

## **Cómo afectan las diferentes sustancias a la sexualidad.**

Fernando Pérez del Río (1) Manuel Mestre Guardiola. (2) Francisco Javier del Río (3).

(1) Doctor en Psicología. Burgos. (2) Psicólogo. Terapeuta Gestalt. Especialista en Sexualidad. Castellón. (3) Psicólogo y Sexólogo. Jerez de la Frontera.

Correspondencia: C/ Acogida. Proyecto Hombre Burgos. Pedro Poveda Castroverde Nº 3. CP 09007. Burgos. Correo electrónico: e-mail: fernando@proyectohombreburgos.com Teléfono 947 48 10 77. Fax: 947481078.

### **Resumen:**

Se revisan los efectos de diferentes sustancias psicoactivas sobre la sexualidad, y se subraya la importancia de incluir el área afectivo-sexual en el tratamiento de las adicciones.

Palabras clave: Drogas. Sexualidad. Disfunciones. Afectividad.

HOW DIFFERENT SUBSTANCES AFFECT SEXUALITY

### **Abstract:**

We review the effects of different psychoactive substances on sexuality, stressing the importance of including the sexual-emotional area in addiction treatment.

### **Key words:**

Drugs. Sexuality. Dysfunctions. Emotional health.

### **Introducción.**

A primera vista, se consumen drogas para obtener placer y desinhibición, ahora bien, al consumo de sustancias psicoactivas se le puede adjudicar otra función por ejemplo evitar el rechazo, mitigar el miedo o la vergüenza, o poder facilitar el contacto con los otros. En no pocas ocasiones, las sustancias se consumen como afrodisíacos, históricamente la lista de afrodisíacos que puede consumir una persona es verdaderamente extensa, podemos encontrar, comidas, hormonas, infusiones, etc. Aunque en la mayoría de las ocasiones estos afrodisíacos no son ni fiables ni seguros y solo funcionan por su efecto como placebo, actualmente podríamos decir que no hay ninguna sustancia que aumente el deseo sin afectar a otras funciones del organismo. Existen ciertas sustancias, como la yohimbina (un alcaloide obtenido de un árbol africano), la seta *Thallus Impudicus*, o la *puira-muama*, que pueden actuar aumentando el volumen sanguíneo de los genitales, pero en ningún caso aumentando el deseo (salvo por su efecto placebo), por el contrario, sí atesoran claros efectos secundarios para el organismo.

Podemos encontrar en el mercado libros que incluyen recetas afrodisíacas, Isabel Allende en su magnífico libro: *Afrodita. Cuentos, recetas y otros afrodisíacos*, editado en 1997 (1), comenta las creencias de cada cultura y hace toda suerte de recomendaciones, por ejemplo, en India se cree que el coco aumenta la calidad y cantidad del semen y cura enfermedades de las vías urinarias. El dátil, contiene muchas vitaminas y calorías, un puñado de ellos equivale a una comida completa, da energía y aumenta la potencia viril y la coquetería en las mujeres [...]. Con el jugo fermentado de la corona del árbol del dátil se prepara un licor afrodisíaco llamado vino de palma. El durazno, y el albaricoque, tal vez las más sensuales de todas las frutas, por su perfume delicioso, su textura suave y jugosa y su color encarnado, son la representación elocuente de las partes íntimas de la mujer. El durazno es originario de China, donde se cultiva desde hace más de dos mil años. Shakespeare conocía su mágica reputación y en *Sueño de una noche de verano* las hadas lo usan como afrodisíaco. Y en estos términos se tratan otras frutas como la ciruela, la pera, y frutos como la almendra, la granada, el higo, el membrillo, la fresa, la uva, el café, el té, el chocolate, el ajo, la

alcachofa, el arroz, las espinacas, el pimiento, la miel y un sin fin de recetas como: mouse de cangrejo y aguacate, suspiro de alcachofa, peras al roquefort, etc. Quizá, la conclusión final sea que es recomendable una dieta sana y equilibrada para una mejor sexualidad.

En un primer momento, cuando alguien consume drogas encontramos un aumento del interés sexual. Pero si se consume una dosis alta y a largo plazo todas las sustancias psicoactivas acarrear consecuencias indeseables de una mayor o menor gravedad sobre la conducta sexual. Se debe apuntar que para que se produzca una alteración, el consumo debe ser agudo o muy cronificado, esto ocurriría tanto en los hombres como en las mujeres. Sobre este particular, los estudios realizados varían entre los análisis de los efectos de consumir sustancias psicoactivas a corto plazo y a dosis bajas, que indican una mejora en el funcionamiento sexual de forma efímera (2, 3, 4, 5), hasta estudios donde se analizan las consecuencias de consumir mayores dosis y durante un periodo de tiempo más prolongado, en este último caso hay un extenso consenso en relación a los efectos “devastadores” que se muestran sobre la función sexual, tanto a nivel fisiológico (6, 7) como a nivel psicológico (8, 5, 9, 10).

A pesar de los estudios existentes de mayor calado y relevancia, resulta difícil concretar con mayor exactitud los efectos del consumo de sustancias adictivas en la respuesta sexual, ya que la sustancia psicoactiva lleva implícitos, -además de los efectos farmacológicos- otros factores, como son: la dosis, la predisposición psicológica, la motivación, la experiencia, el momento temporal actual de la persona que la consume, las expectativas del encuentro, la pareja sexual, los rasgos de personalidad, etc., y así la sustancia concreta es una variable importante, pero una más dentro de todas las posibles. Por otro lado los psicofármacos también tienen efectos sobre la sexualidad, por ejemplo los efectos secundarios más frecuentes de los antidepresivos, (los más recetados en la actualidad) son anorgasmia, disminución de la libido, insomnio y agitación (11). Aunque en este estudio no abordaremos los efectos secundarios sobre la sexualidad de los medicamentos y nos centraremos en las sustancias ilegales más el alcohol y el tabaco.

