



International Journal of Clinical and
Health Psychology

ISSN: 1697-2600

jcsierra@ugr.es

Asociación Española de Psicología
Conductual
España

del Río, Francisco Javier; Cabello, Francisco; Fernández, Inmaculada
Influence of substance use on the erectile response in a sample of drug users
International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 15, núm. 1, enero-abril, 2015, pp. 37-43
Asociación Española de Psicología Conductual
Granada, España

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33732958005>

- How to cite
- Complete issue
- More information about this article
- Journal's homepage in redalyc.org

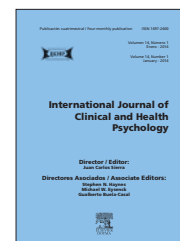
redalyc.org

Scientific Information System
Network of Scientific Journals from Latin America, the Caribbean, Spain and Portugal
Non-profit academic project, developed under the open access initiative



International Journal of Clinical and Health Psychology

www.elsevier.es/ijchp



ARTÍCULO ORIGINAL

Influence of substance use on the erectile response in a sample of drug users

Francisco Javier del Río^{a,*}, Francisco Cabello^a, Inmaculada Fernández^b

^a *Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, España*

^b *Universidad de Almería, España*

Recibido 9 Julio, 2014; aceptado 21 Octubre, 2014

PALABRAS CLAVE

Disfunción eréctil;
drogas; ansiedad;
actitudes sexuales;
estudio ex post facto.

KEYWORDS

Erectile dysfunction;
Substance abuse;
Anxiety; Sexual
attitude; Ex post
facto study

Influencia del uso de sustancias en la respuesta eréctil en una muestra de consumidores de drogas

Resumen La disfunción eréctil en el hombre puede deberse a múltiples causas, entre ellas la ansiedad y el consumo de sustancias adictivas. El objetivo del presente estudio fue conocer cómo afecta el consumo continuado de sustancias adictivas a la respuesta eréctil, teniendo en cuenta además del tipo de sustancias consumidas, otras variables que pueden influir en la respuesta sexual, como el tiempo de abstinencia, la ansiedad y la actitud sexual. La muestra constaba de dos grupos, uno de hombres ($n = 925$) con un historial de consumo de sustancias y otro ($n = 82$) sin historial de consumo de sustancias adictivas. Ambas muestras fueron seleccionadas, mediante muestreo por conglomerados, en 27 provincias españolas. Se utilizaron los cuestionarios GRISS, STAI y SOS. Los hombres con historial de consumo obtuvieron un mayor porcentaje de disfuncionalidad en la escala de disfunción eréctil del GRISS que aquellos que no tenían una historia de consumo (36,69% vs. 15,85%), además mostraron puntuaciones mayores en ansiedad estado (19,83 vs. 11,89) y ansiedad rasgo (25,66 vs. 2,39) y menores en erotofilia (86,85 vs. 97,29), siendo la diferencia estadísticamente significativa. Asimismo, se descarta que el tiempo de abstinencia ayude a mejorar la respuesta eréctil de los hombres exconsumidores de drogas.

© 2014 Asociación Española de Psicología Conductual. Publicado por Elsevier España, S.L.

Todos los derechos reservados.

Abstract Erectile dysfunction in men may be due to multiple causes, including anxiety and substance abuse. The main objective of this study is to know how it affects the continued use of addictive substances in the erectile response, taking into account not only the type of substances consumed, but also other variables that may influence on sexual response, such as the time of withdrawal, anxiety and sexual attitude. Two samples were used, one for males ($n = 925$) who had a history of substance use and another one for males ($n = 82$) with no history of substance abuse. Both populations were selected by a cluster sampling of 27 Spanish provinces. The GRISS,

*Correspondencia con el autor: Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, C/ Alameda Principal, 21, 2º, 29001 Málaga, España
Dirección correo electrónico: iasp@iasexologia.com (F. J. del Río)

SOS and STAI questionnaires were used. The results indicate that men with a history of consumption obtained a higher percentage of dysfunction in the erectile dysfunction questionnaire GRISS scale than those who have a history of consumption (36.69% vs. 15.85%) who also have higher scores on state anxiety (19.83 vs. 11.89) and trait anxiety (25.66 vs. 12.39) and lowest in erotophilia (86.85 vs. 97.29) was statistically significant difference. It is also proved that the time of withdrawal does not help ex drug users improve their erectile response.

© 2014 Asociación Española de Psicología Conductual. Published by Elsevier España, S.L.

All rights reserved.

La disfunción eréctil (DE) es la incapacidad para conseguir o mantener una erección con la suficiente rigidez como para llevar a cabo relaciones sexuales satisfactorias (National Institute of Health Consensus Development Panel on Impotence, NIHCDPI, 1993). La CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS, 1992) la define como dificultad para alcanzar o mantener una erección adecuada para una penetración satisfactoria, incluyendo la impotencia psicógena y trastornos de la erección. En el DSM-5 (American Psychiatric Association, APA, 2013) se define como el fallo parcial o completo, recurrente o persistente, en la obtención o mantenimiento de la erección hasta el final de la actividad sexual.

