



ORIGINAL

## Efectos del consumo de drogas y de la ansiedad en la eyaculación precoz en una muestra de drogodependientes españoles

F. Javier del Río<sup>a,b,\*</sup>, Marina A. Cabello-García<sup>a</sup>, Francisco Cabello-Santamaría<sup>a</sup>, Laura Verdugo<sup>b</sup> y Jerónimo Aragón-Vela<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, Málaga, España

<sup>b</sup> Departamento de Psicología, Universidad de Cádiz, Puerto Real, Cádiz, España

<sup>c</sup> Departamento de Fisiología, Facultad de la Actividad Física y del Deporte, Universidad de Granada, Granada, España

Recibido el 21 de mayo de 2017; aceptado el 19 de septiembre de 2017

Disponible en Internet el 30 de marzo de 2018

### PALABRAS CLAVE

Eyaculación precoz;  
Drogas;  
Tiempo de  
abstinencia;  
Ansiedad

### Resumen

**Introducción:** La eyaculación precoz puede deberse a múltiples factores y uno de ellos puede ser el consumo de drogas.

**Objetivos:** El objetivo principal de este estudio es conocer cómo afecta el consumo de drogas a la respuesta eyacularia, teniendo en cuenta las diferentes sustancias de consumo, el nivel de ansiedad y el tiempo de abstinencia.

**Método:** Se utilizaron 2 muestras, una correspondiente a hombres que han tenido un historial de consumo de sustancias adictivas ( $n = 925$ ) y otra de hombres no consumidores ( $n = 82$ ). Ambas muestras fueron seleccionadas de 28 centros de tratamiento. Se utilizaron los cuestionarios Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) y el Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI).

**Resultados:** Los resultados muestran que los hombres con historia de consumo obtienen porcentajes mayores en eyaculación precoz frente a los no consumidores ( $44,3 > 15,9\%$ ) y puntuaciones medias también mayores en ansiedad (estadio =  $19,83 > 11,89$ ; rasgo =  $25,66 > 12,39$ ), siendo dichas diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ). Los resultados confirman que el período de abstinencia no mejora la respuesta eyacularia y tener pareja no funciona como factor de protección en la eyaculación precoz.

**Conclusiones:** Los hombres con historia de consumo de drogas tienen más probabilidad de padecer eyaculación precoz y más ansiedad, que no mejora en el período de abstinencia, lo que incita a pensar que los consumidores de drogas tienen rasgos de personalidad que predisponen la eyaculación precoz y/o que los daños neurológicos ocasionados por la drogas contribuyen a disminuir la latencia intravaginal eyacularia, cuestiones que deben ser estudiadas en próximas investigaciones.

© 2018 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [fjdelrio@iasexologia.com](mailto:fjdelrio@iasexologia.com) (F.J. del Río).



**KEYWORDS**

Premature  
ejaculation;  
Drugs;  
Withdrawal time;  
Anxiety

**Effects of drug use and anxiety on premature ejaculation in a sample of Spanish drug addicts****Abstract**

**Introduction:** Premature ejaculation may be due to many factors and one of them may be drug use.

**Aims:** The main objective of this study is to show how drug abuse affects the ejaculatory response, keeping in mind the different substances consumed, the level of anxiety and the period of withdrawal.

**Method:** Two samples were used, one for men who were addicted to drugs ( $N = 925$ ) and one of non-consumers ( $N = 82$ ). Both samples were selected from 28 treatment centers. The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) questionnaire and the State Anxiety Trait Questionnaire (STAI) were used.

**Results:** The results show that men with a history of consumption obtain higher percentages in premature ejaculation compared to non-users ( $44.3\% > 15.9\%$ ) and also higher mean scores in anxiety (State Anxiety =  $19.83 > 11.89$ ; Trait Anxiety =  $25.66 > 12.39$ ). These differences were statistically significant ( $P = .000$ ). The results confirm that the withdrawal period does not improve ejaculatory response and having a partner does not work as a protective factor in premature ejaculation.

**Conclusions:** Men with a history of drug use are more likely to suffer from premature ejaculation and higher levels of anxiety, which does not improve during the period of withdrawal, leading to the belief that drug users have personality traits that facilitate premature ejaculation and/or that the neurological damages caused by the drugs contribute to a decrease in the intravaginal ejaculatory latency, issues that should be studied in future investigations.