Las sustancias psicoactivas pueden afectar a las diferentes fases de la respuesta sexual por consiguiente los trastornos conforme a lo que acabamos de apuntar, se pueden clasificar según la fase a la que afectan (deseo, excitación u orgasmo). En general y con ánimo de sintetizar, con el paso del tiempo hay un descenso de la libido, por ejemplo en fumadores crónicos de cannabis (12). Pero también se ha observado esto mismo en grupos de fumadores de tabaco, bebedores de alcohol y consumidores de otras sustancias (13). Las drogas provocan somnolencia en algunas ocasiones, lo cual dificulta tener relaciones sexuales. En cuanto a la fase de excitación se ve afectada en alguna medida por la mayoría de las sustancias psicoactivas (dificultades para lograr la erección en el hombre o la lubricación en la mujer). Olazábal y cols. (14) apuntan que el 50% de heroinómanos, el 41% de alcohólicos y el 33% de cocainómanos, así como el 20% de fumadores diarios de hachís presentan problemas de erección. Finalmente, como se puede advertir, respecto a la fase del orgasmo, estos mismos autores informan padecer trastornos eyaculatorios (retraso, incapacidad o eyaculación retrógrada) que afectan al 75% de heroinómanos y al 5-10% de alcohólicos. En las mujeres se observa un deterioro de la capacidad orgásmica.

Con la práctica totalidad de las sustancias psicoactivas obtenemos alteraciones en las diferentes fases de la respuesta sexual. Además, se sobre entiende que todos estos son problemas secundarios, es decir, son trastornos que surgen como consecuencia del consumo abusivo de sustancias, aunque también podría ocurrir que el trastorno sexual sea previo al consumo de sustancias, con lo cual sería un trastorno primario. En líneas generales, se puede evidenciar con claridad que han sido más estudiados los efectos adversos o efectos secundarios de los medicamentos que los efectos positivos sobre la sexualidad, por ejemplo el efecto negativo en la excitación sexual de los fármacos para tratar la hipertensión. Aunque debemos admitir que con la llegada del Viagra® esto ha cambiado bastante. Asimismo también podemos apuntar que se han estudiado más los efectos en el hombre que en la mujer. En general existe bastante consenso en que el consumo de sustancias también propicia que las relaciones sexuales no sean seguras, es decir se realizan conductas de riesgo con el consiguiente peligro de transmitir enfermedades infectocontagiosas o provocar embarazos no deseados (15).

No se debe olvidar que la motivación y preocupación de las personas con problemas de dependencia es la búsqueda de sustancias y, para estas personas queda en un segundo plano la sexualidad y los problemas de la vida cotidiana.

### En cuanto al diagnóstico.

El “Trastorno Sexual inducido por sustancias” se incluye por primera vez como una categoría diagnóstica en el DSM IV (16), y en la CIE-10 (17) aún no existe como categoría diagnóstica independiente, sólo podría incluirse en la categoría F1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento: “otros trastornos en los cuales el consumo de una sustancia puede identificarse como responsable directo del cuadro clínico que contribuye a dicha situación, pero en los que no encuentran pautas suficientes para poder ser incluido en ninguno de los trastornos precedentes.”

El DSM IV-TR (18) versión revisada del DSM IV (16) y vigente en la fecha de publicación del presente trabajo incluye el “Trastorno Sexual inducido por sustancias” dentro de la categoría “Trastornos Sexuales” y nos pide que detallemos la sustancia específica que provoca dicho trastorno sexual: “Trastorno sexual inducido por: Alcohol (F10.8 o 291.8), Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos (F13.8 o 292.89), Cocaína (F14.8 o 292.89), Anfetamina o sustancia de acción similar (F15.8 o 292.89), Opiáceos (F11.8 o 292.89), y Otras sustancias o desconocidas (F19.8 o 292.89)”. En este último apartado (F19.8 o 292.89) se incluyen sustancias como los esteroides anabolizantes, medicamentos adquiridos sin receta o prescritos que no se han mencionado en las 11 categorías (por ejemplo, cortisol, antihistamínicos, benzotropina) y otras sustancias con efectos psicoactivos, y aquí se incluirían otras sustancias que tienen efectos psicoactivos inclusive (antidepresivos, antipsicóticos, antiepilépticos, antihistamínicos, y otros).

Además, en esta clasificación se debe especificar si es con alteración del deseo, con alteración de la excitación, con alteración del orgasmo o con dolor sexual, al mismo tiempo, también se debe especificar si la disfunción sexual tiene su inicio durante la intoxicación.

### Estudios con drogodependientes.

En un estudio de aproximación al tema realizado por Mestre (19), se evaluó qué dificultades acaecían a la hora de mantener relaciones sexuales diferenciando dos momentos: mientras tomaban la sustancia psicoactiva y tras el cese de tal sustancia. La muestra fue de 55 personas (48 hombres y 7 mujeres).

Tabla 1. Problemas en las relaciones sexuales en los hombres

Mientras consumías		Al dejar de consumir
31'25 %	No tener ganas de empezar	10'41 %
20'83 %	Perder las ganas durante la relación	6'25 %
33'33 %	Problemas de erección	8'33 %
10'41 %	Eyacular muy pronto	45'83 %
75 %	Tardar mucho en eyacular	2'08 %
27'08 %	No sentir placer	4'16 %
8'33 %	Sentir dolor durante la penetración	4'16 %

Respecto a los problemas más frecuentes el 75% de los hombres indica que mientras mantenía el consumo tardaba mucho en eyacular. En segundo lugar la disfunción más frecuente que afectaba a uno de cada tres hombres, fue el problema en la erección (no se especifica si no se obtiene en ningún grado, se obtiene parcialmente o se pierde a lo largo de la relación). En tercer lugar los hombres apuntan que “no tienen ganas de empezar”, es decir el 31,25% señala que el deseo sexual se ve afectado “a la baja” mientras se mantenía el consumo.

Como se puede apreciar (véase Tabla 1), al dejar el consumo se observa una mejoría general en la respuesta sexual de los hombres y las disfunciones sexuales parecen presentarse en menor número de casos. A la vista de estos datos podemos sostener casi como un ideal, que mejora la respuesta sexual en el solo hecho de cesar el consumo. Ahora bien, otra cuestión que urge plantear es que tan solo una disfunción

aumenta en porcentaje, la eyaculación precoz, que afecta al 10,41% de los hombres durante la época de consumo y llega a presentarse en el 45,83% de los hombres al abandonar la sustancia. Este dato puede parecer contradictorio, a primera vista la explicación puede ser, que en las primeras relaciones sexuales y tras haber abandonado la sustancia, el hombre suele decir que se excita rápidamente por varias razones: en primer lugar, el varón se presenta a una relación sexual sin ningún “intermediario”, es decir, sin ninguna sustancia en su cuerpo que pueda enmascarar sus sensaciones, ni sentimientos, de alguna manera “está limpio”, si a ello le añadimos el posible tiempo que ha pasado desde su última relación sexual, en principio a causa de su proceso de desintoxicación y deshabitación, es esperable una respuesta de rápida excitación.