Hace años se consideraba a la DE como un problema de origen psicológico en un 75-95% de los casos (Abraham y Porto, 1979). Sin embargo, la aparición de nuevos métodos diagnósticos fue revelando causas de tipo orgánico en gran parte de ellos. Por esa razón, se clasificó etiológicamente la DE en orgánica, psicógena o mixta. Así, algunos autores establecen que la DE de origen psicógeno supone un 10% del total (Stief, Bahren, Scherb y Gall, 1989). Hanash (1997) encontró que entre el 20-30% de las disfunciones eréctiles eran psicógenas puras y las mixtas podrían llegar al 66%, mientras otros autores informan de unos porcentajes del 37% para orgánicas, 33% mixtas y 30% psicógenas puras (Farré y Lasheras, 1998). En cualquier caso es preciso tener presente que en toda DE hay un componente psicológico, independientemente de que exista una posible causa orgánica originaria.

Desde un punto de vista clínico, lo más relevante es determinar los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de la disfunción, y en cualquiera de los tres grupos, la ansiedad y las actitudes sexuales juegan un papel fundamental. Un importante agente etiológico, no demasiado estudiado, que provoca DE es el consumo de sustancias. Aunque en algunos estudios se ha señalado que el consumo de sustancias puede mejorar el rendimiento sexual de forma efímera a corto plazo (Degenhardt y Topp, 2003), a largo plazo tiene consecuencias devastadoras sobre la respuesta sexual (Johnson, Phelps y Cottler, 2004). Así, las personas que han consumido sustancias adictivas tienen en promedio un mayor número de disfunciones sexuales que las personas que no las han consumido (Blanco, Pérez y Batista, 2011; Duany, 2013; Groves, Sarkar, Nebhinani, Mattoo y Basu, 2014; Grover, Shah, Dutt y Avasthi, 2012; Hernández, 2012; Lévy y Garnier, 2006; McKay, 2005; Smith, 2007), siendo la DE una de ellas (Cabello, 2010; Cabello, Díaz y Del Río, 2013; Díaz, Del Río y Cabello, 2013; Fora, 2013; Jiann, 2009; Labairu, Padilla, Arrondo y Lorenzo, 2013; Segraves y Balon, 2014; Vallejo-Medina, Guillén-Riquelme y Sierra, 2009).

El objetivo principal del presente estudio es conocer cómo afecta el consumo de sustancias a la respuesta eréctil en hombres con un historial de consumo de sustancias adictivas previo, teniendo en cuenta, además de las sustancias de consumo, otras variables que pueden influir en la respuesta sexual, como son la ansiedad y las actitudes frente a la sexualidad, para lo cual se formulan las siguientes hipótesis: 1) los hombres que han consumido sustancias adictivas presentarán más disfunción eréctil que los que no las han consumido; 2) a mayor tiempo de abstinencia mejor respuesta eréctil; 3) los hombres que han sido consumidores de sustancias adictivas presentarán actitudes más erotofóbicas de media que los hombres que no han sido consumidores; 4) los hombres que han sido consumidores de sustancias adictivas presentarán mayor ansiedad que los hombres que no han sido consumidores; 5) el tipo de sustancia de consumo habitual (estimulante, depresora o psicodélica) influirá de forma diferente en la respuesta eréctil; y 6) los hombres de mayor edad presentarán más dificultades en la respuesta eréctil.

Método

Participantes

Se utilizaron dos muestras, una formada por varones con un historial de consumo de sustancias adictivas ($n = 925$) y otra de hombres sin historial de consumo de sustancias adictivas ($n = 82$). Ambas muestras fueron seleccionadas, mediante muestreo por conglomerados, en 27 provincias españolas. Los consumidores mostraron un rango de edad de entre 18 y 61 años ($M = 34,56$; $DT = 7,67$), 454 (49,08%) tenían pareja, con una media de 8,41 años de convivencia, y 471 (50,92%) no la tienen. Los no consumidores presentaban un rango de edad de entre 19 y 61 años ($M = 36,30$; $DT = 8,30$), 69 (84,15%) tenían pareja, con una media de 10,90 años de convivencia y 13 (15,85%) no la tenían.

Para su inclusión en el estudio, los participantes debían ser mayores de edad, tener o haber tenido pareja sexual por tiempo superior a seis meses y aceptar voluntariamente participar en el estudio. Se excluyeron del mismo las personas que presentaron cualquier patología psíquica catalogada en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, APA, 2002), a excepción de la adicción a sustancias, déficit del control de impulsos y disfunciones sexuales, y también a las personas que estaban tomando alguna medicación.

Entre los datos sociodemográficos en el grupo de consumidores se les solicitó que indicasen el tipo de sustancia que consumían habitualmente antes de la desintoxicación.

Tabla 1 Tipo de sustancia consumida por los varones del grupo de consumidores.

