo, ya he cambiado de pensamiento, me controlo) tal como se evidenció en los discursos de los informantes.

... bueno yo he sido criado con un padre castigador, un hombre malo, el que golpea a la esposa, pero ya actualmente yo ya he cambiado de pensamiento, me preocupo de cómo me veo, de tratar de mantener satisfecha a mi mujer para que no busque a otro, me controlo de no faltarla el respeto (P05-UI-49A).

Vengo de un hogar muy machista podría decir, donde lo que decía papá se cumplía y punto y nadie lo podía contradecir, nos pegaba mucho de niños, a mi madre muchas veces vi como la agredía, le daba unas palizas (triste) y yo no podía hacer nada, pero eso ya cambio, ya todos nos hicimos hombres en casa y podíamos defender a nuestra madre (P07-S-29A).



Referente a la virilidad en los discursos de los informantes, ésta se evidencia en términos de “macho”, “hombre”, “varonil”, se observó asociada a roles de género en el ámbito doméstico (hombre de la casa), a las relaciones personales entre sexos (más seguridad, dentro del grupo), a la atracción hacia el sexo opuesto (estar solamente con mujeres), y en relación a la propia apariencia (más sexi). La relación entre virilidad con la cocaína, de acuerdo a los informantes, fue intensa y positiva al inicio del consumo (más macho, más masculino, más varonil) pero intensa y negativa en la sucesión del consumo (termina destruyendo al hombre, le hace perder su esencia).

Masculinidad ¡uhh! yo entiendo que es ser hombre, hombre de la casa, ser macho, porque mis hijos son varones, son masculinos. Yo le entiendo que hay que ser hombre. (Asombrado) (P01-C-31A).

Bueno cuando fui muchacho yo fumaba para verme más hombre, para estar dentro del grupo de mis amigos, si por muchas ocasiones el polvo me hacía sentir con más seguridad, más macho podría decir (P02-C-45A).

... a raíz que deje de consumir cocaína, prácticamente despertó mi masculinidad y me comencé a sentir más varonil, más estable, incluso deje de tener parejas hombres y comencé a estar solamente con mujeres (P03-S-33A).

En algún momento cuando inicié a consumir cocaína yo creía que sí me ayudaba la cocaína a sentirme como más masculino, más varonil (P04-S-28A).

... yo le decía es mi arma que me ayuda a mi virilidad en un comienzo, pero luego todo eso se va al piso (P06-C-40A).

... en algún momento la droga sí me ayudo, según yo, a sentirme como más macho, más deseado, más guapo podría decir (risas) (P07-S-29A).

Para mi masculinidad no tiene nada que ver con la droga, es más, esa maldita droga que hay en la sociedad, termina destruyendo al hombre, porque le hace perder su esencia, un hombre drogado deja de ser, no sé, hombre, imagínese, se descuida mucho de su imagen, no puede rendir como hombre con su pareja; entonces realmente no creo que la cocaína ayude en algún momento a ser más hombre, más fuerte, más sexi, para nada (P08-C-42A).



De acuerdo a la percepción de uno de los informantes, la cocaína y en general las drogas se asocia al prestigio y popularidad, que puede constituirse a parte de la virilidad humana.

... yo le veía como la droga de las personas importantes, la droga de las personas que tienen clase, de la gente como que está en otro nivel y siempre he considerado que los que consumen drogas tiene como esa elegancia, así como los actores, como Luis Miguel (P03-S-33A)



VI DISCUSIÓN

En base a los resultados obtenidos se puede observar que el perfil social de los pacientes internados de la comunidad terapéutica “Amor y Vida” que participaron en la investigación, no se limitan a un tipo determinado de personas relacionadas con las edades, el nivel de estudio ni con la ocupación, debido a la heterogeneidad existente, siendo la mayoría personas adultas entre los veinte y ocho y los cuarenta y nueve años, bachilleres y de nivel superior, y siendo las ocupaciones: chofer, músico, mecánico industrial, diseñador, ingeniero civil y otras, lo que coincide con Vásquez y Valarezo (2017) que encontraron heterogeneidad en cuanto a la edad, nivel de instrucción y ocupación, observando internos entre los dieciocho a los treinta y ocho años, cinco con bachillerato completo, dos con bachillerato incompleto y dos de instrucción básica, aunque no contaron en su estudio con pacientes con nivel superior, como sí se observó en la comunidad terapéutica “Amor y Vida”

En comparación con los mismos autores, se observan diferencias en el estado civil, mientras en el presente estudio la mayoría de los informantes fueron casados, seguidos por los solteros y uno en unión libre, observaron en sus informantes que la mayoría se encontraban en unión libre, seguido por los solteros y solo un casado.

Diferencias se observaron también en el lugar de procedencia homogeneidad en el presente y heterogeneidad en el estudio de Vásquez y Valarezo (2017).

Referente al consumo de la cocaína, tanto en el presente estudio como en el Vásquez y Valarezo (2017) se observó variabilidad en el tiempo de consumo pues los informantes se encontraban en etapa media y larga de consumo encontrándose ambas muestras con pacientes que cuentan con dos, hasta veinte y cinco años de consumo. En ambos estudios a la vez se observaron el caso de uso de múltiples drogas y sustancias



psicotrópicas, principalmente cocaína, alcohol y marihuana, junto con la frecuencia de consumo caracterizada por un inicio irregular, y posterior consumo regular y cotidiano.

Como se observó, el consumo de la cocaína en los informantes del presente estudio se asoció con factores sociales y culturales desde el espacio privado (familia) al espacio público (compañeros, amigos) en donde predominaron la interacción con consumidores, espacios de entretenimiento, la cultura del alcohol, la aceptación grupal o escape a los problemas de índole familiar o laboral, coincidiendo con lo observado también por Vásquez y Valarezo (2017) con la excepción de la curiosidad, que fue abundante en estos últimos autores.

En el estudio de Vásquez y Valarezo (2017) no se observaron intermitencias en el consumo que permitan una comparación con las observadas en el presente.

En cuanto a la influencia de la cocaína en la función sexual de los pacientes con dependencia de la comunidad terapéutica “Amor y Vida”, de los relatos de los participantes, se puede observar que el consumo de la cocaína tiene una grave influencia en la función sexual tanto fisiológica como psicológicamente. Todos los informantes presentaron disfunciones sexuales afectando su calidad de vida, tal como lo manifestó Rubio Auriol (2014) en la teoría y otras investigaciones como las de Pérez del Río, et al (2012) o la de Boston Medical Group (La Razón, 2010) que observaron un alto porcentaje de disfunciones sexuales en consumidores de cocaína o Vásquez y Valarezo (2017) que observaron disfunción sexual con repercusiones en la autoestima, virilidad, estado de ánimo en los consumidores y en las relaciones intrafamiliares.

La disfunción sexual eréctil no estuvo relacionada a los sentimientos hacia la pareja sino a trastornos fisiológicos y psicológicos, resultantes de los efectos de la cocaína, tal como lo señala la teoría en Alzate (1997), González, et al (2006), Frago y Sáez (2012),



Rubio Auriolés (2014) y Rojas (2018) y como se evidenció en otras investigaciones como las de Calafat, Fernández, y Juan (2001), Llover y Jimenez (2017) Vásquez y Valarezo (2017) en donde la disfunción eréctil estuvo acompañada de dificultades psicosociales tal como se evidenció en la presente (alejamiento o distanciamiento con la pareja, excusas y mentiras, expresiones de violencia, dudas con la identidad sexual y la exposición al rechazo o a burlas).

