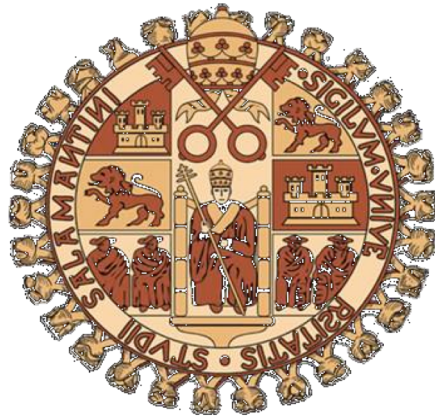


**UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y FISIOTERÁPIA.**

TESIS DOCTORAL

**ALTERACIONES DE LA ESFERA SEXUAL EN
PACIENTES CON TRASTORNO POR CONSUMO
DE ALCOHOL Y SU REPERCUSIÓN EN LA
CALIDAD DE VIDA**

RAQUEL FERNÁNDEZ OVEJERO



**UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y FISIOTERÁPIA.**

TESIS DOCTORAL

**ALTERACIONES DE LA ESFERA SEXUAL EN
PACIENTES CON TRASTORNO POR CONSUMO
DE ALCOHOL Y SU REPERCUSIÓN EN LA
CALIDAD DE VIDA**

**ALTERACIONES DE LA ESFERA SEXUAL EN
PACIENTES CON TRASTORNO POR CONSUMO
DE ALCOHOL Y SU REPERCUSIÓN EN LA
CALIDAD DE VIDA**

**Realizada por Raquel Fernández Ovejero
Dirigida por el Dr. AL. Montejo González
Co- dirigida por el Dr. JJ. Ávila Escribano**

Salamanca, 2015.

DR. DN. ANGEL LUIS MONTEJO GONZÁLEZ, PROFESOR TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA, MÉDICO PSIQUIATRA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA, SUBCOORDINADOR DEL ÁREA DE NEUROCIENCIAS DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE SALAMANCA (IBSAL); Y EL DR. DN. JOSÉ JUAN ÁVILA ESCRIBANO, MÉDICO PSIQUIATRA DE LA UNIDAD DE SALAMANCA DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL Y DOCTOR EN MEDICINA,

CERTIFICAN:

Que el presente trabajo de Tesis Doctoral titulado: ALTERACIONES DE LA ESFERA SEXUAL EN PACIENTES CON TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL Y SU REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA, ha sido realizado bajo nuestra dirección por Dña. Raquel Fernández Ovejero, licenciada en Medicina y Cirugía, reuniendo, a nuestro criterio, las condiciones metodológicas, de originalidad y presentación requeridas para ser sometida a la valoración del tribunal constituido para juzgarla y poder optar así al grado de Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Salamanca.

Y para que conste a todos los efectos oportunos, firmamos el presente certificado en Salamanca a de dos mil quince.

Fdo:
Dr..A.L. Montejo González

Fdo:
Dr. J.J. Ávila Escribano

Agradecimientos

AGRADECIMIENTOS

A los doctores Ángel Luis Montejo González y José Juan Ávila Escribano por su acertada guía científica, su apoyo incondicional, su constancia y su presencia de ánimo, sin cuya dirección este trabajo no habría sido posible.

A la Dra. Purificación Galindo por su ayuda imprescindible en el trabajo estadístico.

A las compañeras de la Unidad de Trastornos por consumo de Alcohol, por su colaboración en las citaciones, el archivo y disposición de la documentación Su generosa disposición facilitó en extremo la tarea realizada.

A mis compañeros, residentes y tutores. Especialmente a Ana y Lourdes, por ponerme fáciles las cosas mas difíciles. Su cercanía, ha conformado el mejor de los escenarios para trabajar con entusiasmo.

A la Dra. Carolina Lorenzo Romo y la Dra. M^a Ángeles Díez Sánchez por su desinteresado interés y apoyo en momentos de flaqueza.

A Julian Luís, por su valiosa colaboración en la presentación final de este trabajo.

A la asociación Española de Sexualidad y Salud Mental, que becando este proyecto facilitó su desarrollo.

A todos los pacientes a los que he abordado con mis cuestionarios, he escudriñado sin recato su esfera mas personal y me han permitido aprender de sus experiencias. Su sencillez y generosidad son dignas de mencionar en este apartado.

Índice

ÍNDICE DE CONTENIDOS:

	Pag
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. RELACIÓN DE ABREVIATURAS.....	9
3. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	13
3.1. El trastorno por consumo de alcohol	18
3.1.1. Concepto.....	18
3.1.2. Prevalencia y desarrollo.....	22
3.1.3. Problemática de la dependencia del alcohol.....	27
3.1.3.1. Problemática Orgánica.....	28
3.1.3.2. Alcohol y Conducta sexual	31
3.1.3.3. Consumo patológico de alcohol y nivel cultural.....	35
3.2. La disfunción sexual	39
3.2.1. Concepto.....	40
3.2.2. Influencia del alcohol en la disfunción sexual	43
3.2.2.1. Disfunción eréctil.....	51
3.2.2.2. Neuropatía autonómica.....	54
3.2.2.3. Hormonas.....	55
3.2.2.3.1. Estrógenos.....	55
3.2.2.3.2. Testosterona.....	56
3.2.2.3.3. Prolactina.....	59

3.2.2.3.4. Hormonas tiroideas.....	61
3.2.2.4. Fármacos.....	62
3.3. Calidad de vida y dependencia del alcohol.....	66
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	71
5. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	75
6. MATERIAL Y MÉTODO.....	79
6.1. Diseño del estudio.....	81
6.1.1. Recogida de datos.....	81
6.2. Muestra y Procedimiento.....	86
6.2.1. Criterios de inclusión.....	88
6.2.2. Criterios de exclusión.....	88
6.2.3. Finalización de la participación del paciente en el estudio.....	90
6.3. Variable s.....	91
6.3.1. Variables Universales.....	91
6.3.2. Referidas al diagnóstico de T. por Consumo de Alcohol	91
6.3.3. Referidas a la Calidad de Vida.....	92
6.3.4. Referidas a los intereses y prioridades vitales.....	92
6.3.5. Referidas a la función sexual.....	93
6.3.6. Referidas a los problemas de pareja y hábitos sexuales.....	94
6.3.7. Variables de influencia orgánica.....	95

6.4. Instrumentos de medida.....	95
6.4.1. Cuestionario EuropASI : Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (simplificada).....	96
6.4.2. EQ-5D: Cuestionario de salud y Calidad de Vida.....	98
6.4.3. EIDA: Escala de Intensidad de la Dependencia al alcohol.....	99
6.4.4. IIEF- 5: Índice Internacional de disfunción Eréctil (versión abreviada).....	100
6.4.5. SALSEX: Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos.....	101
6.4.6. SEXSAM: Cuestionario de Sexualidad y Salud Mental.....	103
6.4.7. KINSEY: Escala de Evaluación de la Actividad Sexual, modificada del Kinsey Institute	104
6.5. Análisis de datos.....	104
6.5.1. Revisión de los Métodos Estadísticos.....	105
6.5.2. Análisis de los Sesgos.....	107
6.6. Análisis deontológico.....	109
6.7. Incidencias.....	111
7. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	113
7.1 Resultados obtenidos en el primer contacto. Casos y controles.....	115
7.1.1. Resultados asociados a la escala EuropASI.....	116

7.1.2. Resultados asociados a la escala Kinsey.....	120
7.1.3. Resultados asociados a la escala SEXSAM.....	123
7.1.4. Resultados asociados a la escala SALSEX.....	125
7.1.5. Resultados asociados a la escala IIEF-5	127
7.1.6. Resultados asociados a la escala EQ-5D	130
7.1.7. Resultados asociados a la escala EIDA	131
7.1.8. Resultados asociados a la “hoja de datos Clínicos”.....	132
7.2. Resultados obtenidos en el segundo contacto	134
7.2.1. Resultados asociados a la escala SALSEX	135
7.2.2. Resultados asociados a la escala IIEF-5	136
7.2.3. Resultados asociados a la escala EQ-5D.....	139
7.2.4. Resultados asociados a la Hoja de Datos Clínicos.....	140
7.2.5. Otros resultados obtenidos.....	141
8. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	145
8.1. Primera hipótesis.....	147
8.2. Segunda hipótesis.....	148
8.3. Tercera hipótesis	149
8.4. Cuarta hipótesis.....	150
8.5. Quinta hipótesis.....	151
8.6. Sexta hipótesis.....	155

9. CONCLUSIONES	165
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	171
11. ANEXOS.....	193
11.1 Cuestionario EuropASI	195
11.2 Escala KINSEY modificada	204
11.3 Escala SEXSAM	206
11.4 Escala PRSexDQ-SALSEX	209
11.5 Escala IIEF-5	210
11.6 Escala EQ-5D	212
11.7 Escala EIDA	214
11.8. Hoja de datos clínicos.....	216
11.9. Consentimiento informado.....	216
11.10. Principales complicaciones del abuso del alcohol.	217

Introducción

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol está ampliamente extendido en nuestro medio, la facilidad de acceso a una amplia muestra de derivados es grande y el amparo sociocultural que justifica su consumo abusivo en amplias franjas de edad tienen como resultado la común coexistencia de Trastornos por Consumo de Alcohol (TCA) junto con otras patologías médicas, así como de forma aislada.

El consumo abusivo de alcohol se sitúa en nuestro país en un 4,5 % de la población entre 15 y 64 años, con un porcentaje del 0,4% de dependientes a esta sustancia. No cabe duda que estos pacientes se enfrentan a serios problemas de toda índole, donde nuestra intervención incide en muchos de ellos para abortarlos. Algunos de estos problemas son abordados con diligencia y empeño: la intoxicación aguda, la dependencia, la organicidad secundaria, la repercusión en el mundo laboral, social y familiar...contemplamos estos aspectos como parte inseparable del paciente con problemas de consumo de alcohol. Pero ¿su sexualidad? ¿es adecuada? ¿es importante para ellos? ¿interferimos perniciosamente en ella con nuestros tratamientos? ¿influye en su calidad de vida?

El estudio de la disfunción sexual en este grupo de pacientes ha sido ya abordado en diferentes ámbitos y bajo diferentes perspectivas, si bien hay que reconocer que este tipo de estudios cuenta con menor peso bibliográfico que otras afecciones orgánicas, dado el olvido, voluntario o condicionado culturalmente al que ha sido sometida esta materia. Los resultados, en su mayoría, arrojan evidencias de la implicación negativa que el exceso de alcohol tiene en la vida sexual. Cifras de afectación sexual global entre el 20% y 63% incluso cifras del 83% en los varones están recogidas, donde el bajo deseo y las dificultades de erección sobresalen sobre otros aspectos disfuncionales. En las mujeres, 10% de vaginismo y 5% de dispareunia se mencionan en un estudio realizado en la UTA

de Salamanca, siendo mas bajas que las presentadas en otras muestras. Cifras no desdeñables que muestran la evidencia de un problema añadido. Se barajan diferentes causas, e influyen determinadas variables como el sexo, la edad o la cuantía del consumo y la gravedad de la dependencia. Los resultados pueden estar influidos por las diferentes pruebas, en ocasiones sofisticadas, empleadas para cuantificar cómo y en qué medida la percepción de satisfacción sexual se relaciona con variables fisiológicas. En nuestro medio, prima la escasez de estudios al respecto y dado que disponemos de una Unidad de Tratamiento de los Trastornos por uso de alcohol (UTA), que nos facilita el acceso directo a este tipo de pacientes, consideramos interesante aportar datos concretos que redunden en una mayor eficacia y eficiencia en su manejo. El estudio realizado con pacientes de esta misma unidad, realizado en el año 2003, que abordaba las dificultades sexuales en estos pacientes, fue realizado transversalmente con una muestra representativa de los pacientes de la unidad sin criterios de exclusión, lo que implicaba otros factores asociados de riesgo de patología sexual. Objetivan una función sexual en consonancia con la población general y una mayor afectación en pacientes sometidos a alteraciones orgánicas, psiquiátricas o a tratamientos farmacológicos.

La repercusión tanto del compromiso sexual como de la afectación del alcohol en la calidad de vida de estas personas, puede ofrecernos una visión fiable de la importancia de explorar, analizar y tratar en la medida de lo posible los síntomas en su conjunto, incluidos los trastornos sexuales en función de los resultados obtenidos y respecto a la verdadera trascendencia que tienen estos problemas para el paciente. Ciertamente es que los estudios publicados muestran cómo el paciente alcohólico se resiente en su satisfacción general por su vida. Creemos de interés valorar este aspecto en nuestros pacientes, y es por ello que estudiamos la conducta sexual también con el objetivo de comprender de que

forma esta conducta puede influir en relaciones que en si mismas son generadoras de estabilidad y satisfacción personal en el individuo y por tanto punto de apoyo a la percepción de una mejor calidad de vida.

Hemos considerado a la luz de los conocimientos previos y de nuestra experiencia diaria que el abuso y dependencia del alcohol condicionarían negativamente la función sexual de nuestros pacientes, y que esta disfunción podría mejorar con la abstinencia; que un consumo de alcohol más intenso ocasiona una mayor afectación sexual; pensamos que la afectación orgánica manifiesta, así como el consumo de fármacos, revelará un mayor daño en su sexualidad; que estas alteraciones condicionarán una peor percepción de la calidad de vida del sujeto y por último, que estos cambios serán reversibles tras la abstinencia al alcohol.

Consideramos que el interés y la preocupación por el funcionamiento sexual aflora ya de forma espontánea y manifiesta en nuestras consultas de manera que aquellos aspectos que interfieran en su desarrollo implican considerable preocupación en los pacientes. Esta supuesta importancia por nuestra práctica laboral diaria percibida, aprovechamos para cuantificarla en este estudio. Una de las preguntas que nos planteamos es si seguiremos dedicando tiempo y recursos al estudio de un aspecto de la vida de unos pacientes inmersos en importante problemática social, laboral y familiar donde quizá el aspecto sexual carezca de excesiva importancia para ellos. La abstinencia y la evitación de repercusión orgánica parecen ser los principales objetivos a alcanzar en una unidad de tratamiento del consumo de alcohol relegando al olvido esferas que no parecen tener un peso específico como la sexual. Valorar este aspecto puede suponer un referente en el manejo integral del paciente alcohólico. Para ello, la escala SEXSAM, generada inicialmente para el estudio de aspectos de la vida sexual del paciente psicótico

nos pareció adecuada dada la amplitud de parámetros que contempla y la visión general que proporciona. Igualmente, la escala KINSEY nos proporciona información sobre los hábitos y características sexuales de nuestros pacientes. El funcionamiento sexual fisiológico queda representado en la escala SALSEX, siendo esta escala válida para objetivar la relación con el tratamiento farmacológico, que dado el diseño del estudio, era previsible utilizar. Utilizamos de forma simultánea la escala IIEF-5, modificada en el caso de las mujeres, sustituyendo el término “erección” (objeto de valoración de la escala) por “lubricación”, al ser ambos términos equiparables fisiológicamente, con el objeto de explorar la aceptación y dificultades que pudieran presentarse en las mujeres. ¿Sería factible el empleo de la escala IIEF-5 en mujeres variando únicamente el término “erección” por “lubricación”? ¿Presentaría dificultades su aplicación en mujeres? ¿Cuáles serían estas dificultades de presentarse? Decidimos explorar estos aspectos y presentar esta escala a ambos sexos con esta variación descrita, sin olvidar la exclusiva validez sólo en varones. El sentimiento de bienestar y de funcionamiento global, de forma breve podían ser recogidos a través de la escala EQ-5D. Por último, a través del cuestionario EuropASI recogemos las variables sociodemográficas, familiares, laborales, médicas y psiquiátricas que contienen variables de interés fundamental a la hora del análisis. Es habitual en la práctica diaria de la UTA la evaluación del grado de dependencia al alcohol evaluado a través de la escala EIDA, datos que aprovechamos para establecer la relación entre este parámetro y el funcionamiento sexual. Consideramos que las situaciones de consumo activo o abstinencia podrían mostrar diferencias en los resultados del funcionamiento sexual global, así como podrían acontecer variaciones en los valores de las hormonas más directamente relacionadas con la sexualidad, como los estrógenos (E), prolactina (PRL) y testosterona (Tt). Su cuantificación fue también considerada en este trabajo.

Pretendemos con este trabajo valorar si se afecta y cómo lo hace la esfera sexual en pacientes con consumo patológico de alcohol, así como su repercusión en la calidad de vida percibida, empleando las escalas más adecuadas para su cuantificación y abordando la evolución posible en función de los diferentes estadios de la enfermedad (situación de dependencia, tratamiento y abstinencia) por los que puede atravesar el paciente.