Otra explicación posible es el efecto rebote que provoca en la respuesta sexual la ausencia del consumo. Carabal, Baldwin y Lesmes (20) aseveran que el consumo de cocaína provoca un retardo en la eyaculación y en el orgasmo, prolongando el acto sexual más de lo habitual. Es de suponer, que una vez que se elimina el consumo, se produce un efecto rebote en las personas que han consumido cocaína provocándoles el efecto contrario, y por consiguiente una rápida eyaculación en las relaciones sexuales. Como consecuencia, a la hora de abordar el tema de la sexualidad en un grupo de hombres que están en proceso de abandonar el consumo, debemos tratar este tema y ayudar a que no vivan la eyaculación rápida como un problema sino como parte de su proceso de mejoría.

Tabla 2. Problemas en las relaciones sexuales en las mujeres

Mientras consumías		Al dejar de consumir
57'14 %	No tener ganas de empezar	0 %
57'14 %	Perder las ganas durante la relación	14'28 %
14'28 %	Dificultad para lubricar	28'57 %
71'4 %	No llegar al orgasmo	42'85 %
42'85 %	Sentir dolor durante la penetración	14'28 %

Respecto a las mujeres, recordar que tan solo siete respondieron el cuestionario y por tanto, no podemos extraer conclusiones generalizables, sin embargo, sí nos da algunas pistas sobre qué es lo que ocurre con la respuesta sexual en las mujeres. Mientras mantienen el consumo, la disfunción que afecta a un mayor número de mujeres es la anorgasmia (véase la Tabla 2), señalado por un 71,4%. En segundo lugar, aparece la disminución del deseo sexual, el 57,14% afirma que “no tenía ganas de empezar” y, el mismo porcentaje de mujeres señala que “perdía las ganas durante la relación”. De nuevo, la mayor parte de los problemas relacionados con la respuesta sexual de las mujeres mejoran al abandonar el consumo. Si embargo, la “dificultad para lubricar”, aumenta de un 14,28% a un 28,57%. ¿Qué puede hacer que una mujer no se excite al dejar el consumo? En este caso entrevistas individuales con cada mujer podrían aportar mayor luz a este tema. Pero nuestra hipótesis es que, en ausencia de otras patologías orgánicas y de medicación que pueda interferir en la respuesta sexual, las creencias respecto de la sexualidad y lo que significan las relaciones sexuales podrían estar en la base de esta dificultad en la excitación de la mujer que recientemente ha abandonado el consumo.

En el estudio TIRESIAS (21), una investigación realizada en 27 provincias españolas, en la que colaboraron 28 centros de tratamiento de drogodependencias con un Grupo Experimental de 1054 personas y un Grupo Control con 211 personas, se analizó las secuelas que el consumo de sustancias psicoactivas deja en la respuesta sexual. La respuesta sexual se analizó mediante el cuestionario Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) (22, 23), que mide nueve escalas diferentes de la sexualidad (eyaculación precoz, disfunción eréctil, anorgasmia, vaginismo, insatisfacción, infrecuencia, no comunicación, no sensualidad, y evitación), evaluándose además la ansiedad mediante el cuestionario

Inventario de Ansiedad Estado Rasgo. (State Trait Anxiety Inventory, (STAI); (24) y la erotofobia-erotofilia mediante el cuestionario Sexual Opinon Survey (SOS; 25). Los primeros análisis indican que las personas que se encuentran en tratamiento por drogas presentaban los siguientes porcentajes de disfunciones (GRISS): eyaculación precoz 70,6%, disfunción eréctil 49,4%, vaginismo 70,8%, anorgasmia 43,1%, infrecuencia 62,3%, no comunicación 42,9%, insatisfacción 47,3%, evitación 33,5% y no sensualidad 1,8%, siendo la diferencia estadísticamente significativa con el Grupo Control en todas las escalas excepto en la de infrecuencia. Esto indica que en el Grupo Experimental y en el Grupo Control están igualmente insatisfechos con la frecuencia sexual. Además, las puntuaciones en los cuestionarios STAI y SOS, señalaban que las personas que han consumido sustancias presentaban más ansiedad y una mayor erotofobia, es decir, unas actitudes sexuales más negativas que las personas que no las han consumido, y dicha diferencia era estadísticamente significativa. Por otro lado estas actitudes es algo que se verifica en la práctica terapéutica diaria.

A nivel de la afectividad, otros estudios (26) nos han mostrado otra suerte de datos a tener en cuenta, como que un 51,4% informó haber tenido alguna vez relaciones sexuales a cambio de dinero o regalos, o que el 73,0% decidió alguna vez continuar historias de amor, aunque fueran violentas desde un punto de vista psicológico o físico. A continuación se dividirán los efectos de las sustancias psicoactivas en tres apartados: a) drogas estimulantes del sistema nervioso; b) depresoras; c) drogas que alteran la conciencia; d) por último se abordarán las consecuencias de las adicciones sin sustancia en la sexualidad.

#### **a) Drogas estimulantes del sistema nervioso.**

Nos referimos a los estimulantes vegetales, como el café y la coca; y en el plano químico, a la cocaína, el crack y las anfetaminas (27). Por motivos de espacio en este apartado sólo se tratarán las sustancias que tienen una mayor relevancia social, como son: cocaína, anfetaminas y tabaco.

#### **Cocaína.**

De esta clase de sustancias, destaca por su repercusión la cocaína, ya que es una de las drogas estimulantes más consumidas actualmente y que más problemas está generando. Esta sustancia deriva de la planta de coca *Erithroxylon Coca* y “es un alcaloide con acción anestésica en el sistema nervioso periférico y estimulante sobre el sistema nervioso central”. En general las drogas estimulantes desinhiben la conducta sexual por lo cual, “en principio,” pueden facilitar el encuentro con los otros.

Es una de las drogas que cuenta con más fama de ser capaz de aumentar la excitación sexual y del orgasmo, aunque lo cierto es que se observa un alto porcentaje de disfunciones sexuales, deseo sexual inhibido e incluso priapismo (erección mantenida que puede ser dolorosa. Se presenta en ausencia de deseo sexual y no se sigue de eyaculación). La cocaína cuando su consumo es agudo y crónico afecta al deseo sexual, en un principio aumentándolo, debido a su acción dopaminérgica, aunque también retardará el orgasmo (28). En un principio la cocaína es una sustancia estimulante pero a dosis elevadas y a largo plazo causan pérdida del deseo e inhibe la respuesta sexual, provocando disfunción eréctil en los varones y falta de lubricación vaginal en las mujeres (29).