La pérdida del deseo sexual se manifestó en los informantes del presente estudio como un efecto directo del consumo de la cocaína a mediano y largo plazo a más de como una consecuencia de la disfunción sexual eréctil provocada por el miedo o temor de no tener una erección; su manifestación provocó conflictos y malos entendidos por la expresión de actitudes de rechazo, ignorar, rehuir a la pareja sexual. La pérdida del deseo sexual se discute como un efecto del consumo de cocaína en González, et al (2006), Frago y Sáez (2012) y en Llover y Jimenez, (2017); sin embargo, su consideración, como un signo de alarma a nivel familiar, no es manifiesta en otros estudios como sí se observó a criterio personal a fin de alertar a la pareja sexual y; por tanto, a la familia para una intervención temprana.

De acuerdo a los discursos de los informantes, no se evidenció eyaculación precoz como una influencia de la cocaína, pero sí eyaculación retardada y aneyaculación. La eyaculación en se presentó como un factor determinante con el cual se da por terminado el acto sexual en los informantes. Al respecto, denota la posición superior de lo masculino en el acto sexual como lo señala Bourdieu (2000), concomitante con la idea del hombre dominante y el enfoque en la erección. El hecho de la presencia de la eyaculación retardada y aneyaculación, es parte de las manifestaciones ligadas a la cocaína con base científica tal como lo señalaron Rojas (2018), Frago y Sáez (2012) y González, et al (2006).



Las manifestaciones de disfunción sexual en los informantes se vieron asociadas en mayor o menor medida con sentimientos negativos, alteraciones en la personalidad, dudas e incertidumbres sobre la identidad sexual (aunque fue un solo caso manifestado) y con prácticas sexuales como la masturbación (dos casos manifestados). Al respecto coincide con la mayoría de autores en el sentido de evidenciar sentimientos negativos, alteraciones en la personalidad en consumidores de cocaína y otras sustancias psicotrópicas (Del Bosque, y otros, 2014) (Calafat, Fernández, & Juan, 2001), no así con las dudas sobre la identidad sexual y masturbación que son pocos los estudios y autores que los mencionan (Vásquez & Valarezo, 2017). La relación entre consumo de cocaína e identidad sexual queda pendiente por investigar pues el intercambio sexual con personas del mismo sexo puede darse en el contexto del consumo de drogas, pero no necesariamente, conlleva a la construcción de una identidad sexual como lo señala Romero (2018). La mejor manera de explicar este hecho por el momento sería por la vinculación de las drogas con los grupos LGBTI tal como lo observaron Ortiz y Valencia (2015), Quintero, Barreto, Rincón, y Velandia (2016) y (Buitrago, 2017).

En relación con la construcción de la masculinidad vinculada con la dependencia a la cocaína en los pacientes de la comunidad terapéutica “Amor y Vida”, se evidenció un contexto social patriarcal y percepciones particulares de la masculinidad influenciadas por el trasfondo familiar y personal coincidiendo con la teoría en el sentido de la construcción social y cultural de la masculinidad, tal como lo señalaron Nuñez (1999), Amuchástegui (2001), Asturias (2004), Schongut (2012) y Toquero y Salguero, (2013); sin embargo, como se vio en algunos de los discursos, la creación de la conciencia y cierta resistencia ante el “machismo” evidenciaron cambios en las percepciones y prácticas de los informantes, en concordancia con la idea de masculinidades contra hegemónicas (Toquero



& Salguero, 2013) (Schongut, 2012); aunque no se pudiera descartar la resistencia a las concepciones dominantes de masculinidad como lo observaron Andrade y Herrera (2001) en Ecuador.

En relación a la fuerza y a la virilidad, como manifestaciones de la masculinidad vinculada a la cocaína, se observó que fueron intensas en la fase inicial de consumidor, pero conllevaron a un efecto adverso o contrario a mediano y largo plazo del consumo, lo que se puede explicar en Frago y Sáez (2012) y en Del Bosque, et al (2014) por los efectos estimulantes de la cocaína que hacen que el individuo se sienta hiperestimulado, lleno de energía y mentalmente alerta después de consumir la sustancia, pero que a la vez originan una fuerte adicción y el desarrollo de graves problemas mentales y físicos.

En cuanto al dominio como una manifestación de la masculinidad, se observó en los discursos de los informantes en términos de “Jefe”, “hombre de la casa” “duro de la casa” mientras que referente a la virilidad, en términos de “macho”, “hombre”, “varonil”. Este último se observó asociado a roles de género en el ámbito doméstico, en las relaciones personales entre sexos y en relación a la propia apariencia, prestigio o popularidad, lo que afirma la construcción social de la masculinidad señalada por Viveros (2007) bajo las teorías feministas, en donde se visibiliza a los varones como actores dotados de género, en posiciones jerárquicas y hegemónicas, no sólo por una posición inferior de la mujer, sino porque la misma sociedad produce y reproduce ideológicamente esta posición. Sin embargo, en la condición de consumidor dependiente de cocaína, estas manifestaciones de masculinidad se ven alteradas por los efectos físicos y psicológicos que provocan, sobre todo a mediano y largo plazo, trastornos afectivos y de personalidad como lo señalaron Frago y Sáez (2012), Del Bosque, et al (2014) y Calafat, Fernández, y Juan (2001).



En el caso de la violencia, al igual que con la noción de machismo, se evidenció mayor conciencia de su existencia, su significado y reproducción intergeneracional en el contexto de la sociedad patriarcal. Los informantes expresaron cambios en sus comportamientos relacionados con la misma, se manifestaron hechos de violencia doméstica tanto física y psicológica impulsada por la influencia de la cocaína, y por los conflictos que causa dentro de la pareja; tanto como efectos contrarios en un caso particular en dónde el rol de victimario cambio al de víctima. Al respecto se puede afirmar que persisten manifestaciones de la dominación masculina por medio de la violencia física (Schongut, 2012) y una posible muestra de afirmación de la masculinidad por el ejercicio de la violencia a fin de mantener el ideal de la virilidad (Bourdieu, 2000) al mismo tiempo que se puede ser reforzada y aparecer como nueva relacionada con el consumo de la cocaína, tal como señalaron Del Bosque, et al (2014). Sobre el cambio de posición del consumidor dependiente, de victimario a víctima, se entiende en Rojas (2018), quien señala que es muy probable que la percepción sobre la masculinidad en sujetos dependientes de cocaína se vea alterada por los efectos en la sexualidad, tanto por los sentimientos de culpa, de frustración, entre otros que pueden surgir como el deterioro de la salud física como psicológica.

En ningún momento en los discursos se observaron manifestaciones de la cultura de riesgo tal como observó Romero (2018) en los consumidores y que caracteriza a la masculinidad.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En relación al primer objetivo específico: determinar el perfil social de los pacientes con dependencia de la comunidad terapéutica “Amor y Vida” que participaron en la investigación se puede observar lo siguiente:

-Los pacientes – informantes con dependencia de la comunidad terapéutica “Amor y Vida” pueden no constituir un perfil homogéneo, de tal manera que nivel de instrucción, estado civil, ocupación, procedencia no son variables que condicionan el estado de dependiente de cocaína. Se recomienda una intervención personalizada con los pacientes de la comunidad de acuerdo a las variables señaladas.

- Los pacientes – informantes con dependencia de la comunidad terapéutica “Amor y Vida” se encontraban entre las etapas media y larga de consumidores (dos a veinte y cinco años). Se recomienda una intervención temprana e intensa y un programa de seguimiento a los pacientes en la etapa media para frenar y evitar la prolongación del consumo de cocaína.

- Los pacientes – informantes con dependencia de la comunidad terapéutica “Amor y Vida” asociaron su dependencia con factores sociales y culturales desde el espacio privado al espacio público. Se recomienda una intervención macro y a nivel político en la socialización del problema, así como en la implementación de medidas de control y creación o fortalecimiento de políticas públicas que reduzcan o en el mejor de los casos, frenen el narcotráfico y el consumo de cocaína y otras sustancias psicotrópicas.