Sustancia consumida	n	%	Edad (DT)	Meses de abstinencia (DT)
Cocaína	471	50,92	32,78 (6,77)	8,37 (6,80)
Alcohol	116	12,54	40,66 (8,69)	8,43 (7,84)
Heroína	46	4,97	37,37 (7,16)	8,35 (9,09)
Cannabis	22	2,38	28,77 (6,73)	6,23 (5,80)
Fármacos estimulantes	16	1,73	31,94 (6,49)	8,81 (5,56)
Fármacos depresores	4	0,43	32,50 (10,41)	7,50 (9,82)
Cocaína y alcohol	103	11,14	34,97 (7,43)	10,24 (7,48)
Cocaína y heroína	80	8,65	36,15 (6,89)	8,70 (8,22)
Tres o más sustancias	67	7,24	34,63 (7,03)	9,30 (9,15)
Total	925	100	34,56 (7,67)	8,64 (7,43)

Los datos se presentan en la Tabla 1.

Instrumentos

Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS; Rust y Golombok, 1986). La versión validada al español por Aluja y Farré (citada por Blázquez et al., 2008) permite evaluar la función sexual de parejas heterosexuales que mantienen una sexualidad activa. Tiene una versión para hombres y otra para mujeres, cada una de ellas con 28 ítems, que se contestan en una escala tipo Likert de 5 puntos (desde *Nunca* hasta *Siempre*). Presenta nueve escalas diferentes: *Infrecuencia*, *No comunicación*, *Insatisfacción*, *No sensualidad*, *Evitación*, *Impotencia (Disfunción eréctil)*, *Eyacuación precoz*, *Anorgasmia* y *Vaginismo*. En este estudio se analizaron únicamente los datos de la escala *Disfunción eréctil*. Se calculó el alfa de Cronbach del cuestionario para cada uno de los dos grupos, dando como resultado una puntuación de 0,73 para el grupo de consumidores y de 0,74 para el de no consumidores.

Sexual Opinion Survey (SOS; Fisher, Byrne, White y Kelley, 1988) para valorar la erotofobia-erotofilia, definido por Fisher et al. (1988) como la disposición aprendida a responder ante estímulos sexuales a lo largo de un continuo que se extiende desde un polo negativo (erotofobia) hasta otro polo positivo (erotofilia). De esta forma, las personas que puntúan alto en erotofobia tenderán a presentar actitudes más negativas ante estímulos sexuales, y las que puntúan alto en erotofilia mostrarán actitudes más positivas a estímulos sexuales. Se empleó la validación española de Carpintero y Fuertes (1994) formada por 21 ítems que se contestan en una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta (1 = *totalmente de acuerdo*; 7 = *totalmente en desacuerdo*). Sus autores informaron de un alfa de Cronbach de 0,86. En este estudio se obtuvo un coeficiente de 0,75 en el grupo de consumidores y de 0,87 en el control.

Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982) diseñado para medir la ansiedad. Tiene dos escalas de autoevaluación para medir dos conceptos independientes de la ansiedad: estado y rasgo. Ambas escalas tienen 20 ítems puntuados en una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos. La adaptación española presenta una buena consistencia interna, entre

0,90 y 0,93 para ansiedad/estado y entre 0,84 y 0,87 para ansiedad/rasgo. En este estudio se obtuvo en la escala de ansiedad un valor de 0,89 en el grupo de consumidores y 0,90 en el de no consumidores, y en la escala ansiedad rasgo, 0,88 en consumidores y 0,84 en no consumidores.

Procedimiento

Se realizó un muestreo por conglomerados no probabilístico, consistiendo en seleccionar centros de tratamiento para drogodependientes distribuidos en todo el territorio nacional y solicitarles participar en el estudio. Para que la muestra fuera lo suficientemente amplia se seleccionaron provincias de todas las comunidades autónomas (al menos una provincia de cada una de ellas). Los participantes se dividieron en dos grupos: grupo de consumidores, al que pertenecerían las personas que se encuentran realizando el tratamiento por drogodependencias, y grupo de no consumidores, al que pertenecerían las personas de ese mismo conglomerado, que eran trabajadores o trabajadoras de los centros de tratamiento. Una vez contestados los cuestionarios, los diferentes centros de tratamiento los reenviaron a los autores del estudio para su corrección y posterior análisis estadístico.

Resultados

En la Tabla 2 se presentan los datos descriptivos de las dos muestras. Se observa que el grupo de consumidores obtiene puntuaciones mayores en la escala *Disfunción eréctil* del GRISS, siendo dicha puntuación indicadora de mayor gravedad. Cuando se transforma la puntuación directa, utilizando los criterios de los autores del cuestionario (Rust y Golombok, 1986), se observa que el porcentaje de participantes disfuncionales es mayor en el grupo de los varones consumidores de sustancias. Asimismo, es mayor también la puntuación obtenida en ansiedad, tanto ansiedad estado como ansiedad rasgo, y es menor la puntuación obtenida en el SOS, lo que indica que los hombres consumidores de sustancias son más erotofóbicos que los no consumidores.