© 2018 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

En la literatura especializada se pueden encontrar diferentes definiciones de eyaculación precoz (EP), dependiendo del manual diagnóstico utilizado. La American Psychiatric Association, en la quinta edición de su manual diagnóstico y estadístico, define la eyaculación prematura (precoz), en su primer criterio, como «un patrón persistente o recurrente en que la eyaculación producida durante la actividad sexual en pareja sucede aproximadamente en el minuto siguiente a la penetración vaginal y antes de que lo desee el individuo»<sup>1</sup>. Dos cuestiones son destacables de esta definición, la primera es que tiene que darse penetración vaginal para poder diagnosticar la eyaculación prematura, con lo que, de forma estricta, quedarían fuera de este diagnóstico los hombres que eyacularan antes de llegar a penetrar, y aquellos que su penetración no se realizara en una vagina. El segundo aspecto a destacar es que la eyaculación se produce antes de que lo desee el individuo, con lo que se está incluyendo un aspecto subjetivo importante, que se puede encontrar mediatizado por inadecuados modelos sociales y/o culturales (como por ejemplo las películas para adultos). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud<sup>2</sup>, en su décima edición, define la EP como la incapacidad para retrasar la eyaculación el tiempo suficiente para disfrutar del coito, manifestado por cualquiera de los siguientes: aparición de la eyaculación antes o al inicio del coito (si se requiere un tiempo establecido: antes del coito o sus primeros 15 s), la eyaculación se produce en ausencia de erección suficiente como para llevar a cabo el coito. Además el problema no debe ser consecuencia de la abstinencia de la actividad sexual prolongada.

La Sociedad Internacional de Medicina Sexual (ISSM) reunió a un grupo de expertos para realizar una definición de la EP basada en la evidencia clínica<sup>3</sup>. En esta definición el grupo de expertos diferenciaron entre EP primaria (de toda la vida) o EP secundaria (adquirida), señalando además la dificultad del hombre en controlar el reflejo eyaculatorio y el malestar generado, concretándose dicho malestar en distrés, frustración y evitación del encuentro sexual. Este grupo de expertos también limita la definición de EP a la penetración vaginal, ya que no tienen suficiente información objetiva de que se presente en otras situaciones, como son el sexo oral, el sexo anal y en actividades sexuales entre personas del mismo sexo.

En cuanto a la prevalencia de esta disfunción, existen distintas cifras según los diferentes autores. En un estudio realizado en Suiza con hombres entre 18 y 25 años, el 11,4% presentaba EP<sup>4</sup>. Otros autores señalan una prevalencia del 20-30% en cualquier rango de edad<sup>5-7</sup>.

Esta disfunción puede tener un origen orgánico, psicológico o mixto. Entre las de origen orgánico se encuentran el hipertiroidismo<sup>3,8</sup>, la prostatitis<sup>9,10</sup> o un alteración hormonal (oxitocina<sup>11,12</sup>; prolactina<sup>13</sup>; testosterona<sup>14</sup>). Y entre las de origen psicológico se encuentran los problemas de pareja<sup>15</sup>, la presencia de una disfunción sexual en la pareja<sup>16</sup> y la ansiedad<sup>17-19</sup>. Con relación a la ansiedad, entendida como síntoma no como entidad patológica, es importante señalar que es muy frecuente en el proceso de deshabitación de drogas, por tanto, podría potenciar los efectos sobre la disfunción sexual que fueran consecuencia únicamente del consumo de sustancias.

Asimismo, algunos autores también señalan que esta disfunción sexual puede ser causada por el consumo de drogas recreativas<sup>20</sup>. En un estudio realizado en un centro de reclutamiento militar de Suiza, con jóvenes entre 18 y 25 años, presentaron EP el 43,9%, indicando los autores que entre las variables responsables, según ellos, se encontraba el consumo de alcohol y de medicamentos sin prescripción médica<sup>21</sup>. En otro estudio realizado con pacientes urológicos de Gana<sup>22</sup>, los autores hallaron porcentajes de EP del 70,5%, concluyendo que existía asociación entre el alcohol y la EP. Igualmente ocurre con el consumo de opiáceos, encontrándose porcentajes de EP de entre el 43,9% y el 58,3%<sup>23,24</sup>. Aunque ninguno de estos estudios fue realizado con población española, los datos reflejan la existencia de una asociación entre consumo de sustancias y EP. Como se ha indicado anteriormente, estos efectos pueden verse potenciados por la ansiedad propia del proceso de deshabitación.