Referente al segundo objetivo específico: determinar la influencia de la cocaína en la función sexual de los pacientes con dependencia de la comunidad terapéutica “Amor y Vida”, se puede observar lo siguiente:

- La cocaína tuvo una influencia muy intensa y negativa en la función sexual, manifestada en efectos evidentes en el mediano y largo plazo que trajo secuelas en la salud sexual y reproductiva cuanto en la salud psicológica y social. El abordaje de intervención, por lo tanto debería ser de forma holística en pro de atención de la salud del ser integro, se necesitaría un equipo multidisciplinario que en organización y coordinación solventen todas las áreas señaladas.

- Fue evidente la situación general de disfunción sexual en los informantes en decremento de la calidad de vida y salud sexual. Se recomienda la intervención en salud temprana y oportuna en los consumidores dependientes de cocaína a fin de evitar potenciar este hecho. Se requiere la participación de terapia familiar o conjunta, conforme sea el caso, por la implicación de la situación que puede trasladarse a la pareja.

- Los efectos de la cocaína sobre la función sexual en la comunidad terapéutica “Amor y Vida” fueron: disfunción sexual eréctil, pérdida del deseo sexual, eyaculación retardada y aneyaculación, implicando un deterioro en la salud sexual de los consumidores dependientes de cocaína, acompañado de dificultades psicosociales. Se recomienda a nivel familiar poner mayor atención a la aparición de estos síntomas a fin de detectar los casos de consumo de cocaína desde el hogar y poder trasladar la situación a organizaciones y profesionales pertinentes de una forma temprana.



- Prácticas sexuales como la masturbación pueden ser potenciadas en consumidores por la necesidad de eyaculación, al igual que puede ser potenciado el problema de la identidad sexual por la pérdida del deseo sexual con el tipo de pareja tradicional. Se recomienda el abordaje de estos temas en las intervenciones con pacientes con dependencia a la cocaína a fin de despejar dudas y ofrecer información verídica y confiable.

En cuanto al tercer objetivo específico: describir la construcción de la masculinidad en relación con la dependencia de la cocaína en los pacientes de la comunidad terapéutica “Amor y Vida” se puede observar lo siguiente:

- Las percepciones sobre la masculinidad en los informantes reflejaron la construcción social y cultural con influencia del sistema patriarcal, aunque en algunos se observó un sentido de conciencia y cierta resistencia ante el “machismo” que evidenciaron cambios en las percepciones y prácticas. Se observaron además algunos términos usados por los informantes respecto a la masculinidad que reflejaron el sentido de dominio (macho, jefe, duro) en diferentes ámbitos de las relaciones humanas. Se recomienda a los centros de rehabilitación considerar terapias familiares que socialicen temas de masculinidad con enfoque feminista que pretenda aumentar el sentido de conciencia sobre todo en las connotaciones negativas a fin de frenar el machismo de las sociedades patriarcales.

- Manifestaciones de masculinidad que fueron intensas y positivas al inicio del consumo de la cocaína en los informantes fueron la fuerza y la virilidad, pero a mediano y largo plazo fueron intensas con efecto adverso provocando graves problemas en las percepciones por los efectos físicos y psicosociales. Se recomienda en los procesos formativos en el ámbito escolar, crear conciencia sobre el uso de la cocaína y otras sustancias psicotrópicas a fin de poner en alerta a los niños y jóvenes



- La violencia, sin duda fue una de las manifestaciones que, al igual que con la noción de machismo, tuvo mayor conciencia de su significado negativo en los informantes y aunque se expresaron cambios en sus comportamientos relacionados con la misma, ésta fue mayormente impulsada por la influencia de la cocaína, y por los conflictos que causa dentro de la pareja, sobre todo en los que tenían pareja estable; solo un caso evidenció el rol de víctima por la influencia de la cocaína. Se recomienda reforzar los programas y proyectos de formación para erradicar la violencia de género a manera general en el ámbito escolar; a la vez que, aprovechar las terapias en los centros de rehabilitación para dependientes de la cocaína para formar en valores y principios que permitan la convivencia y resolución de conflictos familiares sin tener que recurrir en violencia.



LIMITACIONES Y PROSPECTIVAS

En un momento previo al levantamiento de datos, el presente estudio presentó limitaciones referentes a investigaciones que aborden simultáneamente la dependencia de la cocaína con la construcción de la masculinidad y la función sexual. Mayores estudios se observaron sobre la función sexual y cocaína que con masculinidad y cocaína.

El momento de levantamiento de datos presentó limitaciones en la confianza de los informantes para hablar de función sexual y masculinidad; sin embargo, estas se pudieron resolver con conversaciones previas de la vida cotidiana que fomentaron empatía. Además, se informó oportunamente el uso de los datos y la garantía de confidencialidad lo que propició la libertad de expresión.

El momento de levantamiento de datos presentó limitaciones en el cruce de actividades, las cuales son programadas por la comunidad “Amor y Vida” en los horarios de atención; esta limitación se resolvió con la reprogramación oportuna con las autoridades del centro para que la interrupción de las terapias y otras actividades no sea mayor o se puedan trasladar en horario.

En relación a futuras investigaciones, la investigadora considera replicar el estudio con población femenina por la importancia que radica para los profesionales del ámbito de género, desarrollo, salud sexual y reproductiva a fin de conocer e indagar en la realidad social local y poder dar respuesta a las necesidades en este campo, intervenir oportunamente, procurar el desarrollo humano y la corresponsabilidad social, enmarcados en las políticas de Estado y en la Agenda Política Internacional.



De la misma manera y en función de la coyuntura nacional, la investigadora considera importantes realizar investigaciones que indaguen la dependencia de la cocaína con la construcción de la identidad sexual, debido a que es un campo no explorado y no escapa a la posibilidad.



Bibliografía

- Aguilar de Arcos, F (2008). *Cambios en la respuesta emocional ante estímulos visuales contenido sexual en adictos a drogas*. *Adicciones*, 20(2), 117-124.
- Alcantara E, (2009). *Terapia Sexual y normalización: significados del malestar sexual en mujeres y hombres diagnosticados con disfunción sexual*. *Physis*, 591-615.
- Alzate, H. (1997). *Sexualidad Humana*. Bogotá: Temis.
- American Psychiatric Association. (2016). *Actualización Manual de Diagnóstico y estadístico Transitorio de Trastornos mentales. 5ta edición*. Recuperado el 12 de ene. de 2018, de https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf
- Amuchástegui, A. (2001). *La navaja de dos filos: una reflexión acerca de la investigación y el trabajo sobre hombres y masculinidades en México*. *Revista de estudios de género*. La ventana(14), 102-125.
- Andrade, X & Herrera, G. (2001). *Masculinidades en el Ecuador: Contexto y particularidades*. Ecuador: Flacso. *Masculinidades en Ecuador*, 14.
- Asturias, L. (2004). *La construcción de la masculinidad y las relaciones de género*. Barcelona: Paidós Iberica.
- Bourdieu, P. (2000). *La Dominación Masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Buitrago, F. (2017). *Factores sociales, económicos y formativos de la comunidad LGBTI*. *Kairós Gerencial*, 2(3), 1-10.
- Calafat, A., Fernández, C., & Juan, M. (2001). *Uso recreativo de cocaína y asunción de riesgos: resultados convergentes en cuatro muestras*. *Adicciones*, 13(2), 123-146.
- Calentano DD, L. M. (2008). *Variations in sexual risks in drug users: emerging themes in a behavioral context*. *Us National Library of Medicine*, 212-218.