Justificamos nuestro estudio con la necesidad de conocer aquellos aspectos que condicionan la sexualidad de nuestros pacientes dependientes del alcohol así como la importancia que para ellos esto representa y la repercusión en su calidad de vida, dada la escasez de estudios que abarquen estos aspectos en una misma muestra. Valorar la intensidad de la afección alcohólica desde las perspectivas de dependencia ocasionada, cantidad diaria ingerida y años de consumo, conforman una visión integradora de lo que es el hábito enólico y puede aportar datos diferenciadores. Esto nos permitiría conocer con mayor profundidad las necesidades del paciente y seleccionar las prioridades de nuestros objetivos terapéuticos.

Para ello diseñamos un estudio longitudinal, observacional y descriptivo. Una serie de casos a los que añadimos un grupo control. Intervenimos en dos momentos diferentes en cuanto a los esperado de su situación de consumo, asumiendo la posibilidad conocida de encontrarnos pacientes que a pesar del tratamiento y las ayudas establecidas no abandonen el hábito.

Detallamos la metodología empleada, los instrumentos de medida, las incidencias acontecidas, los resultados obtenidos y los sesgos detectados. Las conclusiones alcanzadas nos llevan a reflexiones sobre el manejo integral de estos pacientes.

Relación de abreviaturas

2. RELACIÓN DE ABREVIATURAS

ALT	Alanino amino transferasa
AST	Aspartato amino transferasa
BioT	Testosterona biodisponible
CdV	Calidad de vida
DE	Disfunción eréctil
DGPNSD	Delegación del gobierno. Plan nacional sobre drogas.
DM	Diabetes mellitus
DS	Disfunción sexual
DSF	Disfunción sexual femenina
DSM-V	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª Ed
DHEAS	Dihidroepiandrosterona
E2	Estrógenos (Estradiol)
GGT	Gamma glutamiltranspeptidasa
HPG	Eje hipotálamo hipofisario gonadal
IMC	Índice de masa corporal
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de la Serotonina
IRSD	Inhibidores de la recaptación de Serotonina y Dopamina.
LH	Hormona luteinizante
PRL	Prolactina
Tbio	Testosterona biodisponible
TCA	Trastorno por consumo de alcohol
Tt	Testosterona total
TL	Testosterona libre
UBE	Unidades básicas de etanol
UI	Unidades internacionales
UTA	Unidad de tratamiento de trastornos por uso del alcohol

Marco Teórico referencial

3. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

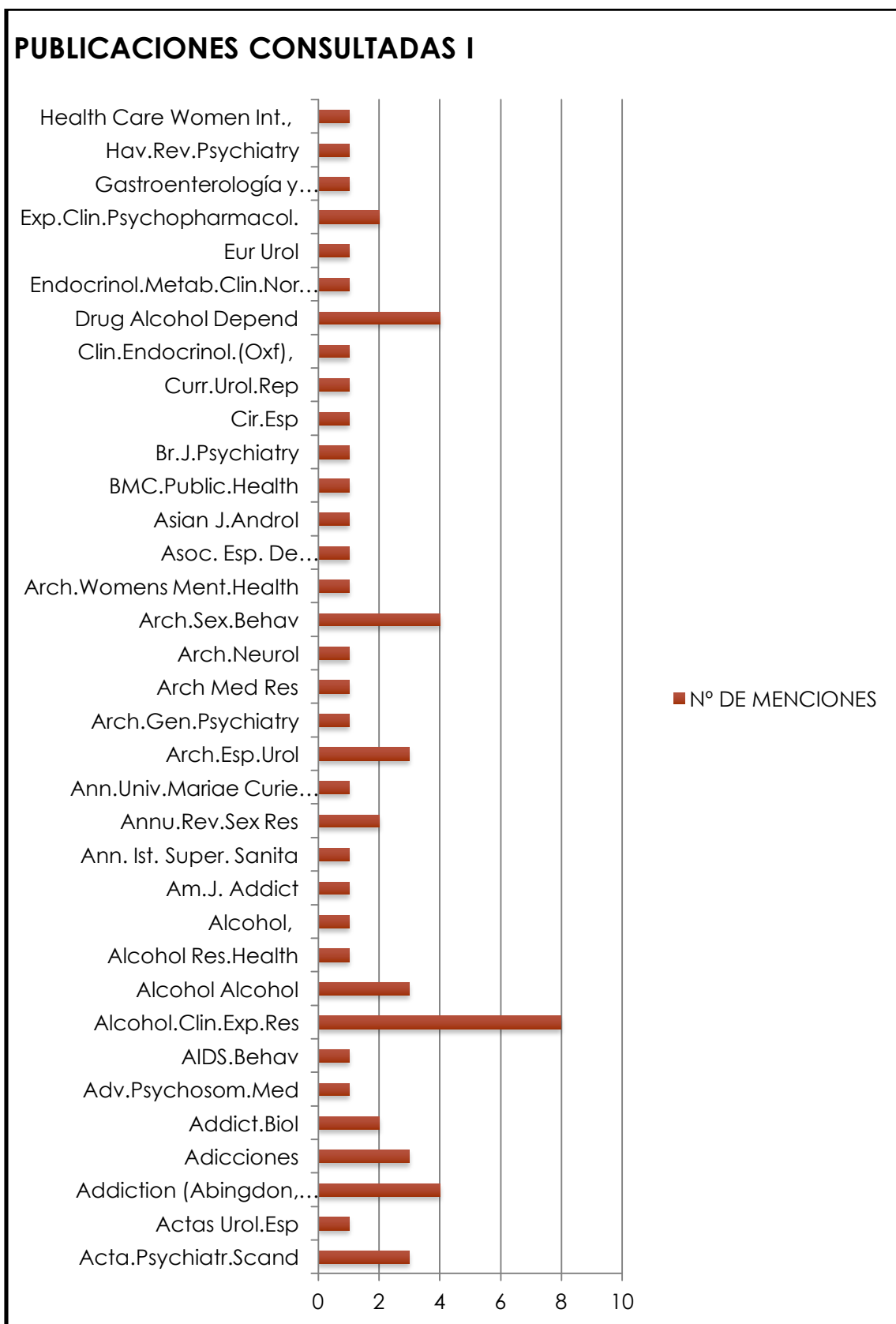
Acudimos a las siguientes bases de datos para recoger la información disponible sobre el tema a estudio: MEDLINE, MEDES, SciELO, LILACS, COCHRANE. Utilizamos los buscadores PubMed y Google Scholar.

Las palabras clave empleadas fueron: *alcoholism, alcohol dependence, sexuality, eréctil disfunction, sexual behavior, sexual dysfunction, life quality, Cyanamide, Disulfiram, Nalmefeno, Naltrexone, hormonal* y sus variantes y combinaciones.

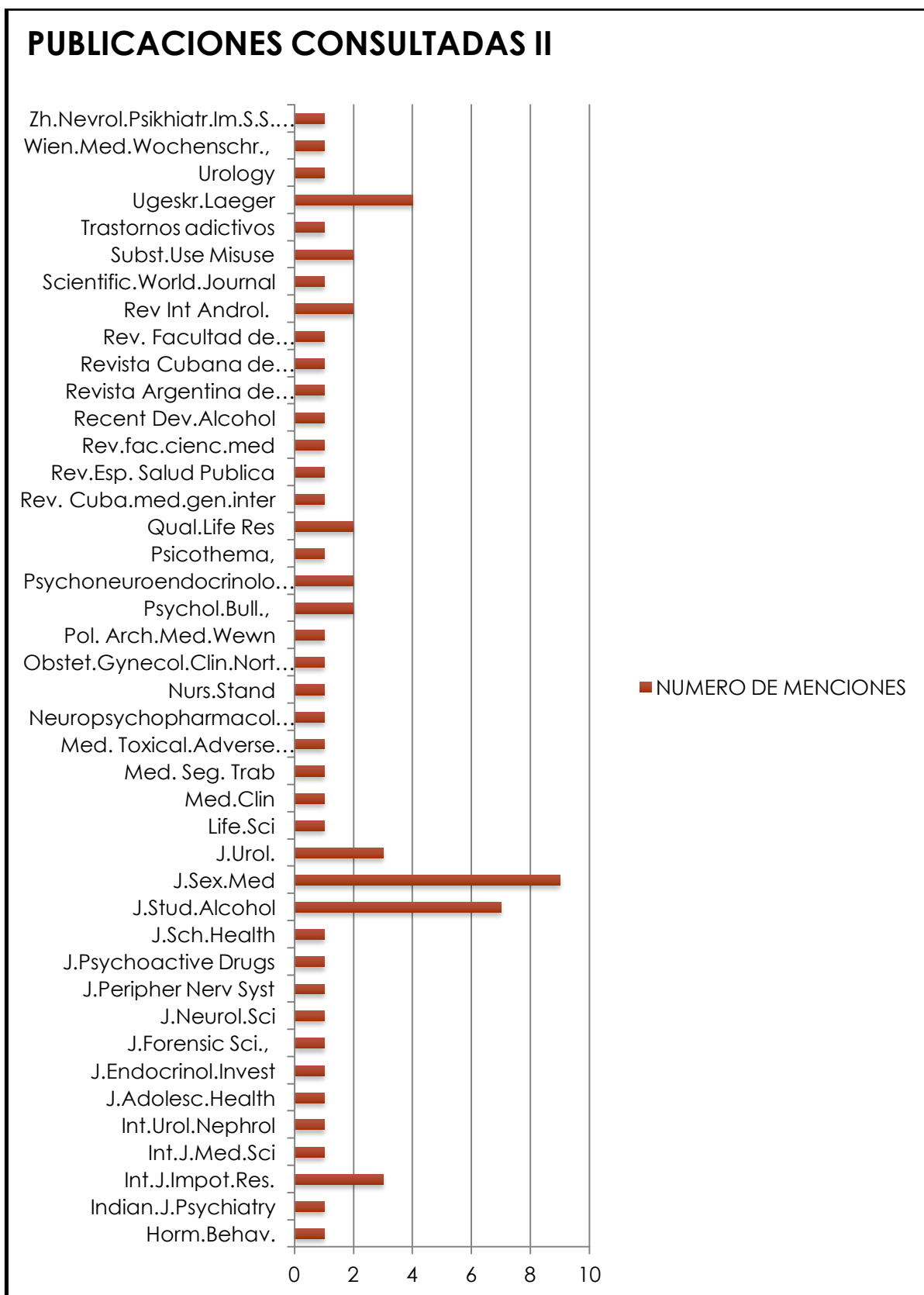
Se establecieron como criterios de selección: Artículos de estudios relacionados con el abuso de alcohol y la sexualidad, que aportaran datos epidemiológicos, factores de riesgo, métodos diagnósticos, métodos de cribado, calidad de vida, conducta y tratamientos.

Revisamos 147 referencias correspondientes a 76 revistas científicas, donde destaca en primer lugar, por su mayor aportación a este trabajo la revista estadounidense “The Journal of Sexual Medicine”, seguida de “Alcoholism: Clinical and Experimental Research”, también norteamericana. Boletines oficiales, libros especializados, trabajos de revisión, informes de consenso científicos, guías, manuales de diagnóstico y páginas de opinión han sido también consultadas.

En las tablas 1 y 2 se reflejan estos datos.



-Tabla 1- Publicaciones consultadas 1ª parte.



- **Tabla 2- Publicaciones consultadas 2ª parte.**

3.1. El Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA)

3.1.1. Concepto

El Trastorno por consumo de Alcohol (TCA) es definido en el DSM-V como “un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos en dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Consumo frecuente de alcohol en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol, a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo del alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia definida por alguno de los siguientes hechos:
 - Necesidades de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, manifestada por:
 - Dos o más de los signos y síntomas siguientes a las pocas horas o pocos días de cesar (o reducir) el consumo de alcohol:
 - Hiperactividad del sistema nervioso autónomo
 - Incremento del temblor de las manos
 - Insomnio
 - Náuseas o vómitos
 - Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
 - Agitación psicomotriz
 - Ansiedad
 - Convulsiones tónico – clónicas generalizadas.
 - a. Los signos o síntomas del grupo A provocan un malestar significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

b. Los signos o síntomas no pueden ser atribuidos a otra sustancia u otra afección médica.

Debemos especificar si: “con alteraciones de la percepción”.

c. Se consume alcohol o una sustancia muy similar para evitar o aliviar los síntomas señalados.

Debe especificarse la situación de remisión y la gravedad actual del proceso.

El término **Alcoholismo** (“alcoholism”) es de significado variable y usado durante mucho tiempo y se emplea generalmente para referirse al consumo crónico y continuado o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas.

Este término fue acuñado originalmente en 1849 por Magnus Huss. Hasta la década de 1940 hacía referencia principalmente a las consecuencias físicas del consumo masivo y prolongado (alcoholismo beta en la tipología de Jellinek). Otro concepto más estricto es el alcoholismo considerado como enfermedad, que está marcado por la pérdida de control sobre la bebida, causado por una alteración biológica preexistente y que tiene una evolución progresiva previsible. Más adelante, Jellinek y otros autores emplearon el término para designar el consumo de alcohol que provoca cualquier tipo de daño (físico, psicológico, individual o social). Jellinek subdividió el alcoholismo así definido en una serie de tipos designados con letras griegas (vease tipología de Jellinek). La imprecisión del término hizo que un Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo desaprobara en 1979, dando preferencia a una expresión más concreta, “**síndrome de dependencia del alcohol**”, que es uno de los muchos problemas relacionados con el alcohol. El alcoholismo no está incluido en las categorías diagnósticas

de la CIE-10 (ICD-10). No obstante, continúa observándose en la literatura como expresión de enfermedad (MSPSI). Nosotros preferimos el término Trastorno por consumo de Alcohol (TCA) por englobar este concepto diferentes situaciones patológicas dependientes del empleo de esta sustancia. Esto no impide que aparezca el término alcoholismo con las connotaciones referidas.

En relación al consumo diario medio de alcohol se establece una tipología de pacientes bebedores o no bebedores, cuya clasificación en 6 tipos describimos (tabla 3). Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) el alcohol es considerado como una droga, pues cumple con los criterios que definen a una sustancia como tal: genera adicción, provoca tolerancia y su ausencia provoca el síndrome de abstinencia.

Tipo de bebedores	HOMBRES			MUJERES		
	MI/cc	Gr.	UBEs	MI/cc	Gr.	UBEs
1. Abstinentes	0	0	0	0	0	0
2. Ligeros	1-25	0,8-20	1-2	1-25	0,8-20	1-2
3. Moderados	26-75	21-60	3-6	26-50	21-40	3-4
4. Altos	76-100	61-80	7-8	51-75	41-60	5-6
5. Excesivos	101-150	81-120	9-12	76-100	61-80	7-8
6. Gran riesgo	+150	+120	+13	+100	+80	+8

-Tabla 3-Dirección General de Salud Pública del MSPSI.

Para la detección del trastorno en la población general, disponemos de herramientas de cribaje ampliamente utilizadas: Cuestionario AUDIT, Test de MALT, Test de CAGE... En España el cuestionario más usado anteriormente era el CAGE, sin embargo nuevos estudios han incluido el AUDIT como es el caso del EDADES, estudio que evaluó la prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas en España en el periodo de

2009-2010 y que por primera vez introduce este cuestionario para la identificación de bebedores de riesgo. Otros estudios realizados en España han intentado relacionar el consumo de alcohol a través de los resultados de la aplicación simultánea de este cuestionario y pruebas biológicas en trabajadores del sector público (Ramirez, 2011).

3.1.2. Prevalencia y Desarrollo

La aceptación social y cultural de que han disfrutado las bebidas alcohólicas en nuestro país ha facilitado la consolidación entre los ciudadanos de unas actitudes frente a los consumos de alcohol dominadas por la enorme tolerancia social hacia los mismos (su bajo nivel de rechazo), que han contribuido sin duda a la expansión de la ingesta de bebidas alcohólicas. Todo ello, a pesar de que son conocidos los graves efectos asociados al consumo del alcohol, tanto desde la perspectiva social como de la salud pública, si bien hasta etapas muy recientes el alcoholismo no ha emergido como un problema social.

La integración del alcohol en nuestra cultura es tan intensa que impregna las creencias e influye en la configuración de determinadas actitudes y conductas. En una investigación realizada en una muestra nacional entre padres y madres, con hijos entre 12 y 24 años, un 63,8% de los entrevistados creía que el alcohol tenía una serie de efectos beneficiosos a nivel orgánico, psicológico y social, entre los que se incluían: que el alcohol ayuda a la digestión, estimula la circulación, combate el frío, cura los catarros y favorece el crecimiento, provoca euforia y alegría, infunde valor, aumenta el tono vital y ayuda a tomar decisiones, facilita las relaciones sociales, el inicio de las relaciones sexuales, ayuda a superar las dificultades sociales y profesionales, así como estimula la creatividad intelectual (Sanchez-Pardo, 2004).