Frente a los efectos negativos que tiene del consumo de sustancias y la ansiedad para la EP, hay que tener en cuenta el efecto asociado al hecho de tener pareja. Son numerosos los estudios que mencionan los beneficios que para la salud en general tiene el hecho de tener una pareja estable (existen diferentes teorías, relacionadas con el aspecto emocional, económico o con el hecho de tener un confidante con quien poder hablar), actuando como factor de protección para diferentes patologías<sup>25-28</sup>.

El objetivo del presente estudio es conocer cómo afecta el consumo de sustancias a la respuesta eyacularia en hombres españoles con problemas de consumo de sustancias, teniendo en cuenta además el efecto de la ansiedad y el de estar en pareja. Este es un aspecto muy importante, ya que en la mayoría de los centros de tratamiento específicos para drogodependientes no tienen en cuenta el área sexual, o simplemente se realiza alguna intervención de forma tangencial. Mediante este artículo se pretende señalar la importancia de esta área de cara a mejorar la intervención terapéutica. El objetivo se concreta en las siguientes hipótesis: 1. Los hombres que han sido consumidores de drogas presentarán mayor porcentaje de EP que los que no han sido consumidores; 2. La respuesta eyacularia mejora con el tiempo de abstinencia de consumo de drogas; 3. La ansiedad influirá negativamente sobre la respuesta eyacularia; 4. Tener pareja es un factor protector frente a la EP.

## Material y métodos

### Muestra

Se utilizaron 2 muestras, una correspondiente a hombres consumidores de drogas (925) y otra a hombres no consumidores (82). El primer grupo correspondía a personas que se encontraban en tratamiento por trastorno adictivo, y el segundo estaba compuesto por los familiares de los pacientes, que no tenían problemas de consumo de drogas. Se intentó la equiparación de los grupos en la variable edad, presentando el grupo de consumidores una media de edad de 34,56 años (DT = 7,67), teniendo el más joven 18 años y el mayor 61, y el grupo de no consumidores una media de 36,30 (DT = 8,30) años, teniendo el más joven 19 años y el mayor 61.

Para su inclusión en el estudio, los participantes debían ser mayores de edad, tener o haber tenido pareja sexual por tiempo superior a 6 meses y aceptar voluntariamente participar en el estudio. Se excluyeron del mismo las personas que presentaron cualquier enfermedad psíquica catalogada en el DSM-IV-TR<sup>29</sup>, a excepción de la adicción a sustancias, déficit del control de impulsos y disfunciones sexuales, y también las personas que estaban tomando alguna medicación.

Entre los datos sociodemográficos, al de grupo de consumidores se les solicitó que indicasen el tipo de sustancia que consumían habitualmente antes de la desintoxicación. Los datos se presentan en la tabla 1.

### Procedimiento

Se realizó un muestreo por conglomerados no probabilístico, consistiendo en seleccionar centros de tratamiento para drogodependientes, un total de 28 centros, distribuidos por todo el territorio nacional español (27 provincias), y solicitarles participar en el estudio. Una vez aceptaron participar, se les envió por mensajería toda la documentación necesaria (consentimiento informado y cuestionarios) y las instrucciones necesarias para pasar los cuestionarios a las personas participantes. Una vez rellena toda la documentación (consentimiento informado, cuestionarios, etc.), los centros de tratamiento la devolvían al investigador principal a través de mensajería.

### Instrumentos

Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS<sup>30</sup>). La versión validada al español por Aluja y Farré<sup>31</sup> 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 9 escalas diferentes (EP, disfunción eréctil, vaginismo, anorgasmia, no comunicación, no sensualidad, evitación, insatisfacción, infrecuencia). Los autores indicaron que puntuaciones superiores a 5 en las escalas eran un indicativo de disfuncionalidad<sup>30</sup>. En este estudio se analizaron únicamente los datos de la escala Eya-  
culación Precoz. Se calculó el alfa de Cronbach de la escala total para cada uno de los 2 grupos, dando como resultado una puntuación de 0,73 para el grupo de consumidores y de 0,74 para el de no consumidores. Se utilizó este cuestionario frente a otros que recomienda la literatura para evaluar la EP<sup>32,33</sup>, porque este artículo forma parte de un estudio mayor en el que se evaluó la respuesta sexual en personas drogodependientes, tanto en hombres como en mujeres, y en el que se utilizaron las 9 escalas del cuestionario GRISS para la evaluación de los pacientes.

Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI<sup>34</sup>) diseñado para medir la ansiedad. Tiene 2 escalas de autoevaluación para medir 2 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

**Tabla 1** Tipo de sustancia consumida, edad, tiempo de abstinencia medio y pareja

Sustancia consumida	N	%	Edad (DT)	Meses de abstinencia (DT)	Pareja	Tiempo pareja (DT)
Cocaína	471	50,92	32,78 (6,77)	8,37 (6,80)	261	92,54 (86,45)
Alcohol	116	12,54	40,66 (8,69)	8,43 (7,84)	58	140,97 (134,37)
Heroína	46	4,97	37,37 (7,16)	8,35 (9,09)	16	89,06 (75,82)
Cannabis	22	2,38	28,77 (6,73)	6,23 (5,80)	9	74,78 (79,66)
Fármacos estimulantes	16	1,73	31,94 (6,49)	8,81 (5,56)	5	80,60 (110,92)
Fármacos depresores	4	0,43	32,50 (10,41)	7,50 (9,82)	1	24 (-)
Cocaína y alcohol	103	11,14	34,97 (7,43)	10,24 (7,48)	57	122,35 (100,79)
Cocaína y heroína	80	8,65	36,15 (6,89)	8,70 (8,22)	22	72,14 (80,04)
3 o más sustancias	67	7,24	34,63 (7,03)	9,30 (9,15)	25	95,08 (93)
Total	925	100	34,56 (7,67)	8,64 (7,43)	454	100,86 (96,77)

DT: desviación típica.

La abstinencia se refiere a no consumo de drogas.

El tiempo en pareja se indica en meses.

**Tabla 2** Datos descriptivos y contraste de las diferencias entre grupos

	Consumidores (n = 925)			No consumidores (n = 82)			p <sup>a</sup>	d
	M	DT	D (%)	M	DT	D (%)		
<b>GRISS</b>								
EP	4,45	3	410 (44,32)	2,57	2,05	13 (15,85)	0,000*	0,73
<b>STAI</b>								
Estado	19,83	10,45		11,89	7,64		0,000*	0,87
Rasgo	25,66	10,14		12,39	6,15		0,000*	1,58

D: personas que han obtenido una puntuación disfuncional en el cuestionario; d: d de Cohen; DT: desviación típica; EP: eyaculación precoz; GRISS: Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction; M: media; STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo.

\* Test de Mann Whitney.

\* p &lt; 0,01.

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.

## Resultados

### Contraste del supuesto de normalidad

Para comprobar la normalidad de la muestra se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. El resultado indicó que no se podía aceptar el supuesto de normalidad ni en el grupo de consumidores (0,175; p = 0,000), ni en el grupo de no consumidores (0,150; p = 0,000).

### Análisis descriptivo y contraste de hipótesis

Con relación a las puntuaciones en ansiedad y en EP se observa que el grupo de consumidores obtiene puntuaciones medias mayores en EP (tabla 2). Cuando se transforma la puntuación directa en respuesta funcional y disfuncional, se observa que el porcentaje de participantes disfuncionales es mayor en el grupo de los hombres consumidores de sustancias (tabla 2). Asimismo, es mayor también la puntuación obtenida en el cuestionario de ansiedad, tanto en ansiedad estado como en ansiedad rasgo. Los resultados indican que

las diferencias son estadísticamente significativas, tanto en el cuestionario GRISS como en el STAI. Se calcula el tamaño del efecto mediante la d de Cohen, y se observa (tabla 2) que en el caso de la diferencia obtenida en la puntuación en EP entre los 2 grupos, la diferencia es moderada, mientras que la diferencia en la puntuación en ansiedad, tanto en estado como en rasgo, es grande<sup>35</sup>.

Los datos descriptivos que relacionan la EP y ansiedad en función del tipo de droga consumida se presentan en la tabla 3. Lo más destacable es que ninguna de las drogas de forma individual obtiene porcentajes de disfunción en EP menores que el grupo de no consumidores. Las personas que obtienen un mayor porcentaje de respuesta disfuncional son las que han consumido 3 o más sustancias (59%), y cocaína y heroína (55%). Los que presentan una puntuación media en ansiedad mayor, tanto en estado como en rasgo, son las personas que han consumido fármacos depresores (estado = 27,25; rasgo = 31,50) y heroína (estado = 21,46; rasgo = 27,54).