El tiempo medio de abstinencia en los consumidores fue

Tabla 2 Descriptivos y contraste de las diferencias entre grupos.

	Grupo de consumidores (n=925)			Grupo no consumidores (n=82)			<i>p</i> ^a
	<i>M</i>	<i>DT</i>	D (%)	<i>M</i>	<i>DT</i>	D (%)	
GRISS							
DE	2,86	2,36	339 (36,69)	1,98	1,38	13 (15,85)	0,005 [*]
STAI							
Estado	19,83	10,45		11,89	7,64		0,000 [*]
Rasgo	25,66	10,14		12,39	6,15		0,000 [*]
SOS	86,85	17,61		97,29	17,90		0,000 [*]

Nota: DE = Disfunción eréctil; D = personas que han obtenido una puntuación disfuncional en el GRISS; ^aTest de Mann Whitney; ^{*}*p* < 0,01.

de 8,66 meses, con una desviación típica de 8,25. El tiempo mínimo fue 1 mes y el máximo 2 años. La moda fue de 1 mes. Para comprobar si el tiempo de abstinencia se relaciona con la presencia de DE se agrupó a los consumidores en tres grupos dependiendo del tiempo de abstinencia que presentaban en el momento de la evaluación: de 1 a 4 meses, de 5 a 12 meses, y más de 12 meses sin consumir. La puntuación media en la escala DE fue disminuyendo a medida que aumentaba el tiempo de abstinencia. Para verificar si existían diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en función del tiempo de abstinencia se realizó la prueba de Kruskal-Wallis. El resultado indica que las diferencias no son estadísticamente significativas ($\chi^2_{(2)} = 2,30$; *p* = 0,316). Además, se realizó un análisis de correlación biviariada, analizándose la relación existente entre la variable tiempo de abstinencia y la escala DE. Debido a que los datos no cumplían con los requisitos necesarios para la utilización de pruebas paramétricas, se llevó a cabo la correlación Rho de Spearman. Los resultados indican que no existe correlación significativa entre el tiempo de abstinencia y la puntuación en la escala DE (Rho = -0,04; *p* = 0,155).

Para analizar la relación existente entre DE y el tipo de sustancia adictiva consumida se verificó mediante la prueba de Kruskal-Wallis si existían diferencias estadísticamente significativas entre las distintas sustancias. El resultado señaló que no existían diferencias significativas (*p* = 0,095) entre las distintas drogas tomadas por separado. Por esta razón se decidió agrupar a las personas según el tipo de sustancia. Se dividió a los consumidores según los efectos de las sustancias en el sistema nervioso central: estimulantes, depresoras o psicodélicas. Se realizó la clasificación de la siguiente forma, las personas que habían consumido

cocaína o psicofármacos estimulantes, se incluyeron dentro del grupo de sustancias estimulantes las personas que habían consumido heroína, alcohol o psicofármacos depresores se incluyeron en el grupo de sustancias depresoras y, finalmente, quienes habían consumido cannabis, se incluyeron en el grupo de sustancias psicodélicas, dejando fuera de este análisis a los que habían sido consumidores de alguna mezcla de sustancias que no pudiera ser incluida en estos tres grupos (cocaína y alcohol, cocaína y heroína, 3 o más sustancias) y a los no consumidores. Las puntuaciones medias en la escala de disfunción eréctil en función de la sustancia consumida fueron las siguientes: estimulantes (*M* = 2,73; *DT* = 2,39), depresoras (*M* = 3,25; *DT* = 2,41) y psicodélicas (*M* = 3,27; *DT* = 2,31). Según los resultados de la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, las diferencias son estadísticamente significativas ($\chi^2_{(2)} = 7,85$; *p* = 0,020). La prueba de Dunn mostró que las diferencias estadísticamente significativas se encuentran entre las sustancias estimulantes y las sustancias depresoras, indicando que las personas que han consumido sustancias depresoras tienen más probabilidades de padecer DE que las personas que han consumido sustancias estimulantes.

Para comprobar si la edad influye negativamente en la respuesta eréctil, se analizó la relación entre edad y la respuesta a la escala de disfunción eréctil mediante la prueba Rho de Spearman, obteniéndose un resultado significativo, tanto tomando todos los datos en conjunto (Rho = 0,14; *p* = 0,000), cómo utilizando sólo los datos del grupo de consumidores (Rho = .15; *p* = 0,000). Cuando se comparan los dos grupos teniendo en cuenta la variable edad, se observa que las diferencias se encuentran entre las edades 30-39 y 40-49 años.

Tabla 3 Contraste de la puntuación en la escala Disfunción eréctil entre grupo de consumidores y no consumidores, teniendo en cuenta la variable edad.