Nuestro país ha ocupado tradicionalmente los primeros lugares entre los países europeos en cuanto a consumo de alcohol se refiere. No obstante, los datos muestran un descenso importante del consumo alcohol/año entre 1970 y 2010. Estos datos sugieren una fuerte tendencia a la reducción del consumo de vino a lo largo de los años, y un incremento del consumo de cerveza, mientras que el consumo de licores y bebidas espirituosas se mantendría estable. El consumo global parece haber disminuido notablemente, en una primera fase desde finales de los años 70 hasta mediados de los 90, y luego tras unos años de estabilidad las encuestas de consumo 2009 – 2010 indican un repunte en el consumo intensivo y pérdida de control, así como de policonsumo con otras sustancias. Parece existir una cierta radicalización en el sentido de que parecen consumir más los bebedores que beben más y cada vez menos o nada los que beben menos (Pascual, 2013)

Desde 1995, el Plan Nacional sobre Drogas realiza, cada dos años, una Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España en población general residente en hogares (15-64 años). Los resultados son representativos a nivel nacional. Los últimos datos según la encuesta EDADES 2013 (DGPNSD 2013) indican que el alcohol es la droga más consumida por los españoles en los doce últimos meses, de modo que el 78,3% de los encuestados dicen haber consumido alcohol en el último año y los hombres realizan una mayor ingesta de alcohol que las mujeres (83,2% vs. 73,4%). En la población de 15 a 64 años, utilizando la escala AUDIT (test para detectar la dependencia alcohólica), el 4,9% de los encuestados tienen un consumo problemático de alcohol, de éstos, el 4,5% presentan un consumo de riesgo y el 0,4% una posible dependencia (MSPSI, 2015).

Haciendo referencia al TCA como tal, su prevalencia era en el 2011 en el 0,8%, presentando los varones una frecuencia más elevada que las mujeres (un 6,3% frente a un

0,9%) (Haro, 2006; Pulido, 2014). Según un estudio efectuado en la Comunidad de Castilla-León, presentan un consumo de riesgo ocasional 1 de cada 3 hombres (34,6%) y 1 de cada 5 mujeres (20,8%), mientras que las personas que presentan TCA son 1 de cada 10 hombres (9,5%) y 1 de cada 15 mujeres (6,3%) (Álvarez, 2006).

El primer episodio de intoxicación por alcohol suele suceder hacia la mitad de la adolescencia, apareciendo problemas asociados al consumo de alcohol antes de los 20 años aunque no cumplen criterios para diagnosticar el trastorno. La gran mayoría de quienes desarrollan un trastorno por consumo de alcohol, lo hacen al final de la treintena, si bien viene observándose un adelanto en la edad de aparición. Las primeras evidencias de la abstinencia no suelen aparecer hasta que no se desarrollan otros aspectos del trastorno (DSM-V).

Entre las notas distintivas que caracterizan el consumo juvenil de alcohol, y que se exponen ampliamente en el último Informe del Observatorio Español sobre Drogas, editado recientemente por el Gobierno, cabe señalar la disminución de la edad del primer contacto con esta sustancia así como la forma compulsiva que llega a alcanzar este consumo, con un 2,6% de jóvenes de 15 a 28 años que se emborracha todos los fines de semana. Es importante señalar la embriaguez, ya que es una especie de rito de transición o rito de paso casi obligatorio para los adolescentes. Parece como si fuera una “socialización obligatoria” a la que apenas existen alternativas de resistencia.

El problema del consumo abusivo entre los jóvenes españoles está creciendo desde hace años, en lo que representa una nueva forma de beber más compulsiva que podemos denominar ‘beber concentrado’ (termino por el que se puede traducir el ‘binge drinking’ inglés). Esta forma de beber es nueva entre nosotros y, hasta ahora, ha sido muy poco frecuente entre los adultos. Sin embargo, hay que prever que en un futuro inmediato no

sólo será típica entre los adolescentes y jóvenes, sino que a medida que vayan creciendo conservarán esta nueva forma de beber en su paso a la adultez, que antes solo atribuíamos a los países centro europeos o anglosajones. Además, esta nueva forma de beber se asocia a más problemas como son: afectación de la maduración cerebral en los adolescentes, mayor capacidad de generar problemas con el alcohol, problemas con la conducción, violencia, prácticas de riesgo sexuales, etc.

Sin embargo, la sociedad española no parece en exceso alarmada por estos nuevos consumos, ni por estos cambios culturales. Hay algunas excepciones a la regla, como cuando se generan problemas de convivencia vecinal, o bien, temporalmente, cuando se habla de ello en los medios de comunicación, pero enfocado sólo como un problema entre colectivos (los que se divierten y los que quieren descansar). No se han encendido las alarmas y tampoco parece claro que se vayan a encender si no se hace una labor por parte de todos y cada uno de los profesionales y de las organizaciones que les representan. Los fracasos recientes en esta y en la anterior legislatura en la tramitación de leyes que regulen y protejan el consumo de alcohol por los menores de edad pueden tener un alcance mayor del que parece. Porque así como se ha llegado a la ‘normalización’ del consumo de drogas, con los mismos criterios se puede llegar a la ‘normalización’ de las consecuencias del consumo de alcohol y otras drogas (violencia, sexualidad de riesgo, anomia, malestar, desigual (Calafat, 2007).

Otro aspecto a resaltar es la creciente incorporación de las mujeres jóvenes al consumo de alcohol. Datos cuantitativos en cuanto a la relación entre alcoholismo masculino y femenino se han barajado muchos y todos ellos varían, pero parece que la proporción en trastornos por dependencia del alcohol se sitúa en 4:1 en nuestro país, en otros como en Estados Unidos la relación se sitúa en 1,5:1. Pero esta tendencia a igualarse

los consumos no ha ido paralela a la aceptación social de la tolerancia al trastorno en relación al género siendo peor vista la mujer consumidora que el hombre. La sobriedad de la mujer dictada por los códigos sociales, la ha preservado durante bastante tiempo de las consecuencias negativas asociadas al uso del alcohol, pero la tendencia actual a la reducción de las diferencias entre sexos modifica también los roles y por tanto las actitudes ante el alcohol (Diez-Hernández, 2003; Clark, 2004). En estos momentos, existe una equivalencia en las tasas de consumo entre ambos sexos en las edades comprendidas entre los 15 y los 18 años (Pons y Berjano, 1999).

El alcoholismo en la población femenina ha sido un tema tabú hasta fechas muy recientes, pues no sólo era una lacra que estigmatizaba socialmente a la mujer, también era una lacra vergonzante que la marginaba en el ámbito familiar, de tal forma que la mujer se convertía en un ser socialmente excluido, y familiar y afectivamente rechazado. La mujer ha tenido tradicionalmente menos acceso que el hombre a un consumo socializado y público del alcohol, siendo su consumo fundamentalmente individual y secreto, y generalmente asociado a una fuerte carga de culpabilidad (Senra, 2007) . Actualmente se está produciendo un fuerte incremento del consumo de alcohol entre la población femenina de nuestro país, llegando al dato preocupante de que una de cada cuatro adolescentes consume alcohol en niveles de riesgo (Instituto de la Mujer, 2000). Además se observa un consumo cada vez más temprano de alcohol en mujeres con las consecuencias que este hecho conlleva (McMoon, 2008).

Un dato a añadir, es que han sido menos estudiadas que los varones. A menudo exhiben un desarrollo rápido de los problemas relacionados con la bebida. Esto significa que aunque empiezan a beber más tarde, solicitan tratamiento antes que los hombres. La mayoría de las mujeres empiezan a beber a una edad media, mientras que los varones

inician el consumo más temprano. Las mujeres constituyen una minoría entre los sujetos que acuden a buscar tratamiento y con frecuencia no se incluyen en los estudios de seguimiento (Lucas Carrasco, 2002). Dado el aumento de mujeres iniciadas en el consumo de alcohol, parece sensato incluirlas en los estudios sobre el tema.

3.1.3. Problemática de la dependencia al alcohol.

Conocemos que el alcohol puede provocar efectos físicos, mentales y sociales, que están condicionados a la cantidad de alcohol ingerida y a los hábitos de consumo. Y que los problemas sociales y económicos relacionados con el consumo del alcohol afectan no sólo a los bebedores, sino también a los que le rodean y suponen un coste económico y social para la sociedad en su conjunto. A nivel mundial, se prevé que el alcohol afecte cada vez más tanto a la vida de las personas como a las comunidades. De hecho, la cantidad de alcohol consumida por persona es cada vez mayor en países como China y la India, y los jóvenes están adquiriendo hábitos de consumo cada vez más dañinos y peligrosos. Cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones. En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD). Recientemente se han determinado relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH/sida (OMS, 2014)

A pesar de que progresivamente ha aumentado la información en la sociedad y que el conocimiento de las consecuencias del uso y abuso del alcohol está ampliamente extendido, la disposición a abandonar el consumo de alcohol no ofrece expectativas

esperanzadoras. En el estudio sobre género, alcohol y cultura desarrollado por Sanchez Pardo (2004) observa que a pesar de las elevadas prevalencias que registran los consumos abusivos de alcohol sólo una de cada cuatro personas con problemas reconocidos con el alcohol se plantea solicitar ayuda. Esto confirma la existencia de un doble fenómeno corroborado desde la experiencia clínica, como es, por un lado la negativa de las personas con problemas de consumos abusivos de alcohol o alcoholismo a reconocer la existencia de los mismos y, por otro, la ausencia de demandas de tratamiento cuando existen este tipo de problemas, en línea con los resultados de algunos estudios realizados en Europa, que sitúan entre un 5 y un 20% (según los distintos países) la proporción de personas con problemas de alcoholismo que formulan demandas asistenciales (OMS, 1989).

Por último señalar que el alcoholismo es una de las enfermedades más difíciles de diagnosticar por su carácter insidioso. En algunas ocasiones es el propio enfermo, quien desconoce su enfermedad. Tanto a él como a los familiares, el diagnóstico suele sorprenderles con frecuencia (Diez-Hernández, 2003).

3.1.3.1. Problemática Orgánica

La literatura científica relacionada con el consumo de alcohol establece de forma clara que este consumo, especialmente en cantidades elevadas, es causante de la etiología, curso y resultados de una gran variedad de problemas de salud, tanto agudos como crónicos. En los países desarrollados, el alcohol es el tercer factor más importante en la aparición de enfermedades, superado únicamente por el tabaco y la hipertensión arterial.

Los últimos datos sugieren que el riesgo de cirrosis hepática aumenta a partir de consumos diarios de 20g en las mujeres, que es el equivalente a 3 UBEs (Unidades

Básicas de etanol) o más , y 40g al día en los varones (5 UBEs) o más durante un periodo medio entre 10 y 12 años. Consumos superiores a 60 g /d de forma esporádica, son considerados también de riesgo (Manual de Adicciones. 2010).

Los mecanismos de la lesión hepática inducida por el alcohol son múltiples y no totalmente conocidos, pero en los últimos años la atención se centra en la relación inducida directamente por el etanol en su metabolismo (daño oxidativo y formación de complejos entre acetaldehído y macromoléculas), así como sus efectos directos sobre la pared intestinal (endotoxina). La hepatopatía alcohólica puede traducirse anatomoclínicamente en esteatosis, hepatitis alcohólica y cirrosis hepática. En la hepatitis alcohólica, la alteración analítica es variable, pero en los casos típicos hay elevación no muy intensa de transaminasas (500 UI) con gran predominio del enzima aspartato amino transferasa (AST), hiperbilirrubinemia y alargamiento del tiempo de protrombina. Es frecuente la leucocitosis, existiendo una relación lineal con la gravedad de la hepatitis. Esta, suele ser precursora de la cirrosis. En la esteatosis hepática podemos hallar el enzima Gamma glutamil transpeptidasa (GGT) >2 veces su valor normal y los valores de las transaminasas generalmente menores de 300U/L (Ladero Quesada, 2009).

Las mujeres son más sensibles al efecto hepatotóxico del etanol y en ellas la evolución de la hepatopatía alcohólica a sus formas más graves es más rápida. (Ladero Quesada, 2009). Aunque las mujeres beben menos que los hombres, cuando beben en exceso igualan o sobrepasan a los hombres en la cantidad de problemas que resultan de su consumo de alcohol. Por ejemplo, las mujeres alcohólicas presentan una mortalidad entre el 50 y el 100 por ciento más alta que la de los hombres alcohólicos, incluyendo muertes por suicidios, accidentes, enfermedades cardíacas, derrames cerebrales y cirrosis hepática.

El alcohol también inhibe la producción de testosterona indirectamente como causa

endocrinológica, bien mediante una alteración de la función testicular, bien por alteración del eje hipotálamo-hipofisario. La presencia de lesión hepática severa, los efectos farmacológicos que conllevan los tratamientos a los que esté sometido el paciente, y mecanismos neurológicos influyen en la respuesta sexual de las personas.

El consumo de alcohol también aumenta de forma evidente el riesgo de padecer determinados tipos de cáncer (como el cáncer de labio, de lengua, de garganta, de esófago y como ya explicamos, de hígado) .

El consumo de alcohol durante el embarazo pone en peligro el desarrollo del feto. El abanico de posibles efectos incluye un crecimiento lento, defectos de nacimiento o retraso mental. Además puede causar el aborto espontáneo o el nacimiento prematuro.

Las personas que tienen problemas con el alcohol suelen también sufrir depresión. De hecho, el alcohol puede contribuir a la aparición de ésta. Cuanto mayor es la cantidad consumida, más síntomas de depresión aparecen (OMS, 2004)

El alcohol aumenta el riesgo de padecer lesiones corporales. Principalmente a causa de los accidentes de tráfico, aunque también por caídas, incendios, violencia, etc.

En cuanto al tratamiento, brevemente comentar que el planteamiento terapéutico del paciente alcohólico deberá cubrir dos fases: la desintoxicación y la deshabitación. En la primera de ellas, el objetivo principal será el tratamiento del síndrome de abstinencia. Durante el proceso de deshabitación se deberá ayudar al paciente a organizar su vida al margen del consumo de alcohol. La utilización de fármacos «anticraving» junto con los ya clásicos interdictores y un adecuado abordaje psicosocial resultan claves a la hora de consolidar la conducta de no consumo de alcohol. El abordaje más efectivo del alcoholismo, en el momento actual, consiste en la combinación de terapias farmacológicas y psicosociales, tanto en la fase de desintoxicación como en la de

deshabitación y rehabilitación (Sáiz Martínez, 2000).

Resumimos las principales complicaciones del abuso del alcohol en el anexo 11.9.

3.1.3.2. Alcohol y conducta sexual.

La relación entre el consumo abusivo de alcohol y las conductas sexuales vienen determinadas tanto por el grado de afectación orgánica originada por el alcohol como por la influencia en la conciencia y las capacidades cognitiva y volitiva que el alcohol conlleva. En muchas ocasiones, esta relación no aporta resultados favorables como muestra la literatura existente.

Sabemos que el consumo de alcohol aumenta la impulsividad favoreciendo actos de intimidación y asalto sexual (Abbey, 2005). Existe una asociación entre el abuso de alcohol y las conductas violentas e intimidatorias hacia la pareja. En una cohorte seguida durante 30 años desde la adolescencia, se encontró relación significativa entre los síntomas presentados derivados del abuso/dependencia al alcohol y las conductas de intimidación y violencia con la pareja (Boden, 2012). Y es que el consumo de alcohol propicia conductas imprudentes en todos los ámbitos (Ramisetty-Mikler, 2011; Vosburgh, 2012). En un trabajo de revisión sobre el alcoholismo realizado por G. Escalante [Ca. 2000], relata como la relación entre el alcohol y agresividad ha sido verificada con frecuencia. Aparentemente, el consumo de alcohol se relaciona con toda clase de conductas de expresión violenta: asaltos, violaciones, homicidios, agresión en el seno de la familia, suicidios y crímenes de todo tipo. Señala que el alcohol es un facilitador de las conductas agresivas y son dos los contextos teóricos que explican esta relación, basados en dos modelos fisiológicos distintos. Un modelo asume que el alcohol posee efectos “energizantes” que llevan al desencadenamiento de conductas violentas, además de que

produce sentimientos de poder y dominación e incrementa las fantasías agresivas, citando en estas observaciones los estudios realizados por Kalin, McClelland y Kahn ya en 1965. El otro modelo simplemente conceptualiza al alcohol como un desinhibidor de las conductas, lo cual facilita las expresiones agresivas.