- Choza, J. (2017). *Antropología de la sexualidad*. Sevilla: Editorial Thémata.
- Cocored, J., Miller, N., Pottash, C., & Gold, M. (1988). *Sexual dysfunction in abusers of cocaine and alcohol*. *The American Journal of drug and alcohol abuse*, 169-173.
- Connell, R. (2003). *Adolescencia en la construcción de masculinidades contemporáneas*. Varones adolescentes: género, identidades y sexualidades en América Latina, 53-67.
- Correa, M. (2014). *Factores orgánicos relacionados con la disfunción sexual femenina*. *Rev Sex y Soc*. Recuperado el 12 de ene. de 2018, de <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/455>.
- Del Bosque, J., Fuentes, A., Díaz, D., Espínola, M., González, N., Loredó, A., Vázquez, L. (2014). *La cocaína: consumo y consecuencias*. *Salud Mental*, 37, 381-389.
- Duany, A. (2012). *Alcohol, función sexual y masculinidad*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(4), 611-619. Recuperado el 12 de ene. de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400005
- Fernandez, J. (2011). *Un siglo de investigaciones sobre masculinidad y feminidad: Una revisión crítica*. *Psicothema*, 23(2), 167-172.
- Frago, S., & Sáez, S. (2012). *Drogas y sexualidad. Repercusiones en la vida erótica*. *Sal de Dudas: Sexología*, 133-153.
- Garcés, A., Gómez, C., & Pino, S. (2013). *Ajuste diático y sexualidad en hombres con disfunción sexual eréctil de origen orgánico. Estudio de caso*. Tesis de grado, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- González, I., & Cols. (2015). *Cocaína: una revisión de la adicción y el tratamiento*. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 35(127). doi:<http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000300008>



- Gonzalez, T., & Cols. (2006). *Drogas y sexualidad: grandes enemigos*. Rev MGI, 21. Recuperado el 12 de ener. de 2018, de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_5-6_05/mgi155-605.h
- Haile, C., Mahoney, J. & De La Garza, R. (2012). *Farmacoterapéuticos dirigidos a las deficiencias asociadas con la dependencia de la cocaína: se centran en la dopamina*, la j.pharmthera.2012.01.010
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mac Graw Hill.
- Isorna, M., & Rial, A. (2015). *Drogas facilitadoras de asalto sexual y sumisión química*. Salud y drogas, 15(2), 137-150.
- Izquierdo, A. (2003). *Investigacion científica: metodos y diseños de investigacion*. Imprenta Cosmos, Loja–Ecuador.
- Kauffman, M. (1997). *Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres*. Masculinidades, poder y crisis, 24.
- norepinefrina y el glutamato*. Pharmacol Ther., 134(2), 260-277. doi: 10.1016 /
- La Razón. (04 de dic. de 2010). *El 27% de los consumidores de cocaína sufre disfunción eréctil*. La Razón. Recuperado el 12 de ene. de 2018, de http://www.larazon.es/historico/4090-el-27-de-los-consumidores-de-cocaina-sufre-disfuncion-erectil-GLla_razon_346179
- Llover, M., & Jimenez, M. (2017). *Disfunción sexual causada por medicamentos*. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 24(5), 265-278.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Litle Brown.
- Montiel, F. (2001). *Sexualidad humana en atención primaria*. Revista chilena de medicina familiar, 2(6), 21-29.



- Nateras, A. (1994). *El uso social de drogas: una mirada deconstruccionista*. Revista de Ciencias y Humanidades, 30.
- Núñez, G. (1999). *Sexo entre varones. Poder y resistencia en el campo sexual*. Región y Sociedad, 12(19.2000), 202.
- Núñez, G., & Espinoza, C. (2017). *El narcotráfico como dispositivo de poder sexo-genérico: crimen organizado, masculinidad y teoría queer*. Revista interdisciplinaria de estudios de género de El Colegio de México, 3(5), 90-128.
- OMS. (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Recuperado el 12 de ene. de 2018, de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- OMS/OPS. (2017). *26 de junio de 2017. Día Internacional contra el Uso Indevido y el Tráfico Ilícito de Drogas*. Recuperado el 12 de ene. de 2018, de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13425%3Ainternational-day-against-drug-abuse-and-illicit-trafficking-2017&catid=4045%3Achronic-diseases-news&Itemid=4327&lang=es
- PAHO; WHO. (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*, (págs. 1-49). Antigua Guatemala. Obtenido de http://maternoinfantil.org/archivos/smi_D335.pdf
- Pascual, P. (2001). *Aproximación histórica a la cocaína: De la coca a la cocaína*. Adicciones, 13(supl 2), 7-22. Recuperado el 12 de ene de 2018, de pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/es/ibc-136919
- Pérez del Río, F., & Cols. (2012). *Como afectan las diferentes sustancias a la sexualidad*. Revista Adiccion y Ciencia, 2(2). Recuperado el 12 de ene. de 2018, de http://adiccionyciencia.info/wp-content/uploads/2015/10/perez_2_2.pdf



- Peugh, G., & Belenko, S. (2001). *Alcohol, Drugs and Sexual Function: A Review*. Journal of Psychoactive Drugs, 223-232.
- Quintero, E., Barreto, I., Rincón, J., & Velandia, A. (2016). *Relación entre percepción de poder y prácticas de consumo en la categoría de diversión de personas LGBT*. Suma psicológica, 23(2), 90-100.
- Rojas, M. (2018). *El mundo de las drogas: drogas ilegales*. En CEDRO, El Problema de las drogas en el Peru 2015 (págs. 09-27).
- Romaguera, A. (2016). *Cannabis y sexualidad: mito y realidad*. Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, 226, 63-76.
- Romero, A. (2018). *Construcción de masculinidad y belleza masculina en jóvenes varones infractores de ley consumidores problemáticos de drogas*. Última Década, 48, 107-132.
- Rubio, E. (2014). *Disfunción Sexual en el hombre*. En: E. Rubio, Lo que todo clínico debe saber de sexología (págs. 49-82). Mexico: Nieto Editores.
- Sánchez, M. (2017). *Narrativas de masculinidad en hombres que han ejercido violencia hacia sus parejas*. Tesis de maestría, Universidad de Chile, Santiago.
- Schongut, N. (2012). *La construcción social de la masculinidad: poder, hegemonía y violencia*. Psicología, Conocimiento y Sociedad, 2(2), 27-65.
- Schuster, C. (1991). *Monitoreo del impacto de la cocaína*. Jama, 266(16), 2273. Recuperado el 12 de ene. de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1920729>.
- Tiefer, L. (2001). *A new view of womens sexual problems*. Journal Sex Research, 89-96.
- Toquero, M., & Salguero, M. (2013). *Los significados de ser hombre asociados al consumo de sustancias psicotrópicas*. Revista de Estudios de Género. La ventana



372-404, 4(38), 372-404. Recuperado el 15 de agosto de 2019, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/laven/v4n38/v4n38a12.pdf>.

Useche, B. (2001). *El examen sexológico en las disfunciones exitatorias y orgásmicas femeninas*. Revista Terapia Sexual, 115-131.

Useche, B. (2005). *Medicalización, erotismo y diversidad sexual: una crítica sexológica al DSM-IV-TR(I PARTE)*. Sexología Integral, 36-42.

Vásquez, K., & Valarezo, T. (2017). *Factores asociados a la disfunción sexual erectil en los internos de "ESTAD"*. Tesis de grado, Universidad del Azuay, Cuenca.

Viveros, M. (2007). *Teorías feministas y estudios sobre varones y masculinidades. Dilemas y desafíos recientes*. La manzana de la discordia, 2(4), 25- 36.

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



Anexos

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLÍTICAS Y
SOCIALES
MAESTRIA EN “GÉNERO, DESARROLLO,
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En Cuenca a los.....días del mes de..... de 2018.