Edad	Grupo consumidores		Grupo no consumidores		<i>p</i> ^a
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	
18-29 años	2,47	2,22	2,11	1,24	0,832
30-39 años	2,82	2,38	1,79	1,39	0,027 [*]
40-49 años	3,27	2,37	1,72	1,14	0,001 [*]
50-61 años	4,36	2,63	4,50	1	0,501

Nota: ^aTest de Mann Whitney; ^{*}*p* < 0,01.

Discusión/conclusiones

El interés principal de este estudio fue analizar las dificultades en la respuesta eréctil que pueden presentar los hombres que han sido consumidores habituales de sustancias adictivas. A la vista de los resultados obtenidos, se puede concluir que las personas que han tenido experiencias de consumo tienen más dificultades de erección que las personas no consumidoras. Diversos estudios coinciden con los resultados obtenidos. Vallejo-Medina et al. (2009) informaron que las puntuaciones obtenidas por las personas con historia de abuso de sustancias en la escala de erección eran menores que las de la población no consumidora. Jiann (2009), en un estudio realizado con 701 hombres en centros de tratamiento de drogodependencias en Taiwán, señaló que un 36.4% presenta DE, siendo severa en un 10,4% de la muestra, concluyendo que tanto el tabaco como el alcohol y las drogas ilegales tienen efectos perjudiciales sobre la función eréctil. Por tanto, los resultados obtenidos en el presente trabajo están en consonancia con los escasos estudios sobre DE en consumidores de drogas.

En cuanto a la abstinencia, si el consumo de sustancias puede provocar DE en los hombres, el cese del consumo debería hacer que dicha disfunción desapareciera y la respuesta sexual mejorase con el paso del tiempo. Sin embargo, los resultados obtenidos indican que la abstinencia no mejora la respuesta eréctil en hombres que han sido consumidores de sustancias adictivas. En la literatura científica se encuentran resultados similares, indicando que la respuesta sexual no mejora con el cese del consumo de sustancias (Del Río, Fernández y Cabello, 2013). Vallejo-Medina y Sierra (2013) encontraron que los consumidores de sustancias adictivas no mejoraban en el área sexual de forma significativa después de un año de abstinencia. Resultados similares obtuvo Jiann (2008), quien afirma que los daños neurológicos causados por las sustancias adictivas son de larga duración. Este es un aspecto muy importante a tener en cuenta a nivel terapéutico con las personas consumidoras de sustancias adictivas, ya que en contra del sentido común, la abstinencia no mejora la respuesta sexual. Por tanto, se hace necesario un trabajo específico y en profundidad sobre las disfunciones sexuales en los centros de tratamiento de drogodependencias que incluya evaluarlas y poner a su alcance las estrategias terapéuticas que puedan paliar estos efectos. Actualmente en la mayoría de estos centros se realiza una escasa intervención sexológica, bien por la poca formación a este respecto de las personas que trabajan en dichos centros, bien por el escaso tiempo que se les puede dedicar a cuestiones que se encuentran fuera del propio consumo de sustancias, bien por las propias resistencias de las personas en tratamiento a hablar de estos temas. Aunque con el paso del tiempo la sustancia deja de estar presente en el organismo, el comportamiento aprendido durante años de consumo sigue manteniéndose, probablemente siendo esta la razón que justifique que no mejore la respuesta sexual con la abstinencia.

Respecto a la dimensión erotofilia-erotofobia, las personas que han tenido un historial de consumo obtienen puntuaciones medias inferiores en el SOS, por tanto son más erotofóbicas. Investigaciones previas señalan que las acti-

tudes sexuales presentan una relación positiva con la satisfacción sexual (Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias y Sierra, 2014). Parece lógico pensar que los hombres con una puntuación media mayor en la escala DE tengan mayores resistencias a tener encuentros sexuales con potenciales parejas, por el temor y la angustia que les puede causar el fracaso en dicho encuentro. Es de suponer también que las personas que se sientan más seguras en sus relaciones (por sufrir menos DE) pueden tener la tendencia a buscar de forma más activa y a estar más abiertos a nuevas experiencias (más erotofílicas, por tanto) que las personas que se sientan más inseguras. Resultados similares se encuentran cuando se analiza la erotofobia entre mujeres con historial de consumo y mujeres sin historial de consumo (Del Río, Cabello, Cabello y López, 2012), además de en personas sin historial de consumo de sustancias (Sierra et al., 2014).

En cuanto a la ansiedad, los hombres que han sido consumidores de sustancias adictivas presentan mayor ansiedad de media que los hombres que no han sido consumidores. Es conocida la relación entre consumo de sustancias y ansiedad (Cardoso-Moreno y Tomás-Aragón, 2013; Charriau et al., 2013; Córdova y García, 2011). Tanto en ansiedad estado como en ansiedad rasgo, los varones consumidores puntúan más que los no consumidores, siendo dicha diferencia estadísticamente significativa. La ansiedad es un factor importante en el desarrollo de diferentes disfunciones sexuales, como señala la literatura al respecto (Cabello, 2010; Heiman y LoPiccolo, 2006; Lykins, Janssen, Newhouse, Heiman y Rafaeli, 2012; Mosack et al., 2011), incluyendo la disfunción eréctil.