Cuando alguien consume cocaína busca el efecto potenciador. Aunque la realidad sea (14) que el 33% de los cocainómanos padece problemas en la excitación y problemas en la erección. La importancia de las expectativas y de las sugerencias puestas en esta droga por sus consumidores llegan al extremo de afirmar que frotar la punta del clítoris con coca aumenta la sensibilidad y la excitación; lo cual no deja de ser sorprendente dado su efecto demostrado y usado como anestésico local. La cocaína como estimulador central puede facilitar una transmisión más eficiente de los mensajes nerviosos. Además sus efectos eufóricos pueden cambiar la percepción de uno mismo y de las propias experiencias. Pero también es cierto que tras la euforia viene la caída e incluso la depresión. La tendencia a largo plazo es a perder el interés por la actividad sexual, y a perder capacidad de excitación por estímulos normales (30). Las complicaciones más frecuentes en consumidores de cocaína son estas: disfunciones sexuales, amenorrea (ausencia de menstruación), ginecomastia (crecimiento excesivo de las mamas en los hombres), infecciones (VIH,

hepatitis, endocarditis, abscesos). En cuanto a la reproducción encontramos que hay un aumento de la prolactina lo que puede causar infertilidad (31). En general, hay alteración en los ciclos menstruales, amenorrea, disminución de los ciclos ovulatorios y galactorrea (secreción láctea fuera del periodo de embarazo o lactancia), (32).

Podemos encontrar testimonios como el de Alandete (33). En su libro diario de un adicto al crack “Me siento, por primera vez, más allá más allá del deseo sexual, como si hubiera encontrado en otro estadio del colcón, en que el sexo ya no importa. Y me siento aliviado: ese cuerpo que veo no es el cuerpo que me gustaría que la gente viera [...]. Y aun así, el sexo es un trámite más. Igual que las drogas: era una forma de borrar la ansiedad, la timidez, el insostenible peso de la propia conciencia. Las drogas solo me hacían querer más drogas, más olvido. Así que cuando me drogaba, bebía más vodka, tenía más sexo, tomaba más drogas”.

### **Anfetaminas.**

Las anfetaminas se utilizan normalmente por su efecto euforizante y por reducir significativamente la necesidad de sueño, de ahí su alto índice de consumo en estudiantes universitarios. Las anfetaminas aumentan las sensaciones relacionadas con el sexo debido a su activación generalizada y la sensación de bienestar (34). El consumo a dosis elevadas provoca el retardo y la anulación del orgasmo y de la lubricación vaginal. El uso prolongado causa disfunción eréctil en los varones. También se observa un debilitamiento general. Las anfetaminas afectan al deseo sexual, pudiendo llegar la persona consumidora a un total desinterés por el sexo. Igual que en el caso de la cocaína, las anfetaminas excitan al principio, pero con el consumo continuado o agudo disminuyen el deseo y asimismo la respuesta de excitación (erección o lubricación vaginal). Esto ocurriría tanto a hombres como a mujeres.

### **El tabaco.**

Pérez y col. (35) nos apuntan que la nicotina es una sustancia que a bajas dosis tiene un efecto estimulante y a altas dosis es inhibidor. Disminuye el número de años fértiles y causa una mayor dificultad en concebir (36), además se da una mayor prevalencia de abortos (37). El riesgo de desarrollar disfunción eréctil es 1,6 veces mayor en fumadores (38). El mecanismo que parece estar implicado en este efecto es la alteración que el tabaco provoca en la síntesis del óxido nítrico endotelial, necesario para la relajación del músculo liso cavernoso del pene y favorecer la erección. En la mujer el tabaco disminuye la excitabilidad y dificulta el orgasmo (39). En este caso, el óxido nítrico también se hace necesario para la erección del clítoris y la lubricación vaginal. La mujer que toma anticonceptivos hormonales, si es fumadora, incrementa el riesgo de padecer problemas circulatorios (35). Por último, estos mismos autores señalan que “a veces en la consulta sexológica algunas personas se quejan de mal aliento (halitosis) o del olor a tabaco de su pareja, lo que puede afectar de forma severa al deseo sexual e incluso provocar un rechazo al encuentro”.

### **b) Drogas depresoras del sistema nervioso.**

Eficaces depresores del sistema nervioso son los opiáceos, morfina, codeína, heroína, sucedáneos sintéticos del opio, tranquilizantes mayores, tranquilizantes menores, somníferos, los grandes narcóticos, cloroformo, éter, gas de la risa y fentanilos, vinos y licores (27). El consumo del opio está documentado en el año 4000 a.C. en la ciudad sumeria de Uruk, y en el año 1550 a.C., en Egipto, se realizaban hasta 500 remedios con esta sustancia (40). Sin cambiar de escenario, en Egipto se utilizaba como analgésico y calmante (pomadas, vía rectal y oral), para evitar que los bebés gritasen fuerte. Su uso se extendió por Europa y Asia Menor (41). En este apartado nos limitaremos a hablar de la heroína y el alcohol.

### **Opiáceos Heroína.**

A continuación, por los graves problemas que ha generado, abundaremos en la heroína. La heroína se extrae de la planta llamada bellota de la adormidera (*papaver somniferum*), y es de color marrón. En su historia, como suele ocurrir con determinadas sustancias cuando todavía no se conocen bien, o cuando se desconocen con exactitud sus efectos secundarios, se utilizó como medicamento para los morfinómanos; la morfina, por su parte, es un alcaloide del opio, y se consumió principalmente en el siglo XIX (42).

Los efectos negativos por abuso crónico de los opiáceos sobre la sexualidad son bastante evidentes, el primero y más claro es la inhibición del orgasmo/eyaculación, y posteriormente un descenso severo del deseo y de la respuesta sexual (20). En un estudio relativamente reciente, (43) afirman que el deseo se inhibe en el 75 % de los varones y en el 68 % de las mujeres. Otro de los efectos comunes del consumo de opioides son las anomalías hormonales. En las mujeres, aproximadamente el 50% son amenorreicas, aunque dicha amenorrea desaparece tras un periodo prolongado de abstinencia (44). Además, tanto los varones como las mujeres muestran bajos niveles de testosterona (45).