.....
(Nombres y apellidos de la persona entrevistada/encuestada)

Número de Cédula o Pasaporte.....,

Desde la Maestría en Género, Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva ejecutada por las facultades de Jurisprudencia, Ciencias Políticas y Sociales y Ciencias Médica de la Universidad de Cuenca, y dentro del Trabajo de Titulación de la maestrante: Delia Isabel Padilla Illescas se lleva a cabo la investigación denominada “**FUNCIÓN SEXUAL Y MASCULINIDADES EN HOMBRES CON DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA AMOR Y VIDA ENERO-JULIO 2018**”. En este proceso usted ha sido seleccionado/a por procedimientos aleatorios al azar para participar en este proyecto. Las respuestas que proporcione a esta entrevista serán tratadas de forma anónima, de acuerdo con la legislación vigente en materia de protección de datos, y serán utilizados únicamente con fines estadísticos.

La entrevista durará aproximadamente 60 minutos

Agradecemos su disponibilidad para desarrollar esta actividad que tiene fines académicos.

.....
FIRMA DE LA MAESTRANTE

.....
FIRMA DEL ENTREVISTADO



Entrevistas

Entrevista No.1

ENTREVISTADOR: CC1, cuénteme, cuántos años tiene, que tiempo está usted, porque estamos en este centro de rehabilitación.

CC1, buenos días tengo 31 años de edad, estoy aquí en el centro 3 meses, estoy por consumir alcohol, después Cocaína y se hizo una adicción porque yo primerito empecé a consumir poco alcohol, la cocaína no consumía, pero mis amigos lo hacían, luego me empezó a gustar al ver como consumían mis amigos, luego de mi primera experiencia me gusto comencé a consumir cocaína, tomábamos un trago y después consumíamos cocaína, se fue haciendo una adicción, empezamos con una, dos después eran tres, cuatro tabacos y así empezó, hasta que mi esposa decidió internarme, y ya pues estoy aquí luchando mi proceso, para salir adelante y ser una persona de bien, ahora comprendo que lo que tengo es una enfermedad de la adicción, una enfermedad que uno tiene por el consumo del alcohol y la droga.

ENTREVISTADOR: Que tiempo lleva usted consumiendo cocaína?

CC1 Lo que es cocaína unos dos años consumiendo.

ENTREVISTADOR: Con qué frecuencia lo consumía cocaína?

CC1. consumía, bueno yo manejaba un bus, me tomaba unos tragos, y mis amigos siempre andaban llevados la droga, armaban y entonces fumábamos ahí todos y así me empezó hacer costumbre, a salir siempre a mentir cualquier cosa en mi casa., tengo reunión, tengo viaje, le decía a mi esposa ya vengo, sabes tengo un viaje, vengo mañana me voy a dormir en Cuenca, porque los de los buses dormimos aquí en Cuenca, entonces yo le mentía a mi esposa y me iba con mis amigos a tomar y a consumir droga y así se fue haciendo costumbre, y uno siempre La mentira se hace costumbre, porque uno se le miente cada vez y cada vez, sabe qué mañana tengo viaje el Jueves tengo viaje, el lunes y así sucesivamente se hace costumbre.. .. Pero como siempre la verdad sale a relucir, me descubrieron, me descubrieron con fundas de base en el bolsillo y ahí empezó el problema con mi esposa yo le negaba y negaba ... hasta que yo le dije si si si, si consumo, ella pensaba que yo consumía otras drogas más, Pero No yo consumo solo base de cocaína, que es que a uno le atonta, le baja uno se queda asustado, no se reacciona a nada, entonces mi señora pensaba que yo consumo otro tipo de droga, porque yo era muy alterado, cuando yo no consumía era muy alterado, yo reaccionaba de mala manera con cualesquiera, igual con mi esposa con mis hijos, yo les gritaba, les decía que No, me decían ya has venido fumando, drogándote por eso estas así, pero bueno ahorita que estoy aquí me doy cuenta que las drogas es bien duro, difícil(triste)

ENTREVISTADOR CC1 cree usted que el consumo de cocaína intervino en algún problema en su vida sexual?

CC1 yo digo que no porque yo pasaba solo con mi esposa y cuando yo pasaba con ella no consumía, pero cuando yo ya salía de viaje, me iba por parte del Oriente, y yo ya consumía, consumía alcohol, droga y ya para venir un día antes a venir a ver a mi esposa yo ya lo dejaba, ya no consumía porque mi esposa se da en cuenta, y voy a tener problemas, y me va a mandar de la casa y mis hijos me van a ver, según yo quería ser un poco precavido. Porque si yo voy



consumiendo, no se me han contado mis amigos que muchas veces uno no puede tener relaciones, porque yo, ya no le da ganas, ni siente nada, me han dicho siempre así mis amigos, pilas ahí si vas a ir a ver a tu mujer y vas a mantener relaciones ya no fumes un día antes porque te baja el organismo, te baja todo, ya no tienes ganas de estar con nadie, sino que tú le rechazas.

ENTREVISTADOR Con qué frecuencia CC1 tenía relaciones con su esposa, por ejemplo en la semana?

CC1 Cuando recién me case era mucho , bastante, digamos todos los días, tuve a mi hija de 5 años, ya empecé dos veces por semana, o cuando yo salía de viaje una vez por semana, una vez cada 15 días, como ha beses manejaba volquetas en el Oriente regresaba cada 15 días, o solo cuando regresaba, pero cuando uno se encuentra en las drogas es difícil porque a uno ya no le interesa tener relaciones , la mujer ni nada, siempre tenía una mentira , para no estar con mi mujer, para salir con la excusa de un viaje para ir a drogarme, como que no tenía deseo de estar con mi mujer.

ENTREVISTADOR CC1 que entiende, o que es para usted masculinidad?

CC1. Masculinidad...uhh.. Yo entiendo que es ser hombre, hombre de la casa, ser macho, porque mis hijos son varones, son masculinos.... Yo le entiendo que hay que ser hombre. (Asombrado)

Yo a mis hijos les enseño a ser hombres, les doy sus carros, sus juguetes, lo que es de hombres. Ellos tienen muchos buses, volquetas, por el mismo hecho de que yo soy busero y mi mujercita mi chiquita también les sigue a los varones ella no quiere sus muñecas ella también quiere carros, pero le doy todo tipo de muñecas, pero no le gusta y me pide que le compre buses y camiones, y le tengo que dar a mi chiquita, y no tengo problemas en darle esos juguetes.

ENTREVISTADOR CC1 cree que el uso de drogas le ayudo a su masculinidad?

CC1 No, a mí me deterioro, cuando yo estaba fumando y si alguien me gritaba en la calle yo me hacia el cojudo y seguía mi camino, pero cuando yo estaba sin consumir nada nada nada, y si alguien me decía algo o solo me miraba yo me bajaba impulsivo, les insultaba, les gritaba, y les decía que quieres, entonces yo dije que por la cocaína, le paniquea a uno, uno se queda en nada, uno se queda ido ido.

ENTREVISTADOR cuando estaba con los efectos de la droga, agredía a su esposa?

CC1 No...uhhh...Cuando estaba con los efectos de la droga yo mejor dejaba que ella me pegue, me hacia el gil, cogía a mis hijos me iba a mi cuarto, ven acá tu mama esta brava, pero cuando yo no estaba con los efectos de la droga yo si era agresivo, yo le gritaba, le insultaba, era muy agresivo.



Entrevista No. 2

ENTREVISTADOR. Buenas tardes, me podría decir cuál es su nombre, su edad, y que tiempo tiene en este centro de rehabilitación.

EC2. Buenas tardes señorita mi nombre es EC, soy casado, tengo 45 años de edad, y llevo ya aquí en el centro tres meses y medio, por mi problema de consumo de cocaína y marihuana.

ENTREVISTADOR. Me podría contar desde que edad usted consume drogas y de qué tipo, y si a tenido problemas en su vida por culpa de las drogas.