Los resultados también muestran que el tipo de sustancia consumida (estimulante, depresora o psicodélica) influye de forma diferente en la respuesta eréctil. Así, los hombres que han consumido sustancias depresoras presentan una puntuación media mayor que los hombres que han consumido sustancias estimulantes, siendo dicha diferencia estadísticamente significativa. En la actualidad, existen pocos estudios en los que se comparen los efectos en la función sexual dependiendo del tipo de sustancia consumida, siendo destacable el estudio de Jiann (2008), en el que se analiza la influencia de diferentes sustancias en la DE. Este autor concluye que las diferentes sustancias influyen en la función eréctil del hombre, aunque no señala si existe una sustancia que influya más que otra, ya que, según indica, hay que ser cautos a la hora de interpretar los resultados, ya que éstos se ven afectados por diferentes factores (psicológicos, fisiológicos, ambientales y culturales), no sólo por la sustancia de consumo. A los diferentes factores que señala Jiann (2008) habría que añadir los posibles efectos de las sustancias que se utilizan para adulterar las drogas de abuso, por lo que se concluye la necesidad de tomar estos datos con cautela.

Por último, se comprueba que la variable edad influye en la respuesta eréctil. El resultado de esta hipótesis no es extraño, ya que son muchos los estudios que analizan la edad y las disfunciones sexuales y que señalan una correlación directa entre ambas variables, es decir, a mayor edad, mayor prevalencia de disfunciones sexuales (Bechara, Romano y De Bonis, 2013; Sierra et al., 2014). Entre las razones que se argumentan se encuentran la mayor prevalencia de otras patologías (hipertensión, diabetes, trastornos vasculares, trastornos osteoarticulares, etc.), disminu-

ción del deseo, déficit de vitamina B, afectación del endotelio vascular y disminución de testosterona. Además, si se parte de la base de que el consumo de sustancias afecta a la respuesta sexual, un mayor tiempo de consumo (a mayor edad puede tener una mayor historia de consumo) debería provocar una mayor afectación en la respuesta sexual que un periodo corto de consumo. Aunque en la presente investigación no se puede descartar esta hipótesis, puesto que no se cuenta con el dato de tiempo de consumo para desentrañar cuál de las dos variables tiene una mayor influencia.

Es necesario señalar algunas de las limitaciones del estudio, como el hecho de que la recogida de información se haya realizado por diferentes personas. La recogida de información se realizó por profesionales en los diferentes centros de tratamiento, y a pesar de que previamente se les habían dado instrucciones precisas de cómo recoger la información, es una variable que podría influir en los resultados. Otra limitación tiene que ver con la sustancia que han consumido las personas en tratamiento por abuso de drogas. La información que aportan quienes acuden a tratamiento por drogodependencias no está exenta de sesgo, principalmente por dos razones. La primera es el hecho de que la persona informa sobre aquella sustancia que piensa que es la fuente principal del problema (por ejemplo, cocaína), sin informar, de forma intencionada o por no darle importancia, al consumo de otras sustancias (alcohol, cannabis) que también pueden influir en su comportamiento sexual; en segundo lugar, hay que tener en cuenta que las sustancias consumidas normalmente suelen estar adulteradas con otros principios activos de los que el propio consumidor no tiene información, y que también pueden influir en su comportamiento o tener efectos a largo plazo, pero que no se pueden conocer debido a que se trata de consumo de sustancias ilegales. Por tanto, se debe tener presente que los resultados están sujetos exclusivamente a la información que la persona consumidora proporciona de su historia de consumo, con la imprecisión que ello puede suponer. Finalmente, se debería considerar también como una limitación el hecho de que los hombres no consumidores tenían pareja en un porcentaje mayor que los hombres consumidores, ya que podría afectar de forma diferencial en las respuestas aportadas, siendo un factor de protección frente a diferentes patologías (Ross y Mirowsky, 2013; Zheng y Thomas, 2013).

Agradecimientos

Los autores agradecen a los siguientes centros de tratamiento su participación en la presente investigación: Centro de Solidaridad de Zaragoza Proyecto Hombre, Centro Español de Solidaridad de Córdoba Proyecto Hombre, Centro Español de Solidaridad Proyecto Hombre Madrid, Comunidad Terapéutico O Confurco ASFEDRO, FGSVA Proyecto Hombre Granada, Fundación Alcandara Proyecto Hombre Salamanca, Fundación Aldaba Proyecto Hombre Valladolid, Fundación Ángaro Proyecto Hombre Jaén, Fundación Arzobispo Miguel Roca Proyecto Hombre Valencia, Fundación CALS Proyecto Hombre Bierzo-León, Fundación Canaria CESICA Proyecto Hombre, Fundación Candeal Proyecto Hombre Burgos, Fundación Centro de Solidaridad de La Rio-

ja Proyecto Hombre La Rioja, Fundación CESPA Proyecto Hombre Asturias, Fundación Jeiki, Fundación Proyecto Hombre Navarra, Fundación Solidaridad y Reinserción Proyecto Hombre Murcia, Projecte Home Balears, Proyecto Hombre Almería, Proyecto Hombre Cantabria, Proyecto Hombre Castilla La Mancha, Proyecto Hombre Cataluña, Proyecto Hombre Extremadura, Proyecto Hombre Huelva, Proyecto Hombre Málaga CESMA, Proyecto Hombre Provincia de Cádiz y Proyecto Hombre Sevilla.