Los trabajos desarrollados en España en este mismo ámbito confirman las relaciones existentes entre el consumo de alcohol y la violencia doméstica (Generalitat Valenciana, 1990; Instituto Vasco de la Mujer, 1991). Entre lo más recientes se incluye el estudio realizado por la Oficina del Defensor del Pueblo entre las mujeres ingresadas en centros de acogida, cuyos resultados ponían de manifiesto que cerca del 50% de los agresores de estas mujeres presentaban problemas de abuso de alcohol y policonsumo de otras drogas, señalando el 48% de las víctimas el consumo de alcohol como desencadenante de la agresión, en tanto que el 24% señalaba el consumo de otras drogas (D.del Pueblo, 1998; Sanchez Pardo, 2004)

Se ha examinado la asociación entre el consumo excesivo de alcohol y comportamientos sexuales de riesgo así como la incidencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en un estudio transversal donde se valoraron 671 pacientes. No se encontraron diferencias de género en las tasas de sexo anal receptivo que aumentaron linealmente con el aumento de consumo de alcohol entre las mujeres, pero no variaban entre los hombres. Entre las mujeres se encontró relación entre el consumo excesivo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo y enfermedades de transmisión sexual (Hutton, 2008). Las mujeres participaban en el sexo anal tres veces más, a la vez que tenían múltiples parejas, dos veces más que las mujeres abstinentes. Estas mujeres sufrían gonorrea casi cinco veces más que las mujeres abstemias. La cognición sobre el encuentro sexual y su conveniencia se encuentra afectada bajo los efectos del alcohol, favoreciendo

conductas sexuales de riesgo en las mujeres (Norris, 2004). Está también descrito el impacto que el alcohol presenta sobre la percepción de la excitación sexual femenina y la capacidad de los hombres para discriminar intenciones sexuales femeninas con precisión. Las mujeres que consumen alcohol tardan mucho más tiempo en identificar lo inapropiado de una conducta sexual (Gross, 2001). En un estudio transversal con 1022 mujeres chinas, trabajadoras sexuales, se observó relación entre el consumo de riesgo de alcohol, la iniciación en el comercio sexual a una edad más temprana, y la vulnerabilidad a mantener conductas sexuales de riesgo (Chen, 2013). También sabemos que las mujeres que inician el consumo regular de alcohol más tardíamente y pasan a un estadio de dependencia más lentamente, disminuyen significativamente las conductas sexuales arriesgadas (Osborne, 2012). Abbey, (2002) y Schacht, (2010) afirman que las mujeres bajo el efecto de la intoxicación etílica aguda, manifiestan mayor interés sexual, mejor humor, y mayor probabilidad de conductas sexuales de riesgo. Dosis elevadas podrían atenuar la excitación, no así dosis más bajas, tal y como se observó en dos estudios en que se medía la amplitud del pulso vaginal (George, 2011). Igualmente, las mujeres bajo los efectos del alcohol perciben inseguras su feminidad así como su desempeño conyugal (Anderson, 2001; Hutton, 2008; George, 2006). Limitando estos efectos, Beckman, (1995) señala que consumos elevados ocasionan problemas asociados con alto riesgo de incesto, violencia sexual y disfunción sexual. Más discretamente, Schacht (2010) describe un aumento del deseo, excitación y placer sexual en muchas mujeres, pero solo en una minoría provocaría cambios de comportamiento sexual, considerando que a pesar de la creencia general de que el alcohol desinhibe conductas sexuales femeninas, esto solo acontece en una minoría de mujeres.

Las expectativas de los efectos del alcohol sobre el comportamiento sexual pueden influir en esta consideración previa. Paralelamente, se ha observado relación entre diferentes patrones de consumo y expectativas ante los encuentros sexuales y tasas de consumo objetivadas de alcohol en mujeres que no presentan historia de trastorno por consumo de alcohol (Stappenbeck, 2013).

Aparentemente, el alcohol libera el instinto sexual al mismo tiempo que inhibe su conducción en las vías neurales responsables de las funciones sexuales. Siempre se dice que el alcohol es un desinhibidor conductual, incluida la conducta sexual. Hay personas que creen que si beben antes de un encuentro sexual el alcohol actuará como un afrodisíaco. Pero ¿dónde está el límite pasado el cual el alcohol actúa como un depresor del sistema nervioso central? Es sabido que, en pequeñas dosis, el alcohol bloquea algunos centros corticales; cuando lo hace en aquellos que controlan la ansiedad resulta efectivo en ese sentido, pero luego –con mayor ingesta- produce una estrechez en el campo de la conciencia, una depresión de los centros respiratorios y, por supuesto, de la respuesta sexual, pues retarda los reflejos. Una buena manera de entender el efecto del alcohol sobre la función sexual ya fue propuesta por Shakespeare cuando, en boca de Macbeth, dice: *"Provoca el deseo, pero inhibe la realización"*. Esta afirmación literaria se confirma en un estudio donde los autores intentan reconciliar las aparentes contradicciones que se encuentran en los efectos del alcohol sobre la respuesta sexual masculina y femenina. La revisión obtiene dos conclusiones: 1- el alcohol desinhibe la excitación sexual psicológica y suprime la respuesta fisiológica, este último efecto a dosis más altas; 2- a pesar de que la supresión fisiológica es un efecto estrictamente farmacológico en su naturaleza, la desinhibición parece ser tanto farmacológica (el

resultado del deterioro cognitivo) como psicológica (el resultado de las expectativas socialmente aprendidas) (Crowe, 1989).

Entre los varones, hallamos artículos donde las tasas de comportamientos sexuales de riesgo, así como la prevalencia de ETS eran altas, pero no se diferenciaban estadísticamente por el consumo de alcohol (Hutton, 2008). Sin embargo, recientes publicaciones si apoyan esta relación alcohol – conductas de riesgo- sin diferencias entre ambos sexos (Rehm, 2012; Choudhry, 2014) y está documentada la relación entre delincuentes sexuales y homicidas y abuso de alcohol (Koch, 2011). Los varones que abusan del alcohol, tardan más en identificar lo inapropiado de una conducta sexual visualizada y califican el nivel de excitación de la mujer significativamente más alto (Gross, 2001). En cuanto a satisfacción sexual, estudios comparativos entre varones alcohólicos y controles mostraban una menor satisfacción en los primeros. Esta diferencia probablemente surge de su mayor interés en el sexo, la pérdida de la potencia eréctil y las dificultades de relación con la pareja sexual (Whalley, 1978).

Como hemos expuesto, la conducta sexual en estos pacientes no parece promover relaciones satisfactorias, siendo por el contrario un obstáculo añadido a los ya inherentes del propio consumo en la percepción de un buen estado de salud y calidad de vida.

3.1.3.3. Consumo patológico de alcohol y nivel cultural.

El desarrollo de este apartado ha sido realizado con posterioridad al estudio de los resultados obtenidos. Observamos en nuestra muestra de pacientes un bajo nivel educacional que nos planteó dudas en cuanto a su naturaleza. Revisando la literatura científica al respecto, hemos obtenido una serie de datos que exponemos de forma concisa seguidamente:

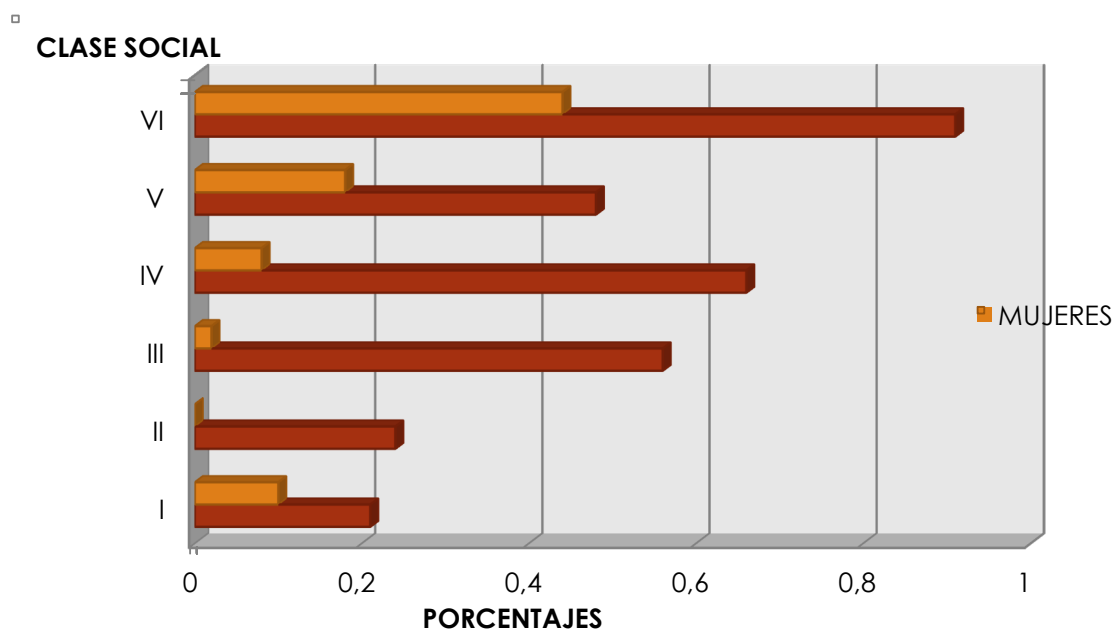
El nivel de estudios presenta limitaciones específicas. Un mismo nivel tiene distinto significado según la cohorte de nacimiento y también según el sexo. Adicionalmente, los más jóvenes no han finalizado sus estudios. Para realizar las comparaciones pertinentes es necesario ajustar por edad, puesto que en los grupos de menor nivel de estudios la proporción de individuos de edad avanzada es mayor, con consecuencias obvias para la salud. Por su parte, el estudio de la tendencia en el consumo de alcohol según nivel socioeconómico es difícil, al carecerse de una mínima homogeneidad en las variables utilizadas por las diferentes encuestas para clasificar a los individuos según su categoría socioeconómica.

En un artículo de revisión, Ramírez Sánchez (2011), encuentra en un estudio que las personas que no habían terminado la escuela bebían más que los trabajadores con mayor grado de formación (54% vs 38%).

En 2007-2008 el estudio epidemiológico sobre el consumo de sustancias psicoactivas en el medio laboral en una población de 15,071 trabajadores, según los resultados obtenidos, el alcohol era la sustancia psicoactiva más consumida por esta población. El 12% de los hombres y el 4% de las mujeres presentaron consumo de riesgo y los factores psicosociales también desempeñaban un papel importante encontrándose asociación entre mayor consumo de alcohol y un bajo nivel de formación (MSPSI, 2011).

Analizando los datos del Instituto Nacional de Estadística, (INE), en la encuesta de salud realizada en población española, años 2011 – 2012, combinando los datos referidos a sexo, clase social, y consumo de alcohol intensivo de frecuencia diaria o casi diaria, en población de 15 o más años, comprobamos que el mayor consumo de alcohol se corresponde a la clase social de menor nivel, (VI), representada por “trabajadores no

cualificados” (Gráfico 1). Este estamento social, es previsible que esté ocupado predominantemente por personas de menor formación académica (INE, 2015).



-Gráfico 1-Frecuencia de consumo intensivo de alcohol en los últimos 12 meses según sexo y clase social. Cifras relativas. Población de 15 y más años. 2015.

La división de las clases sociales empleada por el INS es la realizada por el MSPSI y consta de los siguientes estamentos:

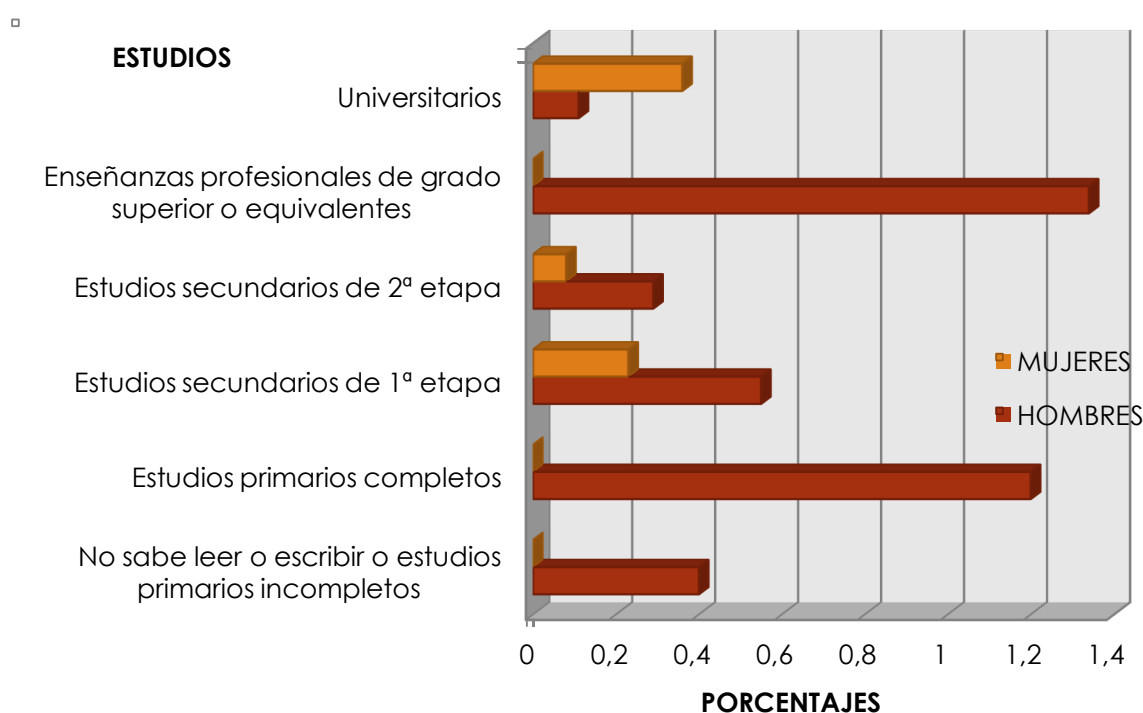
- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/ as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
- III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.

IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.

V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi- cualificados/as.

VI. Trabajadores no cualificados.

Realizando una nueva búsqueda y combinando sexo, nivel de estudios y consumo intensivo de alcohol con frecuencia diaria o casi diaria, también en población de 15 años o más, obtenemos la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas según el nivel de estudios es diferente en uno y otro sexo; mientras que en las mujeres la mayor proporción de consumidoras se observa entre los niveles altos de estudio, entre los varones se observan mayores prevalencias en los niveles de educación primarios y grado superior, no así en universitarios (INS, 2015).



-Gráfico 2- Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses según sexo y nivel de estudios. Cifras relativas. Población de 16 y más años. (2015). INE.

Estudiando este aspecto Gutierrez-Fisac (1995) y refiriéndose al consumo **excesivo** de alcohol, encuentra una frecuencia mayor entre los menores niveles educacionales en los varones, mientras que entre las mujeres, las que tienen estudios más altos son las más afectadas por el consumo excesivo.

3.2. La Disfunción Sexual. (DS).

¿Por que centramos en un aspecto como la sexualidad en pacientes con una problemática social, familiar, laboral y orgánica tan compleja como la ocasionada por el consumo patológico de alcohol?. Para contestar esta pregunta, nos remitimos a la OMS y a la opinión de expertos que nos recuerdan el derecho a una salud sexual en ocasiones ignorada por nuestro propio devenir cultural. “La sexualidad es un derecho fundamental del ser humano, y las alteraciones relacionadas con la salud sexual deben ser consideradas como un problema de salud que merece la misma atención que cualquier otro. En 1974, la OMS proclamó el derecho del individuo a la salud sexual y a la capacidad de disfrutar y controlar la conducta sexual y reproductiva de acuerdo con una ética personal y social, confirmando que la sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de su vida, y que comprende el sexo, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad, y la reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, compromisos y relaciones. Aunque la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas son siempre experimentadas o expresadas. La sexualidad está influida por la interacción de múltiples factores, como los puramente biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, históricos, religiosos y espirituales. Los individuos con alteraciones de la función sexual tienen derecho a diagnóstico y

tratamiento médico apropiados. Debe garantizarse la libertad para que no se inhiba la respuesta sexual ni se perjudique la relación sexual por temor, vergüenza, sentido de culpabilidad, falsas creencias u otros factores; y para que las enfermedades orgánicas y otras deficiencias no interfieran con la función sexual y reproductiva” (Mir Pizá, 2012).

Por último, comentar que cuando se han utilizado cuestionarios específicos ha empezado a ponerse de manifiesto un incremento en la detección de disfunción sexual, al compararla con estimaciones iniciales obtenidas por comunicación espontánea (SALSEX Montejo, 2001, ASEX McGauey, 2001, CSFQ Clayton, 2000).

3.2.1. Concepto.

Se entiende por disfunción sexual la dificultad en el desempeño de la conducta sexual que viene condicionada por una o varias de las siguientes afecciones:

- Eyaculación retardada,
- Trastorno eréctil,
- Trastorno orgásmico femenino,
- Trastorno del interés / excitación sexual femenino,
- Trastorno de dolor génito – pélvico / penetración,
- Trastorno del deseo sexual hipoactivo en el varón,
- Eyaculación precoz,
- Disfunción sexual inducida por sustancias / medicamentos,
- Otra disfunción sexual especificada
- Disfunción sexual no especificada.

Se debe excluir, a través del buen juicio clínico, si las dificultades sexuales son el resultado de una estimulación sexual inadecuada, imposibilitando en estos casos el diagnóstico de disfunción sexual. Debemos especificar si es por vida, adquirido, generalizado, o situacional, así como la gravedad del trastorno en leve, moderada o grave (DSM-V).