EC2. Uhhh... bueno que le puedo decir , con el tiempo que llevo internado me e podido dar cuenta de que tengo una enfermedad, pues desde muy joven , que será desde que estuve en el colegio muchacho empecé consumiendo marihuana con mi jorga del colegio, descuidaba los estudios, no íbamos a clases, más o menos a los 24 años empecé ya en la universidad a drogarme con el polvo , con la base de cocaína, me sentía muy relajado, podía quedarme según yo hasta altas horas de la noche estudiando, pero lo que en realidad me quedaba era drogándome, mis padres lo sospechaban , pero yo siempre era cauteloso.

A los 28 años me case, decidí parar de drogarme por mi esposa, ella sabía que me drogaba, dure creo como un año sin consumir nada de polvo, en algunas fiestas solo me pegaba unos tragos, recuerdo que en Año viejo me encontré con viejas amistades de consumo y me dieron una pitadita.... Eso fue el inicio de toda mi perdición,, yo se sentí que algo se me prendió dentro de mí... consumía todas las tardes luego de mi trabajo, empecé a llegar muy tarde a casa, comenzaron los problemas en casa, mi esposa celosa, se alteraba , peleábamos... no me importaba nada...llegue por algunas ocasiones a agredirle a mi esposa , me arrepiento mucho de eso.....la maldita droga acabo mi vida , la relación con mi esposa, estoy ahora aquí , esperando cambiar y recuperar todo lo perdido.

ENTREVISTADOR, me puedes contar como era tu relación con tu esposa.

EC2.. Vera señorita yo le amo mucho a mi esposa, pero por esta adicción que tengo, he perdido todo, en un inicio todo era bonito, nos respetábamos, yo era una persona muy detallista, cariñoso con mi esposa, pendiente de todo en la casa, pero poco a poco descuide a mi mujer, no me interesaba estar con ella, ella me buscaba en la intimidad pero yo siempre tenía excusas, que estaba cansado del trabajo, y cuando ya teníamos relaciones para mí era muy difícil lograr terminar, por más que mi esposa me seducía y hacía de todo ella , yo no podía concentrarme y no lograba terminar, yo creo que como llegaba a la casa drogado , eso no me dejaba estar al cien por ciento, y empezaba los problemas , con gusta razón mi mujer me decía que Yo venía ya estando con otra, que por eso no se me paraba... y yo terminaba más bravo gritándole, echándole la culpa a ella, pero realmente era yo quien no tenía el deseo de estar con ella, luego tuve a mis dos hijos , trate de parar de consumir solo , acudía a grupos de NA, sabe que si baje un poco el consumo , pero no del todo, por ahí si me pegaba una que otra pitadita con mis amigos... Me pase como unos 5 años que consumía unos meses, otros meses paraba, pero nunca lo deje, ahora en estos 4 años perdí mi trabajo, y comenzaron nuevamente los problemas, y busque solución en la droga, comencé a meterme el polvo como loco este último año, ya no tenía control, y tuve que buscar ayuda.



ENTREVISTADOR. Crees que la droga en algún momento te ayudo en tu masculinidad, o qué tú me puedes decir sobre esto?

EC2.. Masculinidad chuta.... Bueno cuando fui muchacho yo fumaba para verme más hombre, para estar dentro del grupo de mis amigos, si por muchas ocasiones el polvo me hacía sentir con más seguridad, mas Macho podría decir, pero ya cuando me case realmente yo creo que la droga me acabo, pues me sentía frustrado como hombre, como le conté, tenía problemas para lograr estar con mi mujer, no tenía ganas de sexo, y cuando teníamos ya la intimidad con mi mujer yo tenía mucha dificultad para eyacular,, físicamente me acabo, perdí mucho peso , estoy flaco demacrado.... (Triste)



Entrevista No 3.

ENTREVISTADOR, buenos días MQ4, me podrías decir cuántos años tienes y que tiempo llevas en el centro de rehabilitación.

MQ4 buenos días yo llevo como cuatro meses ya, tengo 28 años y consumía solamente cocaína.

Empecé consumiendo cocaína hace dos años aproximadamente, al inicio poco a poco, durante un año, ahora este año ya consumía diario la cocaína, y ya hace unos 4 meses antes de internarme consumía de día y de noche, me hice dependiente de la cocaína.

ENTREVISTADOR, me puede indicar como cree usted que la droga a influenciado en su vida?

MQ4 .Bueno realmente en la familia me desunía de ellos y con mi pareja, me descuidaba de ella, no la iba a visitar y cuando teníamos las relaciones sexuales a veces subía o a veces bajaba, en el sentido de que yo me cansaba rápido, ya no quería, a veces estaba con ansias de tener relaciones no en el día o en la noche , si no en cualquier rato.

Cuando yo me concentraba ya en el consumo de la cocaína, no me importaba nada, sentía que estaba cansado, agotado, y no deseaba estar con mi pareja, peor con mi familia, me aislaba , prefería estar solo , alguna vez intente tener sexo con mi novia cuando estaba drogado pensando experimentar mayor éxtasis, o no sé qué me paso,, fue todo lo contrario , me demore mucho para lograr tener una erección, y peor para lograr terminar, por lo que mejor cuando estaba drogado le evitaba mucho a mi novia, sentía que la cocaína alteraba mi organismo , que me hacía dependiente cada día más a la cocaína.

ENTREVISTADOR. Me puede decir que es para usted masculinidad, si en algún momento la cocaína le ayudo en esto?

MQ4.. Bueno yo creo que es estar con una sola mujer, y no depender de un hombre para lograrlo, masculino es respeto, es el hombre de la casa, es el responsable de la familia, si se tiene una pareja saberla respetar, cuidar del hogar...

En algún momento cuando inicie a consumir cocaína yo creía que si me ayudaba la cocaína a sentirme como más Masculino, más varonil, pero con el tiempo sentí todo lo contrario, me sentía lo peor de la sociedad, no quería salir, me sentía basura, solo pensaba de drogarme. (Indiferente)



Entrevista No 4.

ENTREVISTADOR, buenos días MQ4, me podrías decir cuántos años tienes y que tiempo llevas en el centro de rehabilitación.

MQ4 buenos días yo llevo como cuatro meses ya, tengo 28 años y consumía solamente cocaína.

Empecé consumiendo cocaína hace dos años aproximadamente, al inicio poco a poco, durante un año, ahora este año ya consumía diario la cocaína, y ya hace unos 4 meses antes de internarme consumía de día y de noche, me hice dependiente de la cocaína.

ENTREVISTADOR, me puede indicar como cree usted que la droga a influenciado en su vida?

MQ4 .Bueno realmente en la familia me desunía de ellos y con mi pareja, me descuidaba de ella, no la iba a visitar y cuando teníamos las relaciones sexuales a veces subía o a veces bajaba, en el sentido de que yo me cansaba rápido, ya no quería, a veces estaba con ansias de tener relaciones no en el día o en la noche, si no en cualquier rato.

Cuando yo me concentraba ya en el consumo de la cocaína, no me importaba nada, sentía que estaba cansado, agotado, y no deseaba estar con mi pareja, peor con mi familia, me aislaba , prefería estar solo , alguna vez intente tener sexo con mi novia cuando estaba drogado pensando experimentar mayor éxtasis, o no sé qué me paso,, fue todo lo contrario , me demore mucho para lograr tener una erección, y peor para lograr terminar, por lo que mejor cuando estaba drogado le evitaba mucho a mi novia, sentía que la cocaína alteraba mi organismo , que me hacía dependiente cada día más a la cocaína.

ENTREVISTADOR. Me puede decir que es para usted masculinidad, si en algún momento la cocaína le ayudo en esto?

MQ4... Bueno yo creo que es estar con una sola mujer, y no depender de un hombre para lograrlo, masculino es respeto, es el hombre de la casa , es el responsable de la familia, si se tiene una pareja saberla respetar, cuidar del hogar...