El tiempo medio de abstinencia en el consumo de los hombres consumidores fue de 8,66 meses (DT = 8,25). El tiempo mínimo fue de un mes y el máximo de 2 años. Para comprobar si el tiempo de abstinencia se relaciona con la presencia de EP se agrupó a los hombres consumidores en 3 grupos dependiendo del tiempo de abstinencia que presentaban cuando participaron en la investigación. Los grupos creados fueron: de 1 a 4 meses, de 5 a 12

**Tabla 3** Datos de eyaculación precoz y de ansiedad en función de la sustancia consumida

	Eyaculación precoz		Ansiedad estado	Ansiedad rasgo	
	M (DT)	Funcional			
	N (%)	N (%)			
Cocaína	4,25 (2,79)	276 (58,60)	195 (41,40)	18,88 (10,16)	24,77 (10,08)
Alcohol	4,20 (3,09)	70 (60,34)	46 (39,66)	21,38 (10,67)	27,36 (10,07)
Heroína	4,57 (2,54)	23 (50)	23 (50)	21,46 (11,30)	27,54 (9,44)
Cannabis	3,32 (1,99)	16 (72,73)	6 (27,27)	19,36 (13,14)	26,05 (10,86)
Fármacos estimulantes	4 (3,25)	10 (62,50)	6 (37,50)	19,63 (10,96)	24,63 (9,95)
Fármacos depresores	4,50 (1,91)	2 (50)	2 (50)	27,25 (8,46)	31,50 (11,39)
Cocaína y alcohol	4,60 (3,08)	55 (53,40)	48 (46,60)	19,39 (10,63)	25,70 (11,27)
Cocaína y heroína	5,39 (3,47)	36 (45)	44 (55)	21,34 (11,18)	26,91 (9,90)
3 o más sustancias	5,40 (3,69)	27 (40,30)	40 (59,70)	21,37 (8,76)	25,96 (8,96)
Total	4,45 (3)	515 (55,68)	410 (44,32)	19,83 (10,45)	25,66 (10,14)

DT: desviación típica; M: media; N: número; %: porcentaje.

**Tabla 4** Datos descriptivos de EP en función del grupo y de la pareja

	Consumidores con pareja (n = 454)			Consumidores sin pareja (n = 471)			p <sup>a</sup>
	M	DT	D (%)	M	DT	D (%)	
<i>GRISS</i>							
EP	4,36	2,88	186 (40,96)	4,54	3,11	224 (47,56)	0,401
No consumidores con pareja (n = 69)							
M	DT	D (%)					p <sup>a</sup>
<i>GRISS</i>							
EP	2,52	2,06	11 (15,94)	2,85	2,03	2 (15,38)	0,479

D: personas que han obtenido una puntuación disfuncional en el cuestionario; DT: desviación típica; EP: eyaculación precoz; GRISS: Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction; M: media.

<sup>a</sup> Test de Mann Whitney.

meses, y más de 12 meses sin consumir. La puntuación media en la escala EP fue disminuyendo a medida que aumentaba el tiempo de abstinencia (1-4 meses = 4,53; 5-12 meses = 4,45; más de 12 meses = 4,36). La prueba de Kruskal-Wallis indica que las diferencias no son estadísticamente significativas ( $\chi^2_{(2)} = 0,467$ ;  $p = 0,792$ ). Se realizó un análisis de correlación bivariada, analizándose la relación existente entre la variable tiempo de abstinencia y la puntuación en la escala EP. El resultado indica que no existe correlación significativa ( $Rho = -0,009$ ;  $p = 0,795$ ), por tanto se rechaza la hipótesis de que el tiempo de abstinencia mejora la EP.

En los datos descriptivos que relacionan pareja y EP se observa que, aunque las puntuaciones medias EP son superiores en los hombres que no tienen pareja, las diferencias no son estadísticamente significativas (tabla 4). En el grupo de consumidores el porcentaje de hombres sin pareja que han obtenido una puntuación disfuncional (47,56%) es mayor que en el grupo de hombres consumidores sin pareja (40,96%). Mediante la correlación Rho de Spearman se analizó si el tiempo en pareja influía en la puntuación en EP; se obtuvo una correlación significativa ( $Rho = 0,126$ ;  $p = 0,007$ ). Esta correlación indica que a mayor tiempo con la pareja, mayor probabilidad de obtener una puntuación alta, y por tanto disfuncional, en EP.

## Discusión

El interés principal de esta investigación era analizar las dificultades en la respuesta eyacularia 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 consumidoras tienen más dificultades en la respuesta eyacularia que las personas no consumidoras. Estudios previos señalan que las personas con problemas de adicción tienen más dificultades en la respuesta sexual que las personas no consumidoras<sup>36,37</sup>. En un estudio reciente llevado a cabo con 65 hombres consumidores de opiáceos en tratamiento con metadona se encontró que los consumidores tenían una prevalencia 3 veces mayor de EP que los hombres de la población general<sup>23</sup>.