Referencias

- Abraham, G. y Porto, R. (1979). *Terapias Sexológicas*. Madrid: Pirámide.
- American Psychiatric Association, APA (2002). *DSM-IV-TR. Breviario. Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association, APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: APA.
- Bechara, A., Romano, S. y De Bonis, W. (2013). Síntomas del tracto urinario inferior y disfunción eréctil en la consulta urológica en Argentina. *Archivos Españoles de Urología*, 66, 917-924.
- Blanco, E., Pérez, N. y Bastista, A. (2011). Alcohol contra sexualidad. Aspectos biológicos y psicosociales en el consumo agudo, a largo plazo y prenatal. *Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 8. Recuperado de <http://www.revistahph.sld.cu/hph0111/hph10111.html>, el 16 de julio de 2014.
- Blázquez, A., Ruiz, E., Vázquez, A., Fernández de Sevilla, T., García-Quintana, A., García-Quintana, J. y Alegre, J. (2008). Sexual dysfunction as related to severity of fatigue in women with CFS. *Journal of Sex y Marital Therapy*, 34, 240-247. doi: 10.1080/00926230701866232.
- Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid: Síntesis.
- Cabello, F., Díaz, M. y Del Río, F. J. (2013). Función sexual en pacientes tratados con betabloqueantes. *Revista Internacional de Andrología*, 11, 16.
- Cardoso-Moreno, M. J. y Tomás-Aragón, L. (2013). Abuso de alcohol y ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica. *Health and Addictions*, 13, 79-83.
- Carpintero, E. y Fuertes, A. (1994). Validación de la versión castellana del "Sexual Opinion Survey" (SOS). *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 31, 52-61.
- Charriau, V., Elyakoubi, M., Millet, B., Drapier, D., Robin, D. y Moirand, R. (2013). Generalized anxiety disorder is under-recognized in clinical practice in patients with alcohol dependence in France. *Alcohol*, 47, 15-19. doi: 10.1016/j.alcohol.2012.08.008.
- Córdova, A. J. y García V. R. (2011). Efecto de los trastornos del afecto y la relación con sus padres en la severidad y el consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3, 7-23.
- Degenhardt, L. y Topp, L. (2003). Crystal meth use among polydrug users in Sydney's dance party subculture: Characteristics, use patterns and associated harms. *International Journal of Drug Policy*, 14, 17-24. doi: dx.doi.org/10.1016/S0955-3959(02)00200-1.
- Del Río, F. J., Cabello, F., Cabello, M. A. y López, D. J. (2012). SOSPECHA (Sexual Opinion Survey en Población Española Con Historial de Adicciones). *Revista Internacional de Andrología*, 10, 125-131. doi: 10.1016/S1698-031X(12)70068-7
- Del Río, F. J., Fernández, I. y Cabello, F. (2013, noviembre). *Influencia del periodo de abstinencia de drogas en la respuesta sexual*. Trabajo presentado en el III Congreso Mundial de Sexología Médica, Málaga, España.