En algún momento cuando inicie a consumir cocaína yo creía que si me ayudaba la cocaína a sentirme como más Masculino, más varonil, pero con el tiempo sentí todo lo contrario, me sentía lo peor de la sociedad, no quería salir, me sentía basura, solo pensaba de drogarme. (Indiferente)



Entrevista No5.

ENTREVISTADOR, buenas tardes, me puede ayudar con su edad y que tiempo tiene usted asistiendo a la clínica.

GS5, buenas tardes tengo 49 años, llevo 10 años parado sin consumir cocaína ni ninguna sustancia, y siempre asisto a las terapias de seguimiento de la clínica.

ENTREVISTADOR. Como era su consumo anterior a sus 10 años de estar sin consumir cocaína?

GS5. Consumí durante 25 años, consumía desde la marihuana, alcohol, base de cocaína, solución, disolvente, pastillas, pero siempre me gustaba más la cocaína, yo consumía todos los días, durante los 20 años prácticamente todos los días.

ENTREVISTADOR. Como cree que la droga a influenciado en su vida?

GS5.las drogas me acabaron, me tiraron al suelo, me degrado en todos los sentidos, dando gracias a Dios mis padres me tuvieron que internar, estuve en clínica.

Desgraciadamente las drogas acabaron con mi vida familiar, pasaba en la calle , todo el tiempo drogado, me aleje de toda mi familia, tenía de muchacho mucha mujeres, cuando recién empezaba con el mundo de las drogas , me drogaba con ellas , pero poco a poco me aleje de las mujeres, no tenía deseo de estar con mujeres , a veces solo llegaba a masturbarme para cansarme y poder dormir, por muchos años no tuve novias, solo era yo mis drogas y tenía un impulsividad solo por masturbarme y cuando quería estar con alguna mujer me iba donde las prostitutas, pero cuando ya estaba con la muchacha no podía llegar a terminar y la manera de terminar era masturbándome ..

Hasta ahora que ya llevo 10 años parado sin consumir , tengo problemas en el sexo con mi pareja , yo creo que es consecuencia de todos mis años de drogadicto, tengo un problema que no puedo terminar, no eyaculo, y eso me a traído muchos problemas con mi pareja .

Bueno tengo una pareja estable, pero lo que pasa ahora es que ahora a mí se me ha levantado la lujuria, y si es posible yo ahorita veo a una mujer y así bueno, solo con la mente ya le desnudo, entonces ya voy con eso a la casa, soy medio, bueno le trato grosero a ella, a veces le trato mal realmente, con ella tenemos sexo a todo dar, pero sigo con mi problema de no poder terminar.

ENTREVISTADOR. Que me puede decir usted sobre el termino masculinidad y como lo relaciona con usted.

GS5. Masculino, es el hombre, es el duro de la casa, es el que pone orden respeto, bueno yo he sido criado con un padre castigador, un hombre malo, el que golpea a la esposa, pero ya actualmente yo ya he cambiado de pensamiento, me preocupo de cómo me veo, de tratar de mantener satisfecha a mi mujer para que no busque a otro, me controlo de no faltarla el respeto.



Entrevista No 6.

ENTREVISTADOR. Buenas tardes, me podrías decir cuántos años tienes, cuanto tiempo llevas en la clínica y que droga consumes?

FA6. Hola tengo 40 años, llevo 3 meses internado por consumo de base de cocaína.

ENTREVISTADOR. Me podrías contar sobre tu consumo y que tipo de problemas te a traído el mismo?

FA6. Bueno le contare que como a los 25 años , probé por primera vez marihuana, no me gusto, paso el tiempo , unos seis meses luego me encontré con unos amigos del deporte y me invitaron una pitadita, realmente me gusto soy sincero me quito el cansancio de lo que había terminado de jugar, pasaron unas semanas y ya les buscaba a los mismo amigos que sabía que tenía la droga para que me inviten y así poco a poco me fue engancho y llegue a consumir ya en los últimos 3 años todos los días base de cocaína, comencé a presentar problemas en el trabajo, ya no rendía igual, pero los más graves fueron los problemas con mi esposa, llegaba tarde a casa, o ya por varias ocasiones ya no llegaba a casa , con él, pretexto de que me quedaba haciendo deporte y luego me tomaba unos tragos, ya no llegaba a casa, comencé a rehuir a mi esposa, deje de buscarle en la intimidad, ya no tenía deseos de estar con mi mujer ni con ninguna mujer, lo único que buscaba tiempo luego del trabajo era encerrarme en hostales para poder drogarme para que nadie me vea, mi hogar se destruyó , me separe de mi esposa, ella tenía celos , pensó que yo le traicionaba, porque cada vez que ella me buscaba para tener sexo en los dos últimos años yo la evitaba, o si lográbamos tener sexo yo tenía dificultad primero para que se “me pare” demoraba mucho y después casi no tenía eyaculación, y yo realmente sentí que perdí el deseo de estar con mi mujer, no me nacía buscarle.

ENTREVISTADOR. Que me puedes contar sobre la masculinidad y las drogas?

FA6. Pues nada, que las drogas en un principio como que te hacen sentir más fuerte, más realizado, más decidido, más seguro de ti mismo, o incluso yo le decía es mi arma que me ayuda a mi virilidad en un comienzo.

Pero luego todo eso se va al piso, te sientes destrozado, que no puedes continuar tu vida sin la cocaína, Ya no puedes rendir como Hombre ni con tu propia pareja, todo lo masculino se te va de las manos, te sientes lo peor que puede haber.

Y Masculinidad para mi es ser hombre, cumplir las funciones que te ha ido dando la sociedad como hombre, trabajar y cuidar de tus hijos, lo que yo no pude hacerlo.



Entrevista No 7.

ENTREVISTADOR: Buenos días, me puede decir cuántos años tiene, que tiempo este centro de rehabilitación y que tipo de sustancia consume?

AC7 .. Buenos días, tengo 29 años, llevo ya en la clínica 3 meses 15 días para ser más exacto, (sonriente), soy un adicto en recuperación, yo consumí de todo , cuatro por cuatro, de guambra empecé con el trago a los 12 años en una fiesta de mi familia, era el matrimonio de un tío, y a los 16 años ya chupaba más fuerte , con mis panas de colegio, ahí ya empecé a probar marihuana, cada mes o dos meses, pero no me gustaba como me quedaba después, era como tonto no sé qué , me queda lento, por eso no me gustaba mucho, yo les conté a mis amigos que yo ya buscaba vera algo como más fuerte, como otro nivel, entonces ahí me dijeron que me pegue el polvo , que con eso si me iba a poner pilas, y si pues ,, la primera vez que me pegue la coca me dio la blanca eso fue ya como a los 18 años , casi me muero, mis panas me dieron leche para que pasa, fue locote, yo no me acuerdo realmente, mis amigos dicen que he puesto blanco y me he desmayado,, yo para ser sincero no me acuerdo, volví en unos meses a consumir , tenía miedo , pero ya no me paso nada , entonces lo consumía cada seis meses , en las chupizas con los panas, me pegaba una pitadita cuando estaba hecho funda y me ponía de una pilas , y así llegaba a mi casa como si nada, y poco a poco ya me enganche más y más , me gustaba ya mas solo la cocaína, porque según yo me ponía pilas, hasta ahora que ya no pude controlar el consumo, se me salió de las manos el control de mi consumo, ya era diario , que le digo consumía todos los días , me desesperaba si no tenía el polvo en mi bolsillo , para llegar a casar y pegarme la fumada, pero yo creo que estos cinco últimos años es cuando realmente me perdí, y todo salió fuera de control.

ENTREVISTADOR: me puede contar en su vida de consume, como siente usted que le afecto el consumo de cocaína, o tal vez siente que en algún momento le ayudo?