En la evaluación de la disfunción sexual deben considerarse varios factores, dado que pueden ser relevantes para la etiología o el tratamiento y pueden contribuir en grados diferentes a los problemas de los distintos individuos: 1) factores de pareja, 2) factores de relación, 3) factores de vulnerabilidad individual (mala imagen corporal, antecedentes de abuso sexual), comorbilidad psiquiátrica, y factores de estrés (pérdida de empleo, duelo...); 4) factores culturales y religiosos, y 5) factores médicos relevantes. Los factores culturales son en si mismos diferenciales y el envejecimiento puede acompañarse de una disminución normal de la respuesta sexual. Estos aspectos implican también a las mujeres, lo que requiere una evaluación exhaustiva de todas las posibles etiologías para guiar el tratamiento apropiado. Las intervenciones también pueden ser multifacéticas, y van desde la educación sexual a la psicoterapia, así como el tratamiento médico. La restauración de la función sexual es el objetivo del tratamiento, pero se necesitan más investigaciones para alcanzar un tratamiento verdaderamente exitoso (Clayton, 2003).

En la fisiopatología de la disfunción sexual se ven implicadas las transmisiones adrenérgica, colinérgica, serotoninérgica y dopaminérgica de la siguiente manera:

La neurotransmisión adrenérgica está involucrada en la disfunción eréctil al producir desbalance α y β afectando el flujo sanguíneo de los cuerpos cavernosos causando flaccidez. Por eso, los fármacos β bloqueantes dificultan la erección y los fármacos α - bloqueantes adrenérgico facilitan la erección. Además, la estimulación α -

adrenérgica es necesaria para la eyaculación. De ahí que los antidepresivos con antagonismo adrenérgico (amitriptilina, imipramina, clorimipramina...), pueden causar problemas de eyaculación.

La neurotransmisión colinérgica actuaría modulando la influencia de otros neurotransmisores. El betanecol, que se utiliza para tratar la disfunción sexual causada por algunos antidepresivos, es un agonista muscarínico y potencia la función adrenérgica

Los efectos serotoninérgicos pueden ser centrales, espinales o periféricos. A través de los efectos centrales se originaría la anorgasmia; los efectos espinales inhiben la eyaculación; los periféricos relajan la musculatura lisa del tejido eréctil. El incremento de la serotonina inhibe el deseo sexual, la eyaculación y el orgasmo al inhibir las señales adrenérgicas necesarias para la erección, la eyaculación y el orgasmo. Esta acción inhibitoria está mediada por los receptores postsinápticos 5-HT_{2A}. No obstante, los diferentes tipos de receptores 5HT₂ pueden tener papeles contrapuestos. Las neuronas serotoninérgicas pueden afectar a las vías dopaminérgicas originando bostezos y anorgasmia, por estimulación e inhibición dopaminérgica respectivamente.

La dopamina facilita la erección pero no interviene en la eyaculación. Los agonistas dopaminérgicos como la apomorfina y bromocriptina, causan erección, igual que los inhibidores de la recaptación de la dopamina como las anfetaminas o la cocaína (Merino, 1995).

Si bien la respuesta sexual tiene requisitos biológicos de base, ésta se experimenta habitualmente en un contexto intrapersonal, interpersonal y cultural. La función sexual supone una compleja interacción entre factores biológicos, socioculturales y psicológicos (DSM-V). La función sexual es compleja, orgánica y psicológica, y los problemas de relación, sin lugar a dudas importantes, probablemente tengan un mayor impacto en la

función sexual en las mujeres que en los varones (Carey, 2006). Conviene recordar que numerosas causas han sido también relacionadas con la disfunción sexual en ambos sexos, tanto la obesidad como el bajo peso, el aumento del perímetro de la cintura (102 cm en varones / 88 cm en mujeres), la inactividad física, el tabaquismo y el consumo de sustancias junto con el abuso del alcohol. Resulta llamativa la asociación entre consumo de hachís en las mujeres y la anorgasmia. La mayoría de los estudios, recogen como variables de la disfunción sexual y dificultades sexuales en general en ambos sexos, la disfunción eréctil, anorgasmia, eyaculación precoz, y la dispareunia en los hombres, e insuficiente lubricación, anorgasmia, dispareunia y vaginismo en las mujeres (Christensen, 2011).

La valoración de la función sexual requiere la puesta en práctica de su evaluación con los instrumentos de medida adecuados para ello. Al llevar a la práctica esta evaluación de la DS, se han identificado, además de la fuente de factores asociados a las propiedades psicométricas del instrumento de evaluación elegido, otras dos fuentes que pueden dificultar la obtención de información: 1) Factores asociados al paciente (vergüenza, miedo, ignorancia, stres...), 2) Factores asociados al profesional (falta de fluidez en la interacción con el paciente, diferencia de sexo entre el profesional y el paciente,...) (Montejo, 2003).

3.2.2. Influencia del alcohol en la disfunción sexual.

Los efectos del alcohol en la función sexual pueden ser divididos en aquellos que resultan de la ingesta, a veces excesiva y ocasional (bebedor social), o aquellos que resultan del consumo excesivo crónico. En el primer caso, los efectos inmediatos son producidos por efecto directo del etanol. En cambio, en el alcoholismo crónico, son

debidos a enfermedades secundarias producidas por el consumo reiterado como: enfermedad hepática, trastornos metabólicos, inmunitarios, hormonales y reproductivos, deficiente nutrición y trastornos psiquiátricos, así como los efectos de una cierta disarmonía social.

La prevalencia de disfunción sexual en el alcoholismo es alta y variable (Zaazaa, 2013) con resultados dispares según las fuentes consultadas. Mandell y Miller (1983) realizaron una revisión de estudios publicados anteriores a 1977 y encontraron una prevalencia de disfunciones sexuales que oscilaba entre el 3,2% y 64,4%. El alcohol ha sido implicado en la etiología de una variedad de procesos sexuales (George, 2000). Algunos estudios, observan que ni el diagnóstico, ni la cantidad de gramos de alcohol consumido, ni la situación de abstinencia o consumo influyen en el funcionamiento sexual global, obteniendo prevalencia similar a la esperada en población sana. Constatan unos niveles de testosterona, estradiol y prolactina estaban en el rango normal (Avila, 2004). En este estudio realizado con una muestra de 183 personas con dependencia alcohólica, 150 varones y 33 mujeres cuya edad media era de 43 años se investigó su funcionamiento sexual mediante el cuestionario de Funcionamiento Sexual de Lo Piccolo (SHF) y se determinaron los niveles de testosterona, estradiol y prolactina. Los resultados fueron que el funcionamiento sexual global era aceptable y significativamente mejor en los varones que en las mujeres; el 81% de los varones no tenía problemas en alcanzar y mantener la erección y el 10% refería eyaculación precoz; en el grupo de mujeres, el 10% refería vaginismo y el 5% dolor en el coito.

Con resultados similares, en otros estudios se recoge el efecto de la dependencia alcohólica en las funciones sexuales y en los niveles hormonales, estudiando para ello varones con TCA y comparándolos con controles sanos, mostrando finalmente como el

deseo y erección no son significativamente diferentes entre ambos grupos. Tampoco se hallan diferencias estadísticamente significativas en los niveles hormonales a excepción de la FSH, concluyendo que en ausencia de insuficiencia hepática o insuficiencia gonadal en varones con TCA crónicos no hay diferencias significativas entre los niveles hormonales y la función sexual entre estos pacientes y varones sanos (Gumus, 1998). Pero la literatura científica no es unánime en estas conclusiones y son muchas las aportaciones que muestran que el abuso crónico del alcohol afecta a la función sexual. Otro estudio comparativo recoge cifras del 63% de disfunción sexual (principalmente la disfunción eréctil y la libido) en los hombres alcohólicos frente al 10% en el grupo control. La frecuencia de la disfunción sexual en las mujeres alcohólicas no difería de la de los controles. Aproximadamente en el 25% de las mujeres que informaron de disfunción sexual había disminución de la libido. La disfunción sexual en el varón alcohólico adicto la relacionan también con el nivel de educación y el desempleo y el inicio en el consumo de alcohol a temprana edad y el hábito de fumar a largo plazo (Dissiz, 2011). Un 75% de prevalencia de disfunción sexual, medida como DE, libido baja y eyaculación precoz y tardía ha sido aportada por Fahrner, (1987) y un 72% por Arackal, (2007) en su estudio. La DE en el varón y la anorgasmia en la mujer se muestran como las disfunciones mas prevalentes en pacientes alcohólicos crónicos según Montejo (2003).

Hay autores que revisando este aspecto, consideran que los estudios sobre el impacto del uso y abuso de sustancias, entre ellas el alcohol, en la función sexual humana tiene limitaciones debido a muestras pequeñas y no generalizables, la falta de diseño de la investigación o de comparación con grupos controlados, la confianza en la información referida, o la falta de especificación (o el control) de los efectos de las dosis de alcohol,

las expectativas, los efectos sociales influyentes y el consumo de múltiples sustancias (Peugh, 2001). La falta de control sobre los factores fisiológicos, psicológicos, ambientales y culturales que podrían alterar la relación entre el consumo de alcohol y la función sexual también hace que sea difícil obtener conclusiones sobre los mecanismos causales directos. A pesar de estas limitaciones, podemos afirmar que ante la evidencia presentada, como referiremos posteriormente, el consumo crónico de alcohol tiene un claro efecto deletéreo en el funcionamiento sexual para muchas personas.

Diferentes estudios fisiológicos experimentales (George y Stonner, 2000) han puesto de manifiesto que el alcohol desinhibe e incrementa los sentimientos y conductas sexuales, pero provoca una disminución de la tumescencia del pene e incrementa el periodo de latencia del orgasmo. En un estudio donde después de consumir alcohol, se evaluaba la excitación sexual en respuesta a la visión de películas sexuales, pudieron observar como las respuestas genitales en hombres y mujeres aumentaron, pero los hombres no respondieron tan fuertemente cuando el nivel de alcohol en el aliento era 0,08 g / kg (Prause, 2011). En otro estudio (George, 2006), se observó que aunque el consumo de alcohol precede frecuentemente a la actividad sexual de los hombres, las preguntas básicas acerca de los efectos del alcohol sobre la excitación sexual de los hombres siguen sin respuesta. Las inconsistencias en los hallazgos de los estudios que examinan los efectos subjetivos y fisiológicos sobre el funcionamiento eréctil sugieren que estos efectos son específicos del contexto, por ejemplo, depende de si un hombre quiere maximizar o reprimir su excitación. Se ha evaluado los efectos de la concentración de alcohol en la sangre junto con demandas de instrucción de excitación y su repercusión en el cambio de la circunferencia del pene y la excitación sexual declarada. Estos estudios concluyen que los hombres instruidos para maximizar su respuesta sexual, mostraron una

latencia más corta al inicio de la excitación que aquellos instruidos para suprimir la excitación; sin embargo, los hombres intoxicados no mostraron un patrón diferencial. Estos resultados ponen de relieve la importancia de los factores contextuales en el impacto del alcohol sobre el funcionamiento eréctil. No obstante, existen amplias diferencias metodológicas entre ellos que se refieren a distintos aspectos: tipo de muestra estudiada, características de la dependencia alcohólica, periodo evolutivo de la enfermedad en el que se realiza el estudio, instrumentos clínicos utilizados, existencia o no de grupo control, definición de las diferentes disfunciones sexuales y determinación de pruebas biológicas.

Evaluando la hipótesis de la creencia autocumplida de que el alcohol estimula las funciones sexuales, se realizó un estudio con 100 bebedores moderados, concluyendo que de acuerdo con las formulaciones psicosociales, las expectativas previas a la ingestión de alcohol condicionan percepciones congruentes con la creencia de que esta sustancia tiene efectos estimulantes sobre la función sexual, dando forma a conductas posteriores. Por ello, la función del alcohol en la estimulación sexual de los varones no podría considerarse un resultado meramente farmacológico (George, 2000).

En cuanto a la repercusión sexual tras la abstinencia al alcohol, Mandell y Miller (1983) comprobaron en varones que la prevalencia de disfunciones sexuales era muy alta durante el periodo de consumo de alcohol (86%), que se reducía a la mitad en la abstinencia (41%) y que su prevalencia estaba en relación directa con la edad y con la cantidad de alcohol consumido. Más recientemente Schiavi (1995) muestra que la incidencia de disfunciones sexuales en pacientes alcohólicos abstinentes era similar a la de la población general; además, las determinaciones de hormonas sexuales masculinas estaban en el rango normal y concluye que el funcionamiento sexual de los pacientes

alcohólicos en abstinencia no mostraba alteraciones. Sin embargo Fahrner (1987), en un estudio posterior con 101 varones alcohólicos, señala que el 75% de su muestra presentaba alguna disfunción sexual en relación al consumo de alcohol, (disfunción eréctil, pérdida de la libido o trastornos en la eyaculación); que en el 45% de los casos aquélla estaba en relación directa con la cantidad de alcohol consumido, pero no experimentaban mejoría después de 9 meses de abstinencia. Se hallaron niveles normales de testosterona en todos los pacientes. Estos hallazgos apoyaban un componente etiológico subsidiario de intervención terapéutica.

Respecto a la función sexual en mujeres y de acuerdo con Helen Kaplan, la respuesta sexual femenina se divide en 3 fases: Deseo, Excitación y Orgasmo. El Deseo es un impulso hacia la actividad sexual generado por estímulos internos y/o externos; incluye fantasías, pensamientos y receptividad para la actividad sexual e involucra una raíz biológica (hormonas) y una raíz emocional (intimidad, placer y aspectos de relación). La excitación incluye la habilidad para lograr y mantener una adecuada excitación sexual objetiva y subjetiva. Esta fase involucra mecanismos centrales (fantasías, sueños, pensamientos), periféricos no genitales (salivación, sudoración, erección del pezón) y periféricos genitales (congestión vaginal, clitorídea y lubricación). El Orgasmo se produce cuando suficientes estímulos y excitación sexual generen múltiples aferencias sensoriales desde el área genital hacia las estructuras supraespinales (septum talámico) desencadenándose la descarga de neurotransmisores con la consiguiente actividad motora muscular del piso pélvico, y contracciones musculares uterinas y vaginales asociadas con un cambio en el estado de conciencia. Por lo tanto la actual clasificación de la disfunción sexual femenina refleja el modelo trifásico de la respuesta sexual de Helen Kaplan, y modificada por el Consenso de la AFUD que identifica 4 categorías mayores de

dificultades: 1) Dificultad en el deseo sexual (deseo sexual hipoactivo, aversión sexual); 2) Dificultad en la excitación sexual; 3) Dolor sexual (vaginismo, dispauremia y dolor sexual no coital); y 4) Dificultad en el orgasmo (Bechara, 2002). La persistencia o recurrencia de estas dificultades, causando angustia o malestar personal, puede manifestarse como una pérdida subjetiva del deseo, de la excitación o la pérdida de la lubricación, congestión genital u otra respuesta somática. Basados en la literatura actual disponible, la disfunción sexual femenina (DSF) es común y estimada en un 22-43% de las mujeres. (Bechara, 2002). No obstante, los estudios realizados con muestras de mujeres dependientes del alcohol son más escasos. Los datos en algunas fuentes indican que el trastorno orgásmico femenino presenta una prevalencia del 11 al 41 %, y se encuentra relacionado entre otras causas con el abuso de alcohol. (Rellini, 2011).

Covington (1984) en un estudio comparativo entre mujeres alcohólicas y abstemias observa que las primeras presentaban algún tipo de disfunción y que su funcionamiento sexual global era peor aunque practicaban mayor variedad de actividades sexuales. Klassen, (1986) estudia el comportamiento sexual de las mujeres bajo los efectos del alcohol y comprueba que cuando las mujeres consumen alcohol presentan una actividad sexual más placentera y mayor intimidad con la pareja, pero tenían un menor cuidado en la elección de pareja y mayor diversidad de prácticas sexuales (las mujeres que consumían más alcohol practicaban frecuentemente la masturbación y mantenían relaciones homosexuales). El subgrupo de mujeres cuyo consumo de alcohol era equiparable al de las mujeres con dependencia mostraba niveles significativos de disfunción: 23% vaginismo; 15% falta de deseo sexual y 12% anorgasmia. Se ha descrito una relación entre la dificultad en tener un orgasmo vaginal, y el consumo de alcohol inmediatamente antes de una relación sexual (Costa, 2010; Rellini, 2011). El consumo

leve - moderado de alcohol en mujeres sanas, en igual fase del ciclo menstrual, no mostraba efectos en la vascularización genital ni en la lubricación vaginal. Sin embargo, el consumo moderado producía efectos psicológicos y socialmente desinhibidores, pudiendo favorecer la actividad sexual (Battaglia, 2011). Resulta interesante encontrar datos que sostienen la relación entre una ingestión regular moderada de vino tinto y una mejor salud sexual en las mujeres (italianas sanas). Estos estudios deben observarse con cautela debido al pequeño tamaño muestral (Mondaini, 2009).