- Díaz, M., Del Río, F. J. y Cabello, F. (2013, noviembre). *Betabloqueantes, cardioselectivos y no cardioselectivos en la disfunción eréctil*. Trabajo presentado en el III Congreso Mundial de Sexología Médica, Málaga, España.
- Duany, A. (2013, noviembre). *La función sexual en grupos de personas consumidoras de alcohol*. Trabajo presentado en el III Congreso Mundial de Sexología Médica, Málaga, España.
- Farré, J. M. y Lasheras, M. G. (1998). *Psiquiatría y Disfunción Eréctil*. Madrid: Garsi.
- Fisher, W. A., Byrne, D., White, L. A. y Kelley, K. (1988). Erotophobia-Erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sex Research*, 25, 123-151.
- Fora, F. (2013). Manejo de la D. E. en la edad madura. En A. D. García y F. Cabello (Eds.), *Actualizaciones en sexología clínica y educativa* (pp. 81-91). Huelva: Servicio de Publicaciones Universidad de Huelva.
- Groves, S., Sarkar, S., Nebhinani, N., Mattoo, S. K. y Basu, D. (2014). Sexual dysfunction in alcohol-dependent men on disulfiram or baclofen prophylaxis: A preliminary report. *Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics*, 5, 205-207. doi: 10.4103/0976-500X.136108
- Groves, S., Shah, R., Dutt, A. y Avasthi, A. (2012). Prevalence and pattern of sexual dysfunction in married females receiving antidepressants: An exploratory study. *Journal of Pharmacology y Pharmacotherapeutics*, 3, 259-265. doi: 10.4103/0976-500X.99430
- Hanash, K. A. (1997). Comparative results of goal oriented therapy for erectile dysfunction. *Journal of Urology*, 157, 2135-2138.
- Heiman, J. R. y LoPiccolo, J. (2006). *Disfrutar el orgasmo*. Barcelona: Océano Ámbar.
- Hernández, C. (2012). *Disfunción Sexual por Adicción a Drogas de Abuso: Alcohol, Marihuana, Cocaína y Crack en los pacientes que Asisten a la Unidad de Tratamiento al Farmacodependiente (Utaf) Año 2012* (Tesis doctoral). Recuperada del Repositorio Institucional de la Universidad de Oriente. <http://hdl.handle.net/123456789/3233> el 18 de julio de 2014.
- Jiann, B. P. (2008). Erectile dysfunction associated with psychoactive substances. *Chonnam Medical Journal*, 44, 117-124. doi: 10.4068/cmj.2008.44.3.117
- Jiann, B. P. (2009). Sexual dysfunction in men who abuse illicit drugs: A preliminary report. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 1072-1080. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00707.x
- Johnson, S. D., Phelps, D. L. y Cottler, L. B. (2004) The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 55-63. doi: dx.doi.org.ezproxy.uned.es/10.1023/B:ASEB.0000007462.97961.5a
- Labairu, L., Padilla, B., Arrondo, J. L. y Lorenzo, M. F. (2013). Relación entre tabaquismo y consulta por disfunción eréctil. *Revista Internacional de Andrología*, 11, 25.
- Lévy, J. J. y Garnier, C. (2006). Drogues, médicaments et sexualité. *Drogues, Santé et Société*, 5, 11-48. doi: 10.7202/015693ar
- Lykins, A. D., Janssen, E., Newhouse, S., Heiman, J. R. y Rafaeli, E. (2012). The effects of similarity in sexual excitation, inhibition, and mood on sexual arousal problems and sexual satisfaction in Newlywed couples. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 1360-1366. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02698.x
- McKay, A. (2005). Sexuality and substance use: The impact of tobacco, alcohol, and selected recreational drugs on sexual function. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 14, 47-56.
- Mosack, V., Steinke, E. E., Wright, D. W., Walker, C., Medina, M., Moser, D. K. y Chung, M. L. (2011). Effects of depression on sexual activity and sexual satisfaction in heart failure. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 30, 218-225. doi: 10.1097/DCC.0b013e31821b7f63.
- National Institute of Health Consensus Development Panel on Impotence, NIHCDPI (1993). Impotence. *Jama*, 270, 83-90.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Ross, C. E. y Mirowsky, J. (2013). Theory and modeling in the study of intimate relationships and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 54, 67-71. doi: 10.1177/0022146512474431.
- Rust, J. y Golombok, S. (1986). The GRIS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 157-165.
- Sánchez-Fuentes, M. M., Santos-Iglesias, P. y Sierra, J. C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 67-75. doi: 10.1016/S1697-2600(14)70038-9
- Segraves, R. T. y Balon, R. (2014). Antidepressant-induced sexual dysfunction in men. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 121, 132-137. doi: 10.1016/j.pbb.2013.11.003.
- Sierra, J. C., Vallejo-Medina, P., Santos-Iglesias, P., Moyano, N., Granados, M. R. y Sánchez-Fuentes, M. M. (2014). Funcionamiento sexual en personas mayores: influencia de la edad y de factores psicosexuales. *Revista Internacional de Andrología*, 12, 64-70. doi: 10.1016/j.androl.2013.10.002
- Smith, S. (2007). Drugs that cause sexual dysfunction. *Psychiatry*, 6, 111-114. doi: 10.1016/j.mppsy.2006.12.004
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Manual STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. Madrid: TEA.
- Stief, C. G., Bahren, W., Scherb, W. y Gall, H. (1989). Primary erectile dysfunction. *Journal of Urology*, 141, 315-319.
- Vallejo-Medina, P., Guillén-Riquelme, A. y Sierra, J. C. (2009). Análisis psicométrico de la versión española del Brief Sexual Function Inventory (BSFI) en una muestra de hombres con historia de abuso de drogas. *Adicciones*, 21, 221-228.
- Vallejo-Medina, P. y Sierra, J. C. (2013). Effect of drug use and influence of abstinence on sexual functioning in a Spanish male drug-dependent sample: A multisite study. *Journal of Sexual Medicine*, 10, 333-341. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02977.x
- Zheng, H. y Thomas, P. A. (2013). Marital Status, Self-Rated Health, and Mortality: Overestimation of Health or Diminishing Protection of Marriage? *Journal of Health and Social Behavior*, 54, 128-143. doi: 10.1177/0022146512470564.