Por investigaciones anteriores se sabe que el abuso de drogas puede provocar disfunciones sexuales en los hombres que consumen, por tanto, se puede suponer que el cese del consumo debería hacer que dicha disfunción desapareciera y la respuesta sexual mejorara con el paso del tiempo. Sin embargo, a tenor de los resultados obtenidos, se puede afirmar que la abstinencia no mejora la respuesta eyacularia. En la literatura científica se encuentran resultados similares, indicando que la respuesta sexual no mejora con el cese del consumo de sustancias. Vallejo-Medina y Sierra<sup>38</sup>

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<sup>39</sup>, quien afirma que los daños neurológicos causados por las sustancias adictivas son de larga duración. En el mismo sentido pudiera entenderse que los consumidores de drogas comparten rasgos de personalidad que facilitan el consumo y estos rasgos no se van a ver influenciados por el período de abstinencia.

Con relación a la ansiedad, se verifica que los hombres consumidores presentan mayores niveles de ansiedad media (tanto en ansiedad rasgo como en ansiedad estado) que los hombres sin historial de consumo de sustancias, siendo además dichas diferencias estadísticamente significativas. La ansiedad es un factor importante en el desarrollo de diferentes disfunciones sexuales, como señala la literatura al respecto<sup>40</sup>. De hecho la ansiedad puede provocar una mayor activación de la rama simpática del sistema nervioso y de los músculos responsables de la eyaculación, lo que aumenta la probabilidad de presentar EP, además se considera como factor predisponente, precipitante y mantenedor de la EP<sup>19</sup>, por esta razón era de esperar que los hombres consumidores presentaran puntuaciones medias mayores en la escala EP que los hombres no consumidores. De cualquier forma los datos que relacionan la EP y la ansiedad en función del tipo de droga consumida hay que tomarlos con cautela ya que el número de personas de cada sustancia es diferente, por tanto los resultados no serían totalmente comparables, aunque sí que ofrecen una idea general de cómo puede afectar la sustancia a la EP y a la ansiedad.

Respecto a la relación de pareja, no se puede afirmar que sirva de factor de protección, ya que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, y aunque la Rho de Spearman indica que a mayor tiempo de pareja mayor probabilidad de obtener una puntuación alta en EP, esto también puede ser debido exclusivamente al paso del tiempo y al mayor tiempo de consumo. La relación entre pareja y salud es conocida de anteriores investigaciones<sup>25</sup>, pero en este caso no se cumple dicha relación. Es necesario recordar que este análisis se ha limitado exclusivamente a la EP, y que, como se ha indicado anteriormente, el paso del tiempo, a pesar de tener pareja, puede estar relacionado con un mayor tiempo de consumo, y por tanto con un mayor deterioro de la relación de pareja y un nivel mayor de ansiedad de ejecución.

Como conclusiones más relevantes de este estudio se señalan las siguientes: las personas que consumen sustancias adictivas presentan más probabilidad de presentar EP que las personas que no han consumido dichas sustancias; esta probabilidad no mejora con el período de abstinencia, y además presentarán mayores niveles de síntomas de ansiedad. Estos son aspectos esenciales que se deberían tener en cuenta en el tratamiento de personas con problemas de abuso de sustancias adictivas.

El presente trabajo presenta las siguientes limitaciones, y la primera está relacionada con la información sobre la droga consumida que pueden aportar los participantes, ya que pueden haber informado únicamente de la sustancia que piensan que es la fuente principal del problema sin informar, por no darle importancia, de otras sustancias que también hayan consumido. La segunda limitación está relacionada con las sustancias con las que se pueden adulterar las drogas

ilegales, y de la que el participante no tiene información, y cómo dichas sustancias pueden afectar a la respuesta sexual. Asimismo, sería necesario realizar una mayor investigación que relacionara respuesta sexual, consumo de sustancias y pareja, para clarificar más detalladamente cómo se relacionan dichas variables.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Conflictos de intereses

Los autores y las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## 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 Rioja Proyecto Hombre La Rioja; Fundación CESPA Proyecto Hombre Asturias; Fundación Jeiki, Fundación Proyecto Hombre Navarra; Fundación Solidaridad y Reinserción Proyecto Hombre Murcia; Proyecto 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.

## Bibliografía

1. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5.a ed Washington, DC: APA; 2013.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor; 1992.