El inicio temprano del consumo de alcohol es un fuerte predictor de posterior abuso de alcohol y conductas sexuales de riesgo que conllevan maternidades tempranas. Se han descrito alteraciones de la función reproductiva en adultos bebedores, observando la influencia en el retraso en la edad del 1º hijo en las mujeres con dependencia al alcohol, mientras que no se observó este efecto en los varones. Se tuvieron en cuenta el historial clínico de la muestra así como la existencia de otros factores de riesgo. Estos hallazgos son consistentes con las disfunciones reproductivas esperadas en estas pacientes, aunque los mecanismos subyacentes no están del todo claros (Waldron, 2008).

Las causas biológicas son tan importantes como las causas psicosociales, la escasa o nula colaboración de la pareja y la presencia de conflictividad familiar. En este sentido, en un estudio comparativo entre parejas con un miembro alcohólico, parejas conflictivas y no conflictivas, comprobaron que las primeras sentían menor satisfacción sexual global que las últimas y similar que las parejas conflictivas; los varones alcohólicos y los maridos con conflictos de pareja presentaban menos interés sexual y eyaculación prematura más frecuentemente. Existen estudios donde se da más importancia a la conflictividad familiar que a los factores biológicos (O'Farrel, 1997). En nuestro país existen escasas publicaciones sobre este tema (Avila, 2004).

“El alcohol provoca tres cosas... nariz roja, sueño y orina. Provoca la lujuria y no la provoca; provoca el deseo pero disminuye el rendimiento. Así beber mucho se opone a la lujuria, la aumenta y la derriba, la excita y la desinfla, la sube y la baja, en conclusión: en el sueño la engaña y luego la deja desengañada”.

W. Shakespeare, “La tragedia de Macbeth” (1606)

3.2.2.1. Disfunción Eréctil (DE)

La prevalencia de la disfunción eréctil (en la actualidad se considera que la definición más apropiada es la publicada por el DSM-IV-TR, que la define como “la incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual, provocando un malestar clínicamente significativo” DSM-V; 2014), varía entre diferentes países, culturas y razas. Un fallo aislado en la erección, no justifica hablar de disfunción. Según el momento de aparición, se clasifica en Primaria (existe desde la pubertad, generalmente es secundaria a anomalías vasculares congénitas) o Secundaria (aparece después de un período de actividad sexual y función eréctil normal) (Sell LLuveras, 2001).

Los primeros estudios poblacionales publicados, datan de principios de los 90 y conservan aún su vigencia. Todos reflejan la influencia que la edad tiene sobre la prevalencia de esta patología, así como su estrecha relación con las enfermedades cardiovasculares. Dependiendo de la definición utilizada y del diseño del estudio, la prevalencia varía entre el 10 y el 52%, en particular en hombres entre 40 y 70 años, con una incidencia en occidente de 25-30 nuevos casos por 1000 habitantes y año. La

prevalencia de este trastorno en EE.UU. oscila en torno al 52% de esta población. En Suiza, por aportar otro ejemplo, Mialon, (2012) recoge una prevalencia del 30%. La prevalencia en España de la disfunción eréctil era en el 2001 según la escala IIEF del 18,9% (Actualización para la disfunción eréctil de la Organización Médica Colegial) y el 26% según el estudio E.D.E.M (Mir Pizzá. 2012)

Está ampliamente descrita la relación entre la disfunción eréctil con algunos factores de riesgo conocidos, tales como los factores cardiovasculares, el consumo de sustancias, la enfermedad prostática, alergias y reumatismo, aunque los mecanismos fisiopatológicos no están bien descritos (Martín Morales, 2001; Prieto Castro, 2010). De forma añadida, la edad es un factor determinante para muchos parámetros fisiológicos, entre ellos los niveles hormonales y los parámetros metabólicos. Las concentraciones de sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS) de testosterona (T), testosterona biodisponible (BioT) disminuyen con la edad, mientras que el estradiol (E2) y la globulina de unión a hormonas sexuales (SHBG) aumentan con la edad (Goh,VH. 2011). La DE en el varón y la disminución de la lubricación en la mujer dependen de la adecuada integridad vascular. La afectación ateromatosa se debe a la generación de un precursor del colesterol causado por el catabolito del acetaldehído, el ácido acético (de Dios, 2011).

Aportamos un resumen de las causas orgánicas de disfunción eréctil y los porcentajes imputables a las mismas (Tabla 4).

<p style="text-align: center;">Vasculares (60-80%)</p> <p>Tabaco. Hiperlipemia. HTA. Enfermedad de Peyronie.. Fracturas pélvicas. Traumatismos perineales. Fractura de cuerpos cavernosos. Trasplante renal heterotópico. Síndrome de Leriche. Bypass aorto-iliaco o aorto-femoral. Secuelas de la radioterapia.</p>
<p style="text-align: center;">Neurológicas (10-20%)</p> <p>Accidente cerebrovascular. Síndrome de apnea del sueño. Enfermedad de Alzheimer. Enfermedad de Parkinson. Tumor cerebral. Traumatismos. Hernia discal. Esclerosis múltiple. Tumor medular. Infarto medular. Mielomeningocele. Tabes dorsal. Neuropatía diabética. Neuropatía alcohólica. Prostatectomía. Cistoprostatectomía. Resección transuretral de próstata. Cirugía de médula espina. Amputación rectal.</p>
<p style="text-align: center;">Hormonales (5-10%)</p> <p>– Obesidad. Hepatopatía. Hiperprolactinemia. Farmacológica. Tumor hipofisario (prolactinoma). Hipertiroidismo. Hipotiroidismo. Síndrome de Cushing. Enfermedad de Addison. Anorquia. Quimioterapia. Radioterapia. Síndrome de Klinefelter.</p>

-Tabla 4- Causas orgánicas de disfunción eréctil. (De González R y Sánchez F).

Causas psicógenas reconocidas como causantes de DE serían:

1- Ansiedad de rendimiento: La ansiedad anticipatoria y la anticipación de un nuevo fracaso constituyen el núcleo sobre el que se perpetúa el trastorno eréctil de naturaleza psicógena o mixta. El varón adopta el rol de “espectador”, con atención preferente al rendimiento sexual –auto observación- sobre la estimulación erótica. Se produce un efecto de la angustia mediado por componentes cognitivos de distracción, alterándose los procesos de percepción y atención al estímulo sexual.

2- Deficiente educación sexual: Expectativas inadecuadas, mitos y creencias erróneas

3- Trastornos depresivos no tratados con antidepresivos: 18-35%. En las

depresiones muy severas y tratadas con antidepresivos la incidencia de DE puede ser del orden del 80-90%.

4- Trastornos de ansiedad

5- Trastornos psicóticos: Incidencia de DE en el 47% de los enfermos esquizofrénicos.

6- Trastornos de la conducta alimentaria

7- Estrés, burn-out, mobing, desempleo

8- Adicciones conductuales, es decir, sin droga

9- Conflicto de pareja: La calidad de la relación de pareja es en cualquier disfunción sexual un factor clave, de inexcusable exploración: Comunicación, poder, fidelidad, simetría, respeto, expectativas, satisfacción sexual...

Por último, hay que tener en cuenta la posibilidad de causas mixtas donde sobre la base de un factor orgánico se sobrepone habitualmente un componente psicógeno que agrava y perpetúa el problema siendo ésta la situación causal más frecuente.

3.2.2.2. Neuropatía Autonómica

La disfunción eréctil es un síntoma centinela de la neuropatía autonómica cardiovascular en los bebedores. Sin disfunción hepática, la neuropatía autonómica puede ser sintomática en pacientes alcohólicos (aunque es más frecuente que no lo sea y pase desapercibida) y su única manifestación clínica es la impotencia en línea con el mayor grado de daño parasimpático puesto que es el modelo predominante de participación autonómica en la función eréctil. La neuropatía autonómica no se correlacionó con la neuropatía periférica ni con ningún parámetro que refleje las cantidades ingeridas de alcohol (Ravaglia, 2004). Y es que el alcohol parece ser tóxico para los nervios

autónomos y periféricos de forma dosis dependiente (Monforte, 1995). Puede ser simple (autonómica o somática) o combinada, sin hallar resultados que apoyen la existencia de una participación paralela de las fibras nerviosas cardiovascular somáticas y autonómicas periféricas en el alcoholismo crónico (Nicolosi, 2005). El consumo crónico de alcohol disminuye los niveles de vitamina B1, B6, ácido fólico y ácido nicotínico, factores necesarios para una correcta mielinización. Una afectación en la vaina de mielina puede originar el fenómeno de eyaculación retardada (de Dios, 2011).

3.2.2.3. Hormonas.

El consumo de alcohol afecta a las tres partes del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal (HPG), un sistema de glándulas endocrinas y sus hormonas implicadas en la reproducción masculina y femenina. Afecta directamente a las células testiculares y su producción de testosterona. La afectación hepática causada por el consumo abusivo de alcohol favorece el aumento de estrógenos y este aumento es capaz de disminuir la testosterona activa (Martinez Jabaloyas, 2013). De ahí el aumento frecuente del volumen mamario en varones con TCA. El consumo de alcohol está asociado con bajos niveles de testosterona y niveles alterados de hormonas reproductivas adicionales. (Emanuele, 2001; González, 2004). Tratamientos añadidos, en especial psicofármacos, pueden causar hiperprolactinemia, estando ligada a la aparición de disfunción sexual (Montejo, 2010).

3.2.2.3.1. Estrógenos (E2).

Los Estrógenos tienen efectos negativos en el hombre y un efecto dosis dependiente en la mujer (interés, disfrute, orgasmo, satisfacción, facilitación vaginal). No se conoce

bien el papel del estradiol en la regulación del mecanismo de la erección, aunque se sabe que cifras elevadas de este pueden producir signos de feminización y alteraciones en la función eréctil. Los pacientes con enfermedades hepáticas crónicas presentan con frecuencia descenso del deseo sexual y disfunción eréctil, así como la aparición de características sexuales femeninas como ginecomastia, atrofia testicular y redistribución del vello. Esto es atribuido al incremento de la aromatización de los andrógenos a estrógenos y disminución del metabolismo de los estrógenos. Altos niveles de estrógenos inhiben la producción de hormona luteinizante (LH), con la consiguiente reducción de la testosterona (Martínez Jabaloyas, 2013; MacDonal, 1979).

La función de los estrógenos en la sexualidad femenina está relacionado con la fase de excitación, en especial con la lubricación vaginal, ya que favorece el trofismo de la mucosa vaginal y el flujo sanguíneo vaginal. (Bechara, 2012). Proporcionan por ello unas condiciones óptimas para las relaciones sexuales. Exponemos en la tabla 5 los valores de estradiol considerados normales (Botella, 2004):

ESTRADIOL	Valores normales.
Varones	10 - 50 pg/mL
Mujeres premenopáusicas	30 – 400 pg/ml
Mujeres postmenopáusicas	0 – 30 pg/ml

-Tabla 5- Valores normales de Estradiol.

3.2.2.3.2. Testosterona (Tt)

El alcohol disminuye las cifras de Tt por un mecanismo central (inhibiendo la secreción del factor hipotalámico liberador de hormona luteinizante o LH) o periférico

(por un efecto directo sobre las células de Leydig testiculares). El consumo crónico y elevado de alcohol produce atrofia testicular y altera la espermatogénesis (de Dios, 2011). Los andrógenos mantienen el interés y la función sexual y expresan una relación dosis / respuesta. El diagnóstico y el eventual tratamiento del hipogonadismo masculino requiere de la asociación de unos síntomas y unos signos clínicos característicos con la constatación de unos valores plasmáticos disminuidos de testosterona (Tt), incluidas su concentración total (TT) y/o la de sus fracciones relevantes, como la T libre (TL) y la T no unida a la globulina ligadora de hormonas sexuales (SHBG) (la llamada “T biodisponible” o Tbio) (Swerdloff, 2011). Se estima que entre un 5-15% de varones con disfunción eréctil presentan niveles séricos disminuidos de testosterona. La testosterona desempeña un papel fundamental en la fisiología de la erección, tanto a nivel central como periférico (Martínez Jabaloyas, 2013).

Aunque no está completamente aclarado qué fracción de la testosterona debe medirse al evaluar un cuadro de hipogonadismo, en la mayoría de estudios se ha determinado la testosterona total. Tampoco existe acuerdo sobre cuál debe ser el límite inferior de normalidad, aunque se considera que con niveles mayores a 12 nmol/L (350 ng/dl) no se requiere tratamiento hormonal sustitutivo, mientras que los pacientes con niveles inferiores a 8 nmol/L (230 ng/dl) podrían beneficiarse del tratamiento. Cuando la testosterona sérica total se encuentra en niveles intermedios (entre 8 y 12 nmol/L), se aconseja la determinación de testosterona libre o biodisponible, recomendándose el tratamiento con niveles de testosterona libre inferiores a 225 pmol/ml (65 pg/ml). Como mínimo debe evaluarse la testosterona total, aunque según otra corriente de opinión la determinación de testosterona libre o biodisponible también son necesarias ya que estas últimas son las formas biológicamente activas (Salom, 2010; Swerdloff, 2011).

Las diferentes técnicas usadas por los laboratorios clínicos para la determinación de TT y de SHBG (necesaria para el cálculo de Tbio y TL) presentan una importante variabilidad en sus resultados. Por ello, los valores de corte que se sugieren para el diagnóstico en las diversas guías publicadas deben considerarse orientativos (Tabla 6). (Mas, 2008). La testosterona tiene un papel más limitado que la DHEAS como motivador de la función sexual en los varones (Goh, 2011).

El envejecimiento masculino se acompaña de una declinación progresiva de la testosterona plasmática, fenómeno denominado con la sigla ADAM (Androgen Decline in the Aging Male). Esta declinación es lineal, de 1 a 2% por año y comienza en la adultez temprana (4 década). En los estudios prospectivos, el descenso de la testosterona total ha oscilado entre 3,4 y 11 ng/dl por año. Este fenómeno provoca que, a medida que envejecen, un porcentaje mayor de hombres sin otra patología concomitante, alcance valores de andrógenos en el rango de hipogonadismo (Campusano, 2006).

TESTOSTERONA	Mujeres	Varones
Testosterona TOTAL ng/dL	6 - 86	270 - 1.070
Testosterona LIBRE pg/mL	3 - 19	90 - 300

-Tabla 6- Valores normales de testosterona.

En mujeres, los andrógenos se han relacionado con la fase de deseo sexual, excitación (objetiva: relajación vaginal) y probablemente con el orgasmo. El origen de los andrógenos es ovárico (testosterona y androstendiona) y adrenal (androstenediona y sulfato de dehidroepiandrostenediona (DHEA) (Bechara, 2012). En mujeres y varones, un dato importante a considerar, es la asociación del descenso de andrógenos y el índice

de masa corporal (IMC) de manera que con el aumento de un punto en el IMC, disminuye el 3,8 % la concentración de DHEA (Bechara, 2012).

3.2.2.3.3. Prolactina (PRL)

La Prolactina es una hormona polipeptídica secretada por la pituitaria. Disminuye el interés y respuesta sexual del varón. Recogemos los valores normales de esta hormona en la tabla 7. La elevación de la prolactina puede causar alteraciones en el comportamiento sexual y reproductivo. Impotencia sexual y disminución del volumen seminal (Montejo, 2010). El síntoma más importante de hiperprolactinemia es la disfunción eréctil (aparece en el 88% de los casos), típicamente asociado a pérdida del deseo sexual, aunque no necesariamente. Puede aparecer retraso o pérdida del orgasmo, pero siempre asociado a disfunción eréctil, y más raramente alteraciones en la eyaculación. La presencia de cifras moderadamente elevadas (>20 ng/ml) en varones con disfunción eréctil varía del 2 al 13%. Las hiperprolactinemias severas (>35 ng/ml) son más raras y afectan a menos del 1% de la población. Las elevaciones de la prolactina pueden ser transitorias (por la misma secreción pulsátil de la prolactina) y pueden estar condicionadas por situaciones de estrés como puede ser la misma extracción sanguínea, por lo que es conveniente la confirmación diagnóstica cuando en un análisis se detectan cifras altas de prolactina. Las hiperprolactinemias leves no alteran la función sexual siendo necesario que la hiperprolactinemia sea severa ya que el límite establecido en que se considera que la hiperprolactinemia puede afectar a la función sexual es de 35 ng/ml (Martinez Jabaloyas, 2010) (Buvat, 2003). Sin embargo, encontramos estudios donde superando niveles de 35ng/mg e incluso 100 ng/ml, los pacientes (varones) no presentaban afectación sexual.

Diversos autores plantean la posibilidad de que más que una relación directa entre niveles de prolactina y testosterona y la función sexual, ésta esté condicionada por otros

factores como por ejemplo una estructura heterogénea de complejos PRL. Estas contradicciones no invalidan la evidencia de la acción perjudicial de elevadas cifras de prolactina en la función sexual (Medras, 2004).