Los problemas de erección se presentan en el 50% de los heroínómanos. Los trastornos eyaculatorios, retraso, incapacidad o eyaculación retrógrada afectan al 75%. Entre las mujeres heroínómanas son frecuentes los desarreglos menstruales, el 90% presenta problemas de infertilidad, el 45% amenorrea. Se ven afectadas por embarazos de alto riesgo, con mayor número de abortos y mortalidad perinatal. Puede aparecer síndrome de abstinencia del neonato. Transmisión del Virus B de la Hepatitis y del VIH al niño, en caso de que la madre sea portadora (14). Por último mencionar que en no pocas ocasiones se ha asociado como comparación, el consumo de heroína con un "orgasmo". "Se aduce por diversos autores que el propio efecto de la inyección de la heroína que según los propios adictos es mucho más placentero, intenso y fácil de conseguir que un orgasmo; sustituye en los adictos a la propia respuesta sexual y por ello aparece este bajo deseo sexual tan habitual en estos sujetos" Hurtado (46).

### **Alcohol.**

El componente del alcohol es el etanol o alcohol etílico. Podemos hacer una división sencilla de las bebidas alcohólicas en dos tipos: por un lado, las bebidas fermentadas, vino, cerveza y sidra, que tienen una graduación entre los 4º y los 15º. Se producen por la fermentación de los azúcares de las frutas o de los cereales. Por otro lado, encontramos las que se obtienen de la destilación de las bebidas fermentadas, con lo que presentan mayor concentración de alcohol. El orujo, el pacharán, el vodka, el whisky, el ron o la ginebra, tienen entre 40º y 50º. Esto supone, que el 40% o el 50% de lo que se bebe es alcohol puro (47). El alcohol se consume por vía oral y puede llegar a permanecer en el organismo hasta 18 horas después. La vía de eliminación principal es el hígado.

Hoy día, el consumo de alcohol es legal y forma parte de nuestro acervo cultural en muchos sentidos. El consumo de alcohol, por parte de adolescentes se circunscribe fundamentalmente a los fines de semana. "Además de ser una droga adictiva, el alcohol es la causa de unas 60 enfermedades y dolencias diferentes, incluso lesiones, trastornos mentales y del comportamiento, afecciones gastrointestinales, cánceres, enfermedades cardiovasculares, pulmonares y músculo-esqueléticas, trastornos reproductivos, así como daño prenatal, mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer", (48). Otros autores (49), señalan la existencia de un estudio llevado a cabo (50), en el cual no encuentran relación entre el consumo de alcohol y los trastornos sexuales; como veremos a continuación disponemos de numerosos trabajos que apuntan en la dirección opuesta.

El alcohol "en cantidades moderadas, puede disminuir las inhibiciones y aumentar el interés y la excitación sexual; sobre todo con personas con problemas de deseo por ansiedad. Pero en grandes cantidades tendrá efecto depresor del sistema nervioso central lo cual provocará disfunción eréctil, pérdida del placer y retraso o inhibición de la eyaculación en hombres; mientras que en las mujeres se producirá una alteración en la excitación, ausencia de placer y anorgasmia (por disminución de vasocongestión genital)" (35), según este mismo autor, el alcohol "puede facilitar la aparición del impulso sexual, pero como también inhibe partes del sistema nervioso autónomo implicadas en la erección, dificulta que se

alcance y en consecuencia también la penetración y el coito. Shakespeare resumía con sabiduría los efectos del alcohol: provoca deseo pero frustra la ejecución”.

De forma clara, explican (49) que “los problemas pueden producirse cuando las personas atribuyen erróneamente los efectos inhibidores de la respuesta sexual de los depresores y el alcohol a ellos mismos. En otras palabras, si la persona es incapaz de mantener relaciones sexuales cuando ha tomado unas copas y no sabe que el alcohol puede inhibir la respuesta sexual, puede pensar que el fallo está en él. Esto puede crear ansiedad en la próxima ocasión, y esa ansiedad puede impedir el funcionamiento sexual normal. Un segundo fracaso puede poner en funcionamiento un círculo ‘ansiógeno’ en el cual la desconfianza produce ansiedad, y la ansiedad provoca repetidos fracasos y, asimismo, más ansiedad”.

Por otro lado, su consumo continuado suele producir un serio deterioro orgánico con trastornos endocrinos, neurológicos y circulatorios irreversibles, que menoscaban de forma permanente la respuesta sexual (46, 35). De hecho, el consumo continuado de alcohol llegó a considerarse como la segunda causa, después de la diabetes, de disfunción eréctil de origen orgánico (14). Sostienen (32) que en la mujer, el alcohol produce aumento del deseo, pero también disminuye la respuesta de excitación; inhibe e incluso suprime la lubricación vaginal y la respuesta orgásmica. A largo plazo produce disfunción sexual tanto por su efecto depresor como por su acción sobre el sistema endocrino. La insatisfacción sexual resultante puede ser a su vez generadora de consumo como modo de afrontamiento. Hurtado (46) apunta en la misma dirección cuando escribe: “en las mujeres lo más probable es que se produzca una alteración en la excitación sexual, ausencia de placer y fracaso en alcanzar el orgasmo, pues diversos estudios (51) han demostrado que la vasocongestión genital de la mujer disminuía conforme aumentaba la cantidad de alcohol ingerida.”

El consumo abusivo de alcohol tiene consecuencias a nivel hormonal, “se dan ciclos menstruales irregulares, ausencia de ovulación, riesgo de aborto y menopausia temprana (52). Finalmente, los efectos del alcohol en la sexualidad son los siguientes (14): entre los hombres, el 41% de los alcohólicos presenta problemas en la respuesta de erección. Retraso, incapacidad o eyaculación retrógrada en el 5-10% de los casos, también se señala una disminución de la fertilidad. En las mujeres, la capacidad orgásmica se deteriora, se afecta en un 15% de las alcohólicas. El síndrome alcohólico fetal afecta al 56% de hijos de alcohólicas, que cursa con retraso mental y deformidades en esqueleto, corazón y genitales.

### **c) Drogas que alteran la conciencia.**

Consideramos sustancias que alteran la conciencia las denominadas visionarias y alucinógenas; sustancias de potencia leve o media; MDMA o éxtasis; derivados del cáñamo: marihuana, hachís; sustancias de alta potencia: mescalina, LSD, ergina, hongos psilocibos y sus alcaloides, ayahuasca, iboga, kawa (27). En este apartado se tratarán el cannabis, los alucinógenos (LSD) y el éxtasis (MDMA).