3. Serefoglu EC, McMahon CG, Waldinger MD, Althof SE, Shindel A, Adaikan G, et al. An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: Report of the Second International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation. *Sex Med* [Internet]. 2014;2:41–59. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2050116115300325> [citado 9 Feb 2017].
4. Mialon A, Berchtold A, Michaud P-A, Gmel G, Suris JC. Sexual dysfunctions among young men: Prevalence and associated factors. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2012;51:25–31. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X12000195> [citado 9 Feb 2017].
5. Hatzimouratidis K, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Montorsi F, et al. Guidelines on male sexual dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation. *Eur Urol* [Internet]. 2010;57:804–14. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0302283810001338> [citado 9 Feb 2017].
6. Porst H, Montorsi F, Rosen RC, Gaynor L, Grupe S, Alexander J. The premature ejaculation prevalence and attitudes (PEPA) survey: Prevalence comorbidities, and professional help-seeking. *Eur Urol* [Internet]. 2007;51:816–24. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0302283806008396> [citado 9 Feb 2017].
7. Prieto R, Cruz N, Cabello F, García F, Fernández A, Larrazabal M, et al. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la eyaculación precoz: recomendaciones de experto. *Rev Int Androl*. 2017;15:70–7.
8. Saitz TR, Serefoglu EC. Advances in understanding and treating premature ejaculation. *Nat Rev Urol* [Internet]. 2015;12:629–40. Disponible en: <http://www.nature.com/doifinder/10.1038/nrurol.2015.252> [citado 9 Feb 2017].
9. Gao J, Xu C, Liang C, Su P, Peng Z, Shi K, et al. Relationships between intravaginal ejaculatory latency time and National Institutes of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index in the four types of premature ejaculation syndromes: A large observational study in China. *J Sex Med* [Internet]. 2014;11:3093–101. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S17436095130624X> [citado 9 Feb 2017].
10. Lee JH, Lee SW. Relationship between premature ejaculation and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Sex Med* [Internet]. 2015;12:697–704. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515309565> [citado 9 Feb 2017].
11. Jern P, Westberg L, Johansson A, Jonsson L, Corander J, Sandnabba NK, et al. Are single nucleotide polymorphisms in the oxytocin and vasopressin 1A/1B receptor genes likely candidates for variation in ejaculatory function? *BJU Int* [Internet]. 2012 Dec;110(11c):E1173–80. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1464-410X.2012.11419.x> [citado 9 Feb 2017].
12. Waldinger MD. Ejaculatio praecox, erectio praecox, and detumescentia praecox as symptoms of a hypertonic state in lifelong premature ejaculation: A new hypothesis. *Pharmacol Biochem Behav* [Internet]. 2014;121:189–94. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091305713003389> [citado 9 Feb 2017].
13. Corona G, Mannucci E, Jannini EA, Lotti F, Ricca V, Monami M, et al. Hypoprolactinemia: A new clinical syndrome in patients with sexual dysfunction. *J Sex Med* [Internet]. 2009;6:1457–66. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515325121> [citado 9 Feb 2017].
14. Corona G, Jannini EA, Mannucci E, Fisher AD, Lotti F, Petrone L, et al. Different testosterone levels are associated with ejaculatory dysfunction. *J Sex Med* [Internet]. 2008;5:1991–8. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515321226> [citado 9 Feb 2017].
15. Althof S. The psychology of premature ejaculation: Therapies and consequences. *J Sex Med* [Internet]. 2006;3:324–31. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515314636> [citado 9 Feb 2017].
16. Dogan S, Dogan M. The frequency of sexual dysfunctions in male partners of women with vaginismus in a Turkish sample. *Int J Impot Res* [Internet]. 2008;20:218–21. Disponible en: <http://www.nature.com/doifinder/10.1038/sj.ijir.3901615> [citado 9 Feb 2017].
17. Corona G. Psycho-biological correlates of free-floating anxiety symptoms in male patients with sexual dysfunctions. *J Androl* [Internet]. 2006;27:86–93. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.2164/jandrol.05070> [citado 9 Feb 2017].
18. Fernández C, Padierna C, Villarona E, Amigo I, Fernández R, Peláez I. Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. *Psicothema*. 2011;23:374–81.
19. Seco K. Ejaculación precoz: manual de diagnóstico y tratamiento. Una visión global e integradora. Madrid: Editorial Fundamentos; 2009.
20. Peugh J, Belenko S. Alcohol, drugs and sexual function: A review. *J Psychoactive Drugs* [Internet]. 2001;33:223–32. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02791072.2001.10400569> [citado 9 Feb 2017].
21. Akre C, Berchtold A, Gmel G, Suris J-C. The evolution of sexual dysfunction in young men aged 18–25 years. *J Adolesc Health* [Internet]. 2014;55:736–43. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X14002377> [citado 9 Feb 2017].
22. Amidu N, Quaye L, Afoko AA, Karikari P, Gandau BBN, Amoah EO, et al. Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction for the presence of sexual dysfunction within a Ghanaian urological population. *Int J Impot Res* [Internet]. 2014;26:135–40. Disponible en: <http://www.nature.com/doifinder/10.1038/ijir.2013.52> [citado 9 Feb 2017].
23. Chekuri V, Gerber D, Brodie A, Krishnadas R. Premature ejaculation and other sexual dysfunctions in opiate dependent men receiving methadone substitution treatment. *Addict Behav* [Internet]. 2012;37:124–6. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306460311002772> [citado 9 Feb 2017].
24. Grover S, Mattoo S, Pendharkar S, Kandappan V. Sexual dysfunction in patients with alcohol and opioid dependence. *Indian J Psychol Med* [Internet]. 2014;36:355–65. Disponible en: <http://www.ijpm.info/text.asp?2014/36/4/355/140699> [citado 9 Feb 2017].
25. Cherlin AJ. Health, marriage, and same-sex partnerships. *J Health Soc Behav* [Internet]. 2013;54:64–6. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022146512474430> [citado 9 Feb 2017].
26. Ross CE, Mirowsky J. Theory and modeling in the study of intimate relationships and health. *J Health Soc Behav* [Internet]. 2013;54:67–71. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23418112> [cited 2017 May 7].
27. Zheng H, Thomas PA. Marital status, self-rated health, and mortality: Overestimation of health or diminishing protection of marriage? *J Health Soc Behav* [Internet]. 2013;54:128–43. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23321283> [cited 2017 May 7].