La causa por la que la hiperprolactinemia produce disfunción eréctil no está totalmente aclarada. Se ha atribuido a la disminución de las cifras de testosterona sérica por alteración en la secreción de LH (Buvat, 2003). Por otra parte, el aumento de PRL puede modular las áreas del sistema nervioso central que intervienen en el control de la función sexual y, periféricamente, puede influir directamente en los mecanismos de la erección del pene en los hombres, y en la actualidad sólo como una hipótesis, en los mecanismos relacionados con la respuesta sexual genital de las mujeres. La hiperprolactinemia crónica está clásicamente asociada con hipogonadismo hipogonadotrópico y disfunción sexual en ambos sexos (Galdiero, 2012). También la pérdida de deseo sexual se ha asociado a hiperprolactinemia y cifras bajas de testosterona. Sin embargo, como dato a tener en cuenta, se han descrito casos de disfunción eréctil por hiperprolactinemia con cifras de testosterona normales. Así la disfunción eréctil no solo se atribuye al descenso de la testosterona sino también por afectación directa del pene por la hiperprolactinemia (Maggi, 2013). Incluso hemos encontramos un estudio que describe una relación entre cifras anormalmente bajas de PRL y disfunción eréctil (Seftel, 2014). En estos casos, la sintomatología sexual se trata corrigiendo los niveles de prolactina (Martínez Jabaloyas, 2010).

En la mujer, la prolactina causa sequedad vaginal y dispareunia por privación estrogénica añadida, estando asociada con la fase del orgasmo en la respuesta sexual femenina. Sin embargo, los estudios son escasos y con muestras pequeñas (Bechara, 2012). No hay consenso en cuanto al efecto del climaterio sobre los niveles de PRL; se

han comunicado niveles disminuidos, pero también se ha informado una secreción normal, incluso hasta una época bien avanzada del climaterio.

PROLACTINA	Valores normales.
Varones	2,5 - 17 ng/mL (53 - 360 mUI/L)
Mujeres no gestantes	1,9-25 ng/mL (40 - 530mUI/L)
Mujeres gestantes	10 – 209 ng/mL

-Tabla 7- Valores normales de prolactina.

3.2.2.3.4. Hormona Tiroidea

La mayoría de pacientes con alteración de la función tiroidea presentan una anomalía en la función sexual, que puede ser a nivel del deseo, de la erección o de la eyaculación (Maggi, 2013; Cihan, 2009), resolviéndose la mitad de los casos cuando se corrige la función tiroidea. El hipotiroidismo baja la secreción de gonadotropinas a nivel hipotálamo - hipofisario, ya sea directamente o mediante la modulación de la secreción de prolactina. Una reducción en el nivel de prolactina se evidencia con el reemplazo de tiroxina así como un aumento de los niveles de testosterona libre. Por otra parte los varones con hipotiroidismo tienen menores concentraciones de testosterona libre y de SHBG que los controles, lo que puede contribuir al empeoramiento de la función sexual. El tratamiento del hipotiroidismo restaura los niveles hormonales a la normalidad (Donnelly, 2000).

Recopilando datos hallados por Krassas, Carani, y Bodie, podemos describir la existencia de disfunción eréctil en varones con alteración de la función tiroidea, bien por hipertiroidismo o por hipotiroidismo. Únicamente con la normalización de la función tiroidea se restauró la normalidad de la función eréctil en más de la mitad de los casos

afectos. Aunque hay estudios que justifican su determinación no está claro que ésta, realizada de forma rutinaria, sea rentable, salvo que asocien otro tipo de sintomatología acompañante que así lo aconseje (Martínez Jabaloyas, 2010). La verdadera incidencia de la disfunción tiroidea en pacientes con problemas sexuales necesita ser evaluada con más profundidad (Maggi, 2013).

Conviene recordar que en un estudio previo con pacientes con TCA de Salamanca, los niveles de testosterona, estradiol y prolactina mostraron valores dentro del rango de la normalidad (Avila, 2004).

3.2.2.4. Fármacos

Se ha desvelado que la DS secundaria a fármacos supone un frecuente problema clínico que posee implicaciones muy relevantes a nivel práctico. Son muchos los fármacos que pueden tener efectos sobre la función sexual y el estudio de este tema aporta cada vez más datos que alarga la lista de fármacos implicados.

Los psicofármacos (fundamentalmente algunos antidepresivos y antipsicóticos, aunque afortunadamente no todos) se asocian frecuentemente con la aparición de disfunción sexual (DS) provocando descenso del deseo, retraso del orgasmo y/o eyaculación así como disfunción eréctil o de lubricación vaginal en más del 60% de los pacientes y en el 80% de voluntarios sanos (Montejo, 2015). La causa es el incremento de serotonina asociado o el incremento de prolactina secundario al uso de antipsicóticos. Los antidepresivos que más problemas sexuales provocan incluyen principalmente todos los ISRS, venlafaxina, duloxetina y clomipramina. Otros con diferente mecanismo de acción provocan mucha menos DS (mirtazapina, moclobemida) o no la producen (bupropion y agomelatina). Entre los antipsicóticos, risperidona, amisulpride y haloperidol deterioran

intensamente la vida sexual y otros como aripiprazol, quetiapina y ziprasidona apenas la afectan (Montejo, 2003). El incremento de la serotonina que va unido a los antidepresivos ISRS e ISRN (receptores 5HT_{2A}) es responsable del retraso de la función orgásmica y del bajo interés sexual. La disfunción eréctil parece ser secundaria a inhibición del Oxido Nítrico y a la activación adrenérgica. La hiperprolactinemia que aparece con algunos antipsicóticos provoca hipogonadismo secundario y disfunción sexual como consecuencia.

En cuanto a los fármacos más comúnmente empleados en los pacientes de la UTA de Salamanca, el 60,7% de los varones y 87,9% de las mujeres tenían prescrito alguno de los fármacos siguientes: Cianamida, Disulfiran, Neurolépticos, Antidepresivos y Benzodiazepinas. Esto no excluye el empleo de otro tipo de psicofármacos o fármacos de otra familia. Realizamos una búsqueda dirigida a algunos de estos fármacos en los que su interferencia en la esfera sexual está menos documentada, así como los de mas frecuente uso.

Hay estudios que confirman un empeoramiento de la función sexual tras el empleo del fármaco interdicator Disulfiran (Jensen, 1984), y las evidencias nos inclinan a esta apreciación (Jensen, 1979); pero debemos mencionar un estudio con 158 varones, 85 tratados con Disulfirán y 75 en grupo control, con un periodo de tratamiento de 6 semanas, en el que no se objetivaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (Christensen, 1984).

Como fármaco interdicator, la **Cianamida cálcica** (Colme) presenta como mecanismo de acción la inhibición de la aldehído deshidrogenasa bloqueando así la metabolización del etanol. El empleo de este fármaco se asocia con un empeoramiento significativo de la función sexual global, según observó Avila (2004). “Episodios

puntuales de impotencia” es la observación recogida en medios de opinión profesional.

Nalmefeno, antagonista de los receptores kappa y mu opioides, incrementa los niveles séricos de prolactina, con la consiguiente afectación sexual (Bart, 2005). En comparación con naloxona, el nalmefeno tiene una vida media más larga, se une con mayor potencia a los receptores mu, y tiene una mayor afinidad por los receptores kappa y delta-opioide (Schluger, 1998). Nalmefeno aumenta significativamente los valores de testosterona, LH, y FSH, así como el cortisol en todos los pacientes. Disminuye el consumo total de calorías, principalmente por la disminución del consumo de grasa. Puede concluirse que en los hombres impotentes mayores, nalmefeno aumenta de forma aguda la actividad del eje HPG y disminuye la ingesta de calorías predominantemente al disminuir el consumo de grasas (Billington, 1990).

El objetivo del tratamiento con **Naltrexona** es mantener la abstinencia y prevenir recaídas. Se acopla a receptores opioides, bloqueando la acción de los opioides endógenos. De esta manera, inhibe el efecto psicoactivo (recompensa, gratificación) del uso de etanol, ya que su ingesta libera opioides endógenos. Se puede instaurar el tratamiento aunque el paciente esté bebiendo y debe mantenerse durante unos 12 meses. Si bien se ha descrito como efecto secundario de la naltrexona una disminución del deseo sexual, impotencia, o dificultad para alcanzar un orgasmo (Diccionario de especialidades farmacéuticas. Mexico 2011; Mir Pizzá, 2012), una parte considerable de la bibliografía al respecto consultada muestra lo contrario. Sathe (2001) encuentra evidencias de que los opioides endógenos modulan la respuesta orgásmica y la intensidad percibida de la excitación sexual y el orgasmo en los hombres y sugiere que la naltrexona podría ser clínicamente útil en casos de deseo sexual inhibido y de disfunción eréctil. Los opioides tienen un efecto inhibitor en las funciones sexuales en animales y seres humanos.

Pacientes con disfunción eréctil idiopática tratados con el antagonista del receptor opiáceo naltrexona obtuvieron una mejoría de la libido, no se alteraron significativamente la frecuencia de las relaciones sexuales, pero las erecciones matutinas aumentaron significativamente con este tratamiento (Van Ahlen, 1995). Esta respuesta no se relaciona con los niveles de andrógenos o gonadotropinas, y tampoco era dependiente de la dosis. El rendimiento sexual, expresado como el número de coitos plenos / semana, aumentó significativamente durante el tratamiento con 50 mg de naltrexona. Los estudios endocrinológicos no revelaron ninguna modificación significativa de la LH plasmática, la FSH o la testosterona por la naltrexona, lo que sugiere que el efecto positivo de la droga en el comportamiento sexual se ejerce a nivel central. Se postula que una alteración en el tono opioide está presente en el centro de la impotencia idiopática y está implicado en el deterioro del comportamiento sexual (Fabbri, 1989).

Por otra parte, el empleo de Naltrexona de liberación prolongada, 380 mg en combinación con una intervención psicosocial se asoció con mejoras en la calidad de vida en pacientes alcohólicos (Pettinati, 2009).

Resumimos en la siguiente tabla la lista de fármacos y sustancias con constatada influencia en la DE. (Tabla 8)

- **Legales:** Alcohol y tabaco.
- **Ilegales:** Marihuana, cocaína, opiáceos, anfetaminas, cannabis, ácido lisérgico.
- **Antihipertensivas o con acción cardiovascular:** b -bloqueadores, diuréticos tiazídicos, espironolactona, Antg. del calcio, metildopa, clonidina, reserpina, guanetidina, hidralazina, a bloqueadores, digoxina, amiodarona, , propofenona, flecainida.
- **Hormonales:** Estrógenos, progesterona, antiandrógenos, análogos de la GnRH, antagonistas de las gonadotropinas, finasteride, ketoconazol, fluconazol, itraconazol, flutamida, corticoesteroides.
- **Drogas psicotrópicas:** Tranquilizantes mayores (no trazodona no clorpromazina), agentes ansiolíticos, barbitúricos, inhibidores de la MAO, antidepresivos tricíclicos, ISRS, IRSN, antipsicóticos, anorexígenos.
- **Otras:** Broncodilatadores, antagonistas del receptor de histamina (H1, H2), efedrina, pseudoefedrina, clorfibrato, etofibrato, metoclopramida, atropina, belladona, bromuro de propantelina, alopurinol, compuestos neurotóxicos: metales pesados como plomo, arsénico, talio, mercurio, oro, drogas como la nitrofurantoína, convulsín, vincristina, isoniazida, hidroxiquinolonas halogenadas, cloramfenicol, disulfiram, piridoxina, vacor, cisplatina y compuestos orgánicos como alcohol metílico, N-hexano, acrilamida, triortocresil fosfato, metilbutilcetona, carbón disulfato, ácido diclorofenoxiacético.

-Tabla 8- Sustancias y fármacos causantes de disfunción eréctil. (Sell Lluveras, 2001)

3.3. Calidad de vida (CdV) y Dependencia al alcohol.

Los problemas relacionados con el abuso o dependencia del alcohol, no se limitan solo al área física, sino que afectan a otras áreas de la vida de las personas, como son la esfera psicológica, el área social, familiar, económica, laboral y legal. (Estas áreas son las que se engloban dentro del término calidad de vida y que nuestro estudio analiza someramente, dado que la escala elegida para tal efecto (EQ-5D) adolece de esta profundidad exploratoria. No obstante, consideramos que la simplicidad y facilidad de su realización, así como la visión general del paciente que proporciona, justifica su elección

y evita contribuir a una sobrecarga exploratoria por encuestas.

Está establecido que a mayor consumo, mayor riesgo de resultados perjudiciales, tanto en las áreas de morbilidad y mortalidad (Roerecke, 2013), como en relación a sus consecuencias legales y sociales. Las políticas de salud deberían centrar sus esfuerzos en todas estas áreas, valorando con ello la calidad de vida del paciente alcohólico. Esta perspectiva es concordante con la definición de la organización Mundial de la Salud, quien define “salud” como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad”. La mayoría de los intentos dirigidos a valorar la calidad de vida se han centrado en esta definición. En el campo de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias y alcohol, aunque se conoce el impacto que posee el uso de la sustancia en múltiples aspectos de la vida del usuario, la evaluación de los resultados no ha sido sistemática, y no ha sido hasta la última década cuando ha aparecido un mayor interés en estudiar la calidad de vida de estas personas. Es razonable pensar que dado que los problemas del individuo se asocian a un mayor consumo, estos desaparecerían al cesar este consumo, sin embargo, persisten en ocasiones problemas en las áreas mencionadas a pesar del abandono del consumo, sugiriendo la posibilidad de que el individuo no experimente cambios considerables en su calidad de vida. No obstante, se ha encontrado una relación positiva entre calidad de vida, mejoría de la situación social y disminución del consumo de alcohol y hay datos que sustentan una peor calidad de vida en sujetos con problemas por este consumo (Lucas Carrasco, 2002). La literatura muestra limitaciones significativas en cuanto a que son muchos los estudios transversales que no diferencian entre abuso o dependencia, no tienen en cuenta la recuperación con o sin abstinencia o bien se basan solo en datos de pacientes bajo tratamiento.

Concluimos que los varones con dependencia al alcohol sufren con frecuencia mala

calidad de vida. Los síntomas depresivos, la angustia emocional severa y la baja autoestima de forma individual demuestran ser un efecto mediador entre la disfunción eréctil que padecen y la calidad de vida, siendo la autoestima el factor mediador principal (Ponizovsky, 2008).

En una revisión de artículos publicados entre 1993 y 2004, Donovan et al. (2005) citan 36 estudios cuyos hallazgos demostraban que las personas con TCA tenían peor calidad de vida que la población general; que los grandes bebedores episódicos tenían aun peor calidad de vida que otros bebedores y que la calidad de vida mejoraba con la abstinencia. La mayoría de estos estudios empleaban la escala SF-36. Un mayor porcentaje de días de consumo excesivo, más alcohol por día de consumo, y menor porcentaje de días de abstinencia se asociaron con medidas inferiores de calidad de vida (Lo Castro, 2009). En general, los pacientes con dependencia al alcohol, tienen menores puntuaciones en las escalas de calidad de vida comparándolos con la población general y con otras condiciones médicas (Donovan, 2005) y es que la estigmatización que conlleva el alcoholismo, incide en la calidad de vida de estos pacientes, sin que se haya encontrado diferencias raciales en este concepto (Smith, 2010). Estas conclusiones son las que avalan la mayoría de los estudios (Peters, 2003; Ugochukwu, 2013; Lahmek, 2009; Morgan, 2004; Ponizovsky, 2008).

Otros estudios, minoritarios, no encuentran afectación significativa en situaciones de abuso de alcohol, y en aquellas personas con solo abuso o sin trastorno por consumo de alcohol que dejaban de beber, describen significativos descensos en sus puntuaciones de calidad de vida, sugiriendo que este consumo podría ser considerado más como una patrón desadaptativo de comportamiento que como un trastorno con afectación física y psicológica (Dawson, 2009).

No obstante, hay pocos estudios sobre la calidad de vida en pacientes dependientes del alcohol a lo largo del tratamiento. En el estudio de Pedrero, Olivar y Chicharro (2008) analizaron la CdV a lo largo del tratamiento en estos pacientes, pero no obtuvieron diferencias estadísticamente significativas a los tres meses de iniciar el tratamiento. Posiblemente, los cambios en la percepción de la calidad de vida en estos pacientes aparecen de forma lenta y progresiva, lo que puede perjudicar la adherencia al tratamiento, ya que si no observan cambios positivos en su CdV con cierta prontitud pueden desmotivarse y como consecuencia abandonar el tratamiento. Sin embargo, esta descrita la mejoría de la calidad de vida medida con la escala SF-36, tras el abandono del hábito enólico, con mejorías significativas, especialmente en aquellos con peores puntuaciones al ingreso y los que no tenían comorbilidad asociada al alcoholismo (Lahmek, 2009). En la evaluación de la CdV con el Cuestionario de Satisfacción y Placer (Quality of Life and Satisfaction Questionnaire, P-LES-Q) (Endicott, 1993) se muestra como la CdV de los pacientes en cinco momentos diferentes evaluados a lo largo de 12 meses difiere de forma estadísticamente significativa, siendo progresiva la mejoría obtenida en la CdV (Martínez González, 2011).