#### **Cannabis.**

El cannabis que se extrae de la planta *cannabis sativa*, es la droga ilegal que más se consume en España (53). De la resina de esta planta, se extrae el hachís, que se define según la R.A.E. (54) como: “(Del ár. clás. hasis, hierba), compuesto de ápices florales y otras partes del cáñamo índico, mezcladas con diversas sustancias azucaradas o aromáticas, que produce una embriaguez especial” (RAE, página 1186). También llamado costo o chocolate. Su aspecto por lo general es marrón y se deshace con el calor. Se fuman sus hojas, flores (cogollos); es lo que se denomina marihuana. También se puede llamar de otras formas: “hierba”, “maría”, etc. Los efectos de esta sustancia suelen durar entre 2-3 a 6 horas. “Tiene un efecto depresor... Quizá por esto algunas personas hablan de la utilidad de la marihuana para enfrentarse a la ansiedad asociada a situaciones relacionadas con la conducta sexual” (35). Sin embargo, también es cierto que las expectativas y la autosugestión de quien la consume juegan un importante papel.

Como producen disminución de la secreción de FSH, LH y prolactina puede tener repercusión en la reproducción. Por otro lado, la inhibición de LH se sabe que contribuye al aumento de ciclos anovulatorios (55), la disminución de testosterona y de esperma parece ser que tiene poca trascendencia en el adulto



aunque podría tenerla en el varón prepuberal consumidor de cannabis (56). Existe evidencia sobre el efecto negativo del cannabis en la fertilidad, tanto en varones como en mujeres, de hecho, en los varones provoca una disminución en la producción de espermatozoides, en su movilidad y aumenta la cantidad de espermatozoides anómalos (24). No hay efectos sobre el sistema reproductivo (57). El consumo esporádico provoca sequedad vaginal en el 15% de las mujeres (58), lo que en ocasiones hace el coito más doloroso (35). Tratándose de una droga que se utiliza para alterar la conciencia, puede reducir las inhibiciones e incluso puede resultar afrodisíaca o erótica, en este sentido un 18% han participado bajo los efectos del cannabis en prácticas sexuales más arriesgadas, lo que solía incluir, siguiendo sus propias definiciones, la cópula sin preservativo, el sexo con desconocidos o desconocidas, etc., (59).

Kolodny y cols (58) observaron que algunos varones consumidores crónicos de esta droga que padecían de disfunción erectiva, recuperaron la erección a las pocas semanas de dejar de consumirla (46). Por otro lado (14), también apuntan problemas de erección en el 20% de los fumadores diarios de hachís. Finalmente, su consumo continuado suele conducir cierto desinterés por el sexo (35).

### **Alucinógenos L.S.D.**

Otra sustancia muy conocida es el LSD (Dietilamida de Ácido Lisérgico). “El ácido lisérgico es un componente del moho del cornezuelo del centeno, un hongo denominado *Claviceps Purpúrea* que crece sobre el grano del centeno. Este fármaco produce cambios oníricos en el humor y el pensamiento, y altera la percepción del tiempo y del espacio” (41). Fue descubierto por Hofmann en 1938. Lo podemos encontrar en los llamados “tripis”, que mantienen el efecto hasta 8 ó 10 horas tras ser ingeridos. Es una sustancia de gran impacto y se suele presentar en papel secante, cuarteado para ser dividido con más facilidad y sobre la superficie que se va a ingerir, se suelen insertar dibujos que representan dragones, formas geométricas o personajes como Popeye. Se consume dejando el papel bajo la lengua hasta que se deshace. Otra de las características de esta sustancia es que no produce dependencia. Esta sustancia fue el mayor exponente del movimiento de la psicodelia y uno de sus máximos defensores fue Aldous Huxley, quien escribió el conocido libro *Las puertas de la percepción* en 1954, donde se planteaba una superación de la dualidad mente-cuerpo.

“LSD, la Dimetilriptamina y la Mescalina son inhibidores en el sistema límbico, y también estimulan la libido al principio, pero en algunos casos se ha descrito actividad sexual disminuida, pero no interfieren específicamente con la erección.” (60). Han tenido mucha fama como afrodisiacos aunque no se conocen muy bien los efectos. En un pasado muy reciente se llegó a utilizar como tratamiento contra la anorgasmia (61). Su única ventaja aparente sobre la sexualidad es que provoca cambios en la percepción, pero según (29), en la mayoría de las ocasiones suele resultar desagradable.

### **Éxtasis MDMA.**

MDMA o popularmente denominada “éxtasis”, es una droga sintética llamada de diseño. Se la han adjudicado muchos otros nombres, como “droga del amor”, “adán”, “pirujas” o “pastis”. Esta sustancia comienza a encontrarse a finales de los años 80 y sobre todo se puso de moda en los años 90. Como suele ocurrir, estuvo vinculada a las corrientes estéticas y sobre todo musicales de aquellos años, al estilo new age, a la música tecno, también a la música psicodélica y al llamado “bacalao”. Cada pastilla puede tener aproximadamente entre 60 y 110 miligramos de MDMA y sus efectos duran, como ocurre con otras drogas, entre dos y tres horas. Aunque a esta sustancia la incluimos entre las alucinógenas, bien es cierto que en el mercado suelen estar mezcladas en la mayoría de los casos con anfetaminas y metanfetaminas, lo cual “robustece” al éxtasis con un efecto fascinador estimulante y vigorizante.

Por lo general se consume en forma de pastillas, pero también hay variaciones de la sustancia que se presenta en piedras dentro de pequeñas bolsas o tarros, por lo que se le llama “cristal”; también se presenta en polvo, o en una estructura rocosa en apariencia, y en ocasiones se envuelve en papel y se consume por vía oral, lo que se ha denominado popularmente como “bombas o bombitas”, formato que se puso de moda a partir de 2005, (42). Cada una de estas variantes tiene diferencias en cuanto a las

sustancias que posee. El MDMA incrementa en el cerebro la actividad de ciertos neurotransmisores como la serotonina (que regula el estado de ánimo, el sueño, las emociones y el apetito), la dopamina (responsable del sistema de gratificación cerebral y por tanto de los efectos placenteros de las drogas) y la norepinefrina (potente estimulante cerebral y cardíaco) (47). La sobredosis se manifiesta por taquicardia, hipertensión, alucinaciones visuales, hipertensión muscular, etc., pero uno de los mayores peligros es el llamado "golpe de calor" que se produce en quienes por ejemplo bailan durante horas, lo cual aumenta su temperatura corporal de forma considerable y puede llegar a provocar un problema renal. Pero, además de este riesgo, encontramos evidencias de otra suerte de problemas a largo plazo, y son problemas de índole psiquiátrico: depresión, psicosis, ataques de pánico, agresividad, etc.

En cuanto a los efectos sobre la respuesta sexual, los consumidores de éxtasis afirman que aumenta el deseo y la satisfacción (90% de varones y 93% de mujeres), aunque también informan de efectos negativos sobre la erección (40% de varones), además de retrasar el orgasmo (62).

#### **d) Adicciones sin sustancia.**

En relación a las adicciones que se desarrollan sin sustancias psicoestimulantes, también podemos decir que se dan casos de disfunción eréctil y eyaculación precoz, por ejemplo en la ludopatía y en el caso de la adicción sexual se da la disfunción eréctil.

En relación a las adicciones sin sustancia, no fue hasta el año 2007 donde encontramos la publicación del libro *Nuevas adicciones ¿Adicciones nuevas?*, que planteó las consecuencias en la sexualidad de las personas que padecen adicciones sin sustancia, siendo el primer libro que incluía un capítulo sobre el tema. Señalar que el componente principal que afecta a la respuesta sexual es la ansiedad que se genera en la persona como consecuencia de la adicción. Los investigadores están de acuerdo en señalar la importancia de la implicación de la ansiedad en diversas disfunciones sexuales (deseo sexual hipoactivo en la mujer y en el varón, aversión al sexo, trastorno de la excitación de la mujer, vaginismo, anorgasmia femenina, disfunción eréctil, eyaculación precoz, trastornos del orgasmo masculino), siendo además un aspecto descrito y contrastado en diferentes investigaciones (29, 63, 64, 65, 66, 67). Por lo tanto, a pesar de no haber ningún estudio que relacione las diferentes disfunciones sexuales con la adicción sin sustancia, el consenso de expertos y la práctica diaria nos lleva a concluir que puede afectar a la respuesta sexual como se ha señalado anteriormente, aunque sería necesaria más investigación.

#### **Conclusiones.**

A primera vista, encontramos suficientes evidencias de la importante relación entre adicción y disfunciones sexuales, y se desea subrayar la importancia de incluir la sexualidad y la afectividad tanto en la evaluación como en el tratamiento de las personas que sufren problemas de adicción. Asimismo incluir información y sobre todo formación sobre la afectividad y sexualidad en la parte psico-educativa de los tratamientos.

#### **Referencias.**

1. Allende, I. (1997). *Afrodita. Cuentos, recetas y otros afrodisíacos*. Barcelona: Plaza y Janés.
2. 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.
3. Emanuele, M. A. y Emanuele, N. V. (1998). Alcohol's effects on male reproduction. *Alcohol Health Research World*, 22, 195-201.
4. Hyatt, B. y Bensky, K. P. (1999). Illicit drugs and anesthesia. *The Clinical Forum for Nurse Anesthetists*, 10, 15-23.
5. Peugh, J. y Belenko, S. (2001). Alcohol, drugs and sexual function: A review. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33, 223-232.

6. Cocores, J. A., Miller, N. S., Pottash, A. C. y Gold, M. S. (1988). Sexual dysfunction in abusers of cocaine and alcohol. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 14, 169-173.
7. 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.
8. La Pera, G., Giannotti, C. F., Taggi, F. y Macchia, T. (2003). Prevalence of sexual disorders in those young males who later become drug abusers. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 29, 149-156.
9. Rosen, R. C. (1991). Alcohol and drug effects on sexual response: Human experimental and clinical studies. *Annual Review of Sex Research*, 2, 119-179.
10. Smith, S. (2007). Drugs that cause sexual dysfunction. *Psychiatry*, 6, 111-114.
11. González, H. y Pérez, M. (2008). *La invención de las enfermedades mentales*. Madrid: Alianza Editorial.
12. Hollister, L. (1976). Drugs and sexual behaviour in man. *Life Sci.* 17: 5, 661-667.
13. Marquez, I., Póo, M., Merino, C y Romera, C. (2002). *Cannabis: de la salud y del derecho. Acerca de los usos, normativas, estudios e iniciativas para su normalización*. Vitoria-Gasteiz: Observatorio vasco de drogodependencias. Gobierno Vasco. Departamento de vivienda y asuntos sociales.
14. Olazábal, J. C., Marcos, C., López, F. y Fuertes, A. (1990). *Manual de sexualidad en atención primaria*. Salamanca: Amaru ediciones.
15. Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Mantecón, A. y Ramón, A. (2009). Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género. *Psicothema*, vol. 21, nº 2. 227-233.
16. American Psychiatric Association (1995). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
17. OMS, Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
18. American Psychiatric Association (2000). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Texto Revisado*. Barcelona: Masson.
19. Mestre, M. (2002). *Proyecto Amigò en Castellón. Estudio sobre disfunciones y consumo de drogas*. Archivos de Proyecto Hombre Castellón. (Sin publicar).
20. Carabal, E., Baldwin, D. y Lesmes, J. (2000). Alcohol y narcóticos: efectos en la función sexual. En J. Bobes, S. Dexeus y J. Gibert (Coords.), *Psicofármacos y función sexual*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
21. Del Río, F. J. y Cabello, F. (2011). TIRESIAS (types of sexual response and substance addiction). *J Sex Med*, 8 (suppl. 5): 387.
22. Golombok, S., Rust, J. y Pickard, C. (1984). Sexual problems encountered in general practice. *British Journal of Sexual Medicine*, 11, 171-175.
23. Rust, J. y Golombok, S. (1986). The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Beh.*, V.15, nº 2, 157-165.
24. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Manual STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
25. Fisher, W. A., Byrne, D., White, L. A. y Kelley, K. (1988). Erotophobia-Erotophilia as a dimension of personality. *The Journal of Sex Research*, 25, 123-151.
26. Pérez, F., Lara, F. y González, M. (2010). Estudio con el título: abuso sexual, prostitución y dependencia afectiva en drogodependientes. *Revista española de drogodependencias*. 35 (3). 365-278,
27. Escotado, A. (2001 4ª ed). *Historia General de las Drogas*. Madrid: Editorial Espasa Calpe.
28. Saso, L. (2002). Effetti delle sostanze d'abuso sulla risposta sessuale. *Ann Ist Super Sanità*, 38 (3), 289-294.
29. Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid: Editorial Síntesis.
30. Segura, L. (2004) Efectos de las drogas sobre el funcionamiento sexual. *Proyecto 50*. 27-41.
31. Saso, L. (2001). En Barreda, M., Díaz-Salazar, M., Cuesta, S., López, M., y col. (2005). *Mujer y adicción*. Madrid Salud. Instituto de Adicciones.
32. Barreda, M., Díaz-Salazar, M., Cuesta, S., López, M. y col. (2005). *Mujer y adicción*. Madrid Salud. Instituto de Adicciones.
33. Alandete, D. (2010). El País. junio p 18 *Diario de un adicto al crack*.