28. Ross CE, Mirowsky J, Goldsteen K. The impact of the family on health: the decade in review. *J Marriage Fam.* 1990;52:1059–78.
29. American Psychiatric Association (APA). DSM-IV-TR. Breviario. Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson; 2002.
30. Rust J, Golombok S. The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behav* [Internet]. 1986;15:157–65. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3718204> [citado 9 Feb 2017].
31. Blazquez A, Ruiz E, Vazquez A, Fernandez de Sevilla T, Garcia-Quintana A, Garcia-Quintana J, et al. Sexual dysfunction as related to severity of fatigue in women with CFS. *J Sex Marital Ther* [Internet]. 2008;34:240–7. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00926230701866232> [citado 9 Feb 2017].
32. Symonds T, Perelman M, Althof SE, Giuliano F, Martin M, Abraham L, et al. Further evidence of the reliability and validity of the premature ejaculation diagnostic tool. *Int J Impot Res.* 2007;19:521–5.
33. Arafa M, Shamloul R. Development and evaluation of the Arabic Index of Premature Ejaculation (AIPE). *J Sex Med.* 2007;4:1750–6.
34. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE, Manual STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo. Madrid: TEA Ediciones; 1982.
35. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2 th ed Hillsdale, N.J: Erlbaum; 1988.
36. Jiann B-P. Sexual dysfunction in men who abuse illicit drugs: A preliminary report. *J Sex Med* [Internet]. 2009;6:1072–80. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515324656> [citado 9 Feb 2017].
37. Vallejo-Medina P, Guillén-Riquelme A, Sierra JC. Análisis psicométrico de la versión española del Brief Sexual Function Inventory (BSFI) en una muestra de hombres con historia de abuso de drogas. *Adicciones* [Internet]. 2009;21:221–8. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/232> [citado 9 Feb 2017].
38. Vallejo-Medina P, Sierra JC. Effect of drug use and influence of abstinence on sexual functioning in a Spanish male drug-dependent sample: A multisite study. *J Sex Med* [Internet]. 2013;10:333–41. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515302447> [citado 9 Feb 2017].
39. Jiann B-P. Erectile dysfunction associated with psychoactive substances. *Chonnam Med J* [Internet]. 2008;44:117. Disponible en: <https://synapse.koreamed.org/DOLx.php?id=10.4068/cmj.2008.44.3.117> [citado 9 Feb 2017].
40. Cabello-Santamaría F. Manual de sexología y terapia sexual. Madrid: Editorial Síntesis; 2010.