Así pues, podemos deducir que la reducción en el consumo del alcohol se correlaciona con el grado de mejoría en la calidad de vida (Ponizovsky, 2008; Casswel, 2011) y esta afirmación se confirma aún empleando diferentes escalas (Foster, 2002).

Además del deterioro en la calidad de vida, también se ha objetivado grave perturbación del sueño en pacientes recientemente desintoxicados. Esta asociación es importante para predecir el riesgo de recaída a corto plazo. A pesar de la mejoría de la calidad de vida y la depresión de forma significativa tras 3 meses de abstinencia, persisten dificultades con el sueño y la ansiedad (Cohn, 2003), dato interesante a recordar a la hora

del abordaje integral de nuestros pacientes.

Observamos como los factores que intervienen en la calidad de vida de estos pacientes son múltiples y complejos y su interacción actúa como factor de confusión a la hora de extraer conclusiones. La existencia de comorbilidad psiquiátrica, el entorno social y los trastornos del sueño inciden en ella (Foster, 1999). Incluso la personalidad previa del paciente, ante iguales circunstancias, condiciona la percepción resultante siendo los pacientes afectos de un trastorno de la personalidad quienes perciben peor calidad de vida (Martínez González, 2010). Resulta llamativo cómo se observa un deterioro en la calidad de vida en los pacientes con TCA incluso mayor que la de los pacientes con enfermedad maligna mejorando con la abstinencia y deteriorándose con la recaída (Ugochukwu, 2013). Para niveles comparables de dependencia, la calidad de vida es peor en las mujeres que en los hombres (Stewart, 2006). Evaluar la calidad de vida en estos pacientes es una valiosa medida de la situación clínica y es más relevante que las medidas simples de consumo de alcohol o las pruebas de toxicidad hepática, contribuyendo a identificar los factores predictivos de recaída y las cuestiones de mayor interés para el paciente individual (Peters, 2003).

Planteamiento del problema

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El abuso del alcohol es aceptado universalmente como uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo. Sin embargo, es un hábito ampliamente extendido y culturalmente aceptado en la mayoría de las sociedades occidentales. Por esta razón en la actualidad, muchos países dedican cuantiosos recursos financieros a su investigación y control del consumo del mismo. El uso nocivo del alcohol es uno de los factores de riesgo que es susceptible de modificación y prevención.

La disfunción sexual, alteración fisiológica y psicológica del proceso normal involucrado en el funcionamiento sexual, es un concepto complejo y multicausal. Durante los últimos años, el interés en la disfunción sexual ha aumentado debido en parte a que los problemas sexuales han dejado de ser un tema tabú. La introducción del Sildenafil como tratamiento para la disfunción eréctil, modificó la visión general de la población acerca de la disfunción sexual que pasó a considerarse un tema médico subsidiario de tratamiento (Montejo, 2003). Aumentan las quejas espontáneas pero aún así, sin un abordaje directo, muchos pacientes silencian su problema.

Nos preguntamos qué ocurre con la sexualidad en las personas con TCA en nuestro ámbito. Cómo es su vida sexual, qué situación de pareja tienen, si se sienten satisfechos, qué gravedad de dependencia presentan, y cómo es su calidad de vida. Previamente (Avila, 2004) se valoró este problema en un estudio transversal, abarcando a pacientes en diferentes estadios y situaciones orgánicas. Consideramos de interés realizar un estudio donde las condiciones de los pacientes fueran seleccionadas, seguirles en el tiempo y observar los cambios acontecidos en función de la evolución de su patología. Hemos considerado de interés conocer como perciben estos pacientes su calidad de vida y si ésta es influida por la situación de funcionalidad sexual.

Revisando la literatura al respecto, vemos como los estudios varían en cuanto al diseño, con muestras muy diferentes, en estados diferentes de consumo y organicidad, de diferente diseño con amplia mayoría de estudios transversales y con o sin grupo control. En ocasiones, no se tienen en cuenta enfermedades concomitantes o consumo de fármacos. De ahí la confusión existente en las cifras y en el proceso de mediación directa entre el alcohol y la disfunción sexual (Montejo, 2003). Aspectos orgánicos, al margen del propio alcoholismo, se filtran como factores determinantes. Los resultados obtenidos en ellos se relacionan también con situaciones personales muy diferentes y muchos de estos estudios reflexionan sobre la importancia psicológica, social, cultural e incluso económica como factores determinantes de las relaciones sexuales. Teniendo en cuenta la alta sensibilidad a múltiples factores de lo que queremos medir, pensamos que si limitamos la muestra reduciendo en la medida de lo posible factores orgánicos y psicológicos y farmacológicos, el consumo de alcohol quedará más en evidencia como factor causal.

Finalmente, como parte añadida al problema de la función sexual y del alcoholismo, perseguimos conocer si en verdad es la esfera sexual un factor de peso en el bienestar de estos pacientes y recordar que el cumplimiento terapéutico depende en muchos casos de la aparición de efectos adversos, entre ellos, los relacionados con la sexualidad y su desempeño. Clarificar estos aspectos nos proporcionará argumentos contra el consumo abusivo del alcohol y contribuirá a disminuir el desconocimiento de los pacientes sobre las consecuencias deletéreas que este consumo acarrea.

Planteadas estas inquietudes, elaboramos las hipótesis pertinentes y un plan de trabajo adaptado a nuestros objetivos.

Hipótesis y Objetivos

5. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.

Por todo lo expuesto anteriormente, y remitiéndonos al trabajo que nos ocupa, los **objetivos de este estudio** son los siguientes:

- Valorar adecuadamente la existencia de síntomas de carácter sexual y la disfunción sexual en pacientes con TCA atendidos en una Unidad de Tratamiento del Alcoholismo, comparándola con un grupo control de personas sanas.
- Valorar la relación entre la gravedad del consumo y la gravedad de la disfunción sexual.
- Valorar la posible relación entre el empleo de psicofármacos y existencia de disfunción sexual.
- Valorar la posible reversibilidad de la disfunción sexual en los estadios de abstinencia al alcohol.
- Valorar la CdV de los pacientes con TCA y del grupo control las personas sanas.
- Valorar la CdV tras la abstinencia.

A la luz de los datos recogidos y nuestra propia experiencia clínica, formulamos las siguientes **hipótesis**:

Primera hipótesis:

Los pacientes con TCA presentan mayor disfunción en la esfera sexual que las personas sanas.

Segunda hipótesis:

Los pacientes con TCA presentan peor calidad de vida que las personas sanas.

Tercera hipótesis:

A mayor grado de consumo, mayor alteración en la esfera sexual.

Cuarta hipótesis:

A mayor uso de psicofármacos, mayor afectación sexual.

Quinta hipótesis:

La afectación de la función sexual revierte con la abstinencia al alcohol.

Sexta hipótesis

La calidad de vida de los pacientes con TCA mejora tras la abstinencia.

Material y Método

6. MATERIAL Y MÉTODO

6.1. Diseño del estudio.

Planteamos un estudio longitudinal, observacional, descriptivo. Una “serie de casos” seleccionados previamente entre los pacientes de la UTA, con unos criterios de exclusión estrictos que eliminaran aquellos posibles factores de confusión relatados previamente, donde pudiéramos observar cambios previsibles en un mismo paciente a lo largo del tiempo. El cambio más buscado, sería la abstinencia al alcohol, y el periodo de aproximado 6 meses, con sus correspondientes revisiones en la Unidad, lo consideramos adecuado para abordar el segundo contacto. Así mismo, incorporamos un grupo control representativo de los casos a estudio con el objeto de realizar las comparaciones con la población sana, cumplidores de iguales criterios de inclusión (salvo la patología alcohólica) y exclusión que los “casos”.

6.1.1. Recogida de datos.

Los datos recogidos son valorados por el médico evaluador 2 quien realiza el cribado previo a su inclusión definitiva en la hoja de datos. Aquellos cuestionarios ilegibles, de respuesta confusa o incompletos, son rechazados. Pensamos que presentar de nuevo un cuestionario incompleto a un paciente podría influir en sus respuestas, y si precisaba excesivas explicaciones, podría condicionar al paciente e interferir en elaborar respuestas espontáneas y sinceras.

GRUPO “CASOS” O PACIENTES

Contacto previo: Inicialmente, el paciente es atendido de forma reglada en la UTA por el médico responsable de la Unidad (“médico evaluador 1”). Se procede en este contacto a la evaluación inicial, recogida de datos y solicitud de pruebas complementarias

de igual forma que a todos los pacientes asistidos. Se evalúa la posibilidad de incluir al paciente en el estudio comprobando los criterios de inclusión y exclusión. Si el paciente es considerado apto para el estudio, se le deriva al “médico evaluador 2 o médico inclusor” quien formalizará debidamente la inclusión.

Primer contacto: Una vez en contacto con el médico evaluador 2, y comprobada la idoneidad de la inclusión del paciente, se asigna a éste un número y pasa a ser considerado a efectos de registro como “caso”. Se cumplimenta su hoja de datos y se procede a su seguimiento como marca el protocolo establecido y como establece el diseño del estudio.

Segundo contacto: Con el objeto de valorar posibles cambios en función del tratamiento y la abstinencia, se procede a la recogida de datos en los pacientes o “casos” en un segundo contacto, establecido tras un periodo mínimo de 4 meses tras la inclusión en el estudio. Llevado a cabo por el médico evaluador 2, con acceso a la historia clínica del paciente correspondiente a la UTA. Como intervalo preferente, establecimos un periodo de 6 meses.

Entre el primer y el segundo contacto, el paciente continuaba su seguimiento habitual en la UTA sin diferenciarse de cualquier otro paciente, salvo en un mayor control de eventos que pudieran precipitar algún criterio de exclusión. El tratamiento, tanto psicológico como médico y psicofarmacológico no variaba del establecido como indicado y oportuno, quedando debidamente reflejado en la historia del paciente.

De forma breve, las funciones asignadas a cada visita son las siguientes:

Contacto previo al estudio: Llevado a cabo por el médico evaluador 1.

1. Análisis de la situación general del paciente: personal, médica y de consumo y tratamiento previos.
2. Análisis de la personalidad del paciente.
3. Análisis de la dependencia al alcohol y de la gravedad del deseo o “craving”
4. Análisis de la gravedad de la dependencia.
5. Valoración de los criterios para incluir al paciente en el estudio.
6. Plan terapéutico

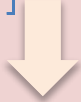

Contacto inicial o 1º contacto. Llevado a cabo por el médico inclusor /evaluador 2.

1. Descartar los criterios de exclusión.
2. Comprobar los criterios de inclusión.
3. Lectura, conformidad y firma del consentimiento informado.
4. Recogida de datos:
 - Antecedentes personales médico – psiquiátricos.
 - Datos de consumo de alcohol.
 - EuropASI
 - SEXAM
 - SALSEX
 - KINSEY
 - IIEF-5
 - EQ-5D
 - EIDA
 - ANALITICA : comprobación de estabilidad funcional.

Segundo contacto: establecido en torno a los 6 meses (± 2), en función de la disponibilidad del paciente. Llevado a cabo por el médico inclusor / evaluador 2.

1. Recogida de incidencias.
2. Comprobación criterios inclusión y de exclusión.
3. Recogida de datos:
 - SALSEX
 - IEF
 - EQ-5D
 - Datos referentes a la situación de consumo de alcohol y tratamiento farmacológico.

Muestro a continuación un esquema simple que resume la dinámica y contenido de las visitas realizadas al grupo de “casos”.

<p><i>Contacto Previo</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios inclusión + • Criterios exclusión - • EuropASI (datos personales, legales, laborales, consumo de alcohol y otras sustancias, estado mental) • EIDA • Tratamiento farmacológico ± • Analítica
<p>-Propuesta de inclusión-</p> 	
<p>1º contacto INCLUSIÓN <i>53 pacientes</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobación criterios inclusión y exclusión • Consentimiento informado • EuropASI (consumo de alcohol, relaciones familiares y de pareja, estado mental, tratamiento) • SALSEX • IIEF-5 • SEXSAM • EQ-5D • KINSEY
<p>- 6 meses-</p> 	
<p>2º contacto SEGUIMIENTO <i>36 pacientes</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Situación de consumo • Tratamiento farmacológico • Control analítico • Incidencias • SALSEX • IIEF-5 • EQ-5D

GRUPO CONTROL: Se procede únicamente a un único contacto con la siguiente actuación.

1. Comprobación criterios de inclusión y exclusión
2. Lectura, conformidad y firma del consentimiento informado
3. Recogida de datos:
 - EuroPasi
 - SEXAM

- SALSEX
- KINSEY
- IIEF-5
- EQ-5D

6.2. Muestra y procedimiento.

Pretendemos obtener una muestra idónea y practicable.

El grupo de los “casos” se obtiene de los pacientes que acuden a la UTA (Unidad de trastornos por Consumo de alcohol) de Salamanca. Estos pacientes provienen de diferentes ámbitos: Atención Primaria, Servicio de Medicina Interna del hospital de Salamanca, diferentes dispositivos pertenecientes al servicio de Psiquiatría, así como otro servicio hospitalario o dispositivo médico previo contacto con la Unidad. Es posible el acceso directo del paciente.

El grupo “control” se obtiene de diferentes ámbitos geográficos y laborales, siempre con la pretensión de seleccionar una muestra representativa de los casos. Se mantenían iguales criterios de inclusión, excepto el de presentar problemas asociados con el consumo de alcohol, así como iguales criterios de exclusión.

Utilizamos una técnica de muestreo no probabilístico donde los pacientes fueron escogidos sin intervención del azar. Realizamos un muestreo consecutivo consistente en seleccionar a los individuos que cumplían los criterios determinados de inclusión rechazando a aquellos que presentaban algún criterio de exclusión, a medida que acudían a la consulta en la UTCA, en un periodo comprendido entre enero del 2013 y diciembre del 2014.

La estrategia para reclutar pacientes consistía en que una vez realizado el despistaje

de cumplimiento de criterios, explicamos al paciente el estudio proyectado y la necesidad de su colaboración altruista y voluntaria para llevarlo a cabo. Se les garantizó la confidencialidad absoluta de los datos aportados así como la garantía de que su manejo y tratamiento no se verían afectados en ningún caso por su incorporación al estudio. Su abandono era posible en cualquier momento de su desarrollo sin implicaciones de ningún tipo. El porcentaje previsible de aceptación estimado superior al 80% inicialmente, se vio confirmado durante el estudio. No así el porcentaje previsible de pérdidas previas al segundo control, que alcanzó el 33% de la muestra inicialmente conformada.

Con el objetivo de evitar que eventuales errores de coordinación, prevision o preparación fueran padecidos por los pacientes, previamente al inicio del estudio tomamos las medidas oportunas para verificar que todos los aspectos del estudio estaban bajo control, los circuitos establecidos listos para entrar en funcionamiento, el material necesario preparado para ser usado, las instalaciones pertinentes debidamente acondicionadas y la no existencia de fallos de organización y/o infraestructura.

Disponíamos de un circuito de comunicación e información permanente entre médico evaluador y médico terapeuta, así como con la UTA de Salamanca de lunes a viernes en horario de atención al paciente.

Las entrevistas a los “casos”, fueron realizadas en un consultorio de la UTA así como en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Se ha procurado ofrecer un ambiente de privacidad, compartiendo el espacio únicamente médico – paciente, que favoreciera la natural expresión del paciente, así como la facilidad para solventar las dudas acontecidas. En el caso de los controles, las entrevistas fueron realizadas tanto en domicilios particulares como en el ámbito laboral de la persona.

No se emplearon técnicas de enmascaramiento y la incorporación del paciente al estudio fue voluntaria y consentida, tanto con los casos como con los controles, siguiendo la normativa exigida por el Comité Ético del hospital de Salamanca.

La muestra quedó conformada en número de la siguiente forma:

MUESTRA	CASOS			CONTROLES			N TOTAL
	varón	mujer	nº total	varón	mujer	nº total	
1º CONTACTO	42	11	53	24	9	33	86
2º CONTACTO	27	9	36				

6.2.1. Criterios de inclusión.

1. 18 años o más en el momento de la inclusión en el estudio.
2. Aceptación voluntaria y firma del consentimiento informado.
3. Paciente sexualmente activo.
4. Paciente con Trastorno por consumo de Alcohol, aceptado su ingreso en la Unidad de alcoholismo de Salamanca.

6.2.2. Criterio de exclusión.

1. El paciente está en tratamiento actual con uno o más fármacos. antidepresivos y/o con uno o más antipsicóticos y/o reguladores del ánimo.
2. Enfermedad médica grave que afecte significativamente la relación sexual: epilepsia, DM, enfermedad vascular, procesos oncológicos, Enfermedad de Párkinson
3. Pacientes con