34. 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.
35. Pérez, M., Borrás, J. J., Sánchez, F. y Casaubón, A. (2006). Sexo y salud. Una guía para acercarse a la sexualidad. Elorrio (Vizcaya): Eroski publicaciones.
36. Bobo, J. (2002). Consumo de tabaco, problemas con las bebidas alcohólicas y alcoholismo. *Clínicas obstétricas y ginecológicas*. Ed. Mc. Graw Hill.
37. Alonso, V. (2001). Enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco en la mujer. *Revista Prev Tabaco* V.3. N3. Extraído en 2010. [www.atenciontabaquismo.com/atenciontabaquismo/rev\\_prev\\_tab/html/n\\_anteriores.htm](http://www.atenciontabaquismo.com/atenciontabaquismo/rev_prev_tab/html/n_anteriores.htm)
38. Chew, K. K., Bremner, A., Stuckey, B., Earle, C. y Jamrozik, K. (2009). Is the relationship between cigarette smoking and male erectile dysfunction independent of cardiovascular disease? Findings from a population-based cross-sectional study. *The Journal of Sexual Medicine*, 6, 222-231.
39. Harte, C. B. y Meston, C. M. (2008). The inhibitory effects of nicotine on physiological sexual arousal in nonsmoking women: Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial. *The Journal of Sexual Medicine*, 5, 1184-1197.
40. León, J. L. (1990). Evolución de las toxicomanías en las últimas décadas. *Revista Española de Drogodependencias*, 15, 221-237.
41. Pascual, F. (2009). Antecedentes históricos de las Adicciones. Del siglo XIX hasta 1940. (Coord.) Torres, A. *Historia de las adicciones en la España contemporánea*. Ed, Sociodrogalcohol.
42. Pérez, F. (2011). Estudios sobre adicciones. Perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos. Burgos: Diputación de Burgos.
43. Phala, A. y Esteves, M. F. (2002). A study of the sexuality of opiate addicts. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 427-437.
44. Abel, E. L. (1984). Opiates and sex. *J Psychoactive drugs*, 16, 205-216.
45. Cicero, T. J., Bell, R. D., Wleat, W. G., Allison, J. H., Poakoski, K. y Robins, E. (1975) Function of the male sex organs in heroin and methadone users. *N Engl J Med*, 292, 882-887.
46. Hurtado, F. (1997). Sexualidad: funcionamiento normal trastornos y tratamientos. Valencia. Promolibro.
47. Guía sobre drogas. (2007). Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación para el Plan Nacional sobre Drogas.
48. Anderson, P. y Baumberg, B. (2006). El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública. Un informe para la Comisión Europea Institute of Alcohol Studies, Reino Unido.
49. Rathus, Spencer, A., Nevid, Jeffrey, S. y Fichner-Rathus, L. (2005). *Sexualidad humana* (6ª edición). Madrid. Pearson Prentice Hall.
50. Laumann, E. O., Paik, A. y Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1052-1057.
51. Wilson, G. Terence; Lawson, David M. (1976). Expectancies, alcohol, and sexual arousal in male social drinkers. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(6), 587-594.
52. Gordis, M. (1994). Alcohol and hormones, a commentary. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* Nº 26. 352-357. Extraído en 2010. [www.niaaa.nih.gov/publications/aa26.htm](http://www.niaaa.nih.gov/publications/aa26.htm)
53. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2007). Guía sobre drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.
54. Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Editorial Espasa Calpe.
55. Hollister, L. (1986). Health aspects of cannabis. *Pharmacology revue*, 38: 1-20.
56. Hall, W. (1994). Cannabis use and mental health. *Proceedings of the 1994 APSAD National Conference*. *Alcohol, Drugs and the Family* 4, 1-407.
57. Zimmer y Morgan, J.P. (1997). *Marijuana myths, marijuana facts, A review of the scientific evidence*. New York/San Francisco: The Lindesmith Center.
58. Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1979). *Textbook of Sexual Medicine*. London: Little, Brown.

59. Gamella, J. y Jiménez, María (2004). "Usuaris y usuarios expertos de cannabis en España: perfiles, motivaciones y patrones de consumo" Proyecto 50. 27-41.
60. San Martín, C. (2006). Las Disfunciones Sexuales en las Adicciones: Diagnóstico, Exploración y Tratamiento. Jornadas "Personas y Adicciones" Organizadas por Proyecto Hombre. Fundación Candeal
61. Ling, T. M. y Buckman, J. (1966). The Treatment of Frigidity with LSD and Ritalin. *Psychodelic Review*, 1, 450-458.
62. Zemishlany, Z., Aizenberg, D. y Weizman, A. (2001). Subjective effects of MDMA ("Ecstasy") on human sexual function. *European Psychiatry*, 16(2), 127-130.
63. Carrobes, J. A. y Sanz, A. (1998). *Terapia Sexual*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia. Fundación Universidad de Empresa.
64. Graña, E. (1999). Dificultades de la erótica. En Soto, J. y Graña, E. (Eds.), *Curso de educación afectivo-sexual para educador@s*. Vigo: ASETIL Educación de la Calle.
65. Heiman, J. R. y LoPiccolo, J. (2006). *Disfrutar el orgasmo*. Barcelona: Océano Ambar.
66. Kaplan, H. S. (1978). *La nueva terapia sexual*. Madrid: Alianza Editorial. Medicina y Salud.
67. Seco, K. (2009). *Eyacuación precoz: manual de diagnóstico y tratamiento. Una visión global e integradora*. Madrid: Editorial Fundamentos.