AC7. En todo sentido me acabo la droga, perdí mi familia, perdí amigos, perdí mis estudios, mi familia ya no confía en mí , me fume toda la plata de lo que trabajaba, empecé a robar a mis padres a mis abuelos, vendía las cosas de casa, para poder tener dinero y comprar la maldita droga (melancólico) andaba en la calle , buscando nuevas amistades que consumían para que me vendan o me regalen la droga, pero en la calle señorita las cosas son difíciles , yo daba mi celular, mis zapatos, joyas de mi madre , TV, a cambio de una funda de polvo, ya no me importaba nada.

Que yo crea que en algún momento me allá ayudado la drogas En un principio con las peladas, le cuento que yo era como le digo..... (callado) era tímido , como que no podía enganchar a una pelada, pero en una fiesta, yo me pegaba una pitadita , y me convertía, como que me sentía otro, sabe, me daba como más seguridad para acercarme a ellas sin miedo, y ahí si de una enganchaba, y tenía full peladas, pero eran solo para la noche, nos íbamos a un motel o ahí en el mismo carro teníamos sexo, y listo al otro día ya no me acuerdo que paso, ni quien era la man, eso era en un principio que le diré cuando tenía unos 18 años hasta los 24 años que tenía ese ritmo de vida, ya después cambio lo único que yo buscaba era drogarme, me acuerdo clarito con una pelada nos fuimos después de la disco a un hotel, todo vacan , yo estaba prendidísimo, llegamos ya pues todo bien , ella me sedujo hizo todo y de todo y mi pana nada que reaccionaba, no se me paraba, me fui al baño y me pegue una dosis para ver si me ponía pilas, regrese, pero quede mal no logre tener una erección y la pelada decepcionada, se cabrió y se fue,, eso fue algo muy penoso, vergonzoso,, les conté a mis panas lo que me paso, mis panas se me burlaron , me dijeron que soy hasta un



marica, me que como con ese sin sabor, con esa incertidumbre, por lo que volví a buscar a la pelada y no estaba ya con drogas estaba limpio cuando fui a buscarle, y tuvimos otro encuentro y todo bien , ahí si mi pana se portó bien jiiijijij tuve una buena erección.

Me dedique a consumir, tenía ese miedo de lo que me paso esa vez,, lo que mejor hacia es alejarme de las mujeres, y poco a poco como que fui perdió el deseo de estar con una mujer , tenía ahí una novia , yo siempre tenía pretextos para evitarle, ya cuando ella me buscaba para tener sexo, porque yo sentía que no tenía ese deseo de estar con ella, le cuanto que demoraba mucho para lograr tener una erección , y peor para lograr terminar, realmente era hasta un poco doloroso ya de tanta fricción tanto como para mí y hasta para ella no se diga , pero yo intentaba terminar sin importar nada , porque no podía dejarle a ella así , imagínese que iba a decir de mí, que por poco no soy hombre, o que tengo algún problema.

Imagínese hasta qué punto me llevo la droga, me acabo en todo sentido, y si yo creo que afecta mucho en todo sentido el consumo de cualquier droga, pero es peor el polvo, mis panas decían igual que cuando estas drogado mejor ni busque estar con una hembra, porque el pana no te va a funcionar, ya con experiencia te decimos, y hasta que llegue a vivir en carne propia, espero recuperarme estando aquí en la clínica, y no continuar con esa vida.

ENTREVISTADOR: me puede decir que opina usted sobre que es Masculinidad para usted, su relación con la droga?

Masculinidad, bueno yo me siento masculino, ósea hombre, en algún momento la droga si me ayudo según yo a sentirme como más Macho, más deseado, más guapo podría decir jijijijiji.

Como le conté, si no estaba con la droga como que no podía entrarle a una pelada, como que con la droga se me soltaba la lengua y me daba seguridad, claro al inicio, porque luego todo es hasta que está enganchado con la droga, y luego todo se transforma.

Vengo de un hogar muy machista podría decir, donde lo que decía papa se cumpla y punto y nadie lo podía contradecir, nos pegaba mucho de niños, a mi madre muchas veces vi como la agredía le daba unas palizas (Triste) y yo no podía hacer nada, pero eso ya cambio , ya todos nos hicimos hombres en casa y podíamos defender a nuestra madre... Para muchos yo creo que eso es ser Masculino , el que golpea, el jefe de la casa, el hombre de la casa...



Entrevista No 8.

ENTREVISTADOR: buenas tarde me podría ayudar con su edad, cuánto tiempo lleva en la en este centro de rehabilitación, y que tipo de sustancia consume?

PG8. Buenas tardes, soy ingeniero civil, tengo 42 años, me gustaba consumir base de cocaína, llevo ya internado 4 meses.

ENTREVISTADOR: me puede contar como fue su consumo, como esto afecto su vida en todos los ámbitos, social, laboral, familiar.

PG8. Yo pedí de forma voluntaria a mi esposa que me traiga a internar, porque realmente ya no podía más con mi vida y el consumo de la cocaína, sentí que estaba perdiendo primero a mi esposa, a mis hijos , y mi trabajo que estoy ya con visto bueno,, imagínese (decepción).

Antes de casarme yo solo tomaba unos tragos con los panas, en la universidad, pero nada más, me case a los 26 años, luego de graduarme, todo bien en mi hogar, amo mucho a mi esposa, dando gracias a Dios, me salió un trabajo en el Municipio, comencé a trabajar, todo iba bien, como era inspector de las obras , ya comencé todos los fines de semana a consumir alcohol , llegaba a la casa tomado , a altas horas de la noche, y así apareció un pana que me hizo probar en una borrachera , la cocaína, con el pretexto de que si me fumaba me pasaba los efectos del alcohol, y que llegaba a la casa como si nada, y sabe que sí , me ponía súper pilas y llegaba a la casa como si nada y le decía a mi esposa que solo me tome una cerveza, y pasaba , paso así el tiempo y se me fue haciendo costumbre , ya buscaba siempre la cocaína, no sé cuándo pero ya luego era solo cocaína mi consumo, ya no me reglaban, yo ya buscaba quien me venda , tenía mis paquetes en mis bolsillos, llegaba altas horas a casa, inventando pretextos que tenía que inspeccionar obras fuera de la ciudad, y siempre tenía un pretexto, mi esposa comenzó a celarme, tenía ya cada vez más problemas, me torne una persona violenta, le gritaba a mi esposa, una vez llegue a agredirle (triste) me duele mucho eso , no me importaba mis pequeños que tengo, ellos lloraban , se asustaban, me aleje de mi esposa sabe ya no le buscaba , perdí el deseo de estar con ella , no la buscaba , mi esposa ya cuando estábamos en casa , ya en el cuarto todo bien , todo tranquilo me seducía, pero yo le decía que déjame dormir , no vez que estoy cansado , que tengo que levantarme temprano a trabajar, y la ignoraba, pero era realmente no porque le estaba engañando a mi esposa, simplemente no tenía deseo, y cuando mi mujer me seducía ya no era lo mismo , o sea como le explicó,,, ,, me da hasta vergüenza decirlo... bueno en confianza cuando mi esposa me seducía yo no tenía erección , no era como cuando recién nos casamos, ella ni bien me tocaba yo ya estaba listo,,, pero ya con tanta droga que me metía yo creo que me afecto y no podía tener erecciones, entonces me tenía siempre que inventar alguna excusa..

ENTREVISTADOR: me puede decir que es para usted masculinidad, si tiene alguna relación con su vida de consumo. ?

PG8. Para mi masculinidad no tiene nada que ver con la droga, es más, esa maldita droga que hay en la sociedad , termina destruyendo al hombre, porque , le hace perder su esencia , un hombre drogado , deja de ser no se hombre, imagínese, se descuida mucho de su imagen , no se puede rendir como hombre con su pareja.. Entonces realmente no creo que la cocaína ayude en algún momento a ser más hombre, más fuerte, más sexi,,, para nada.... Eso nos acaba,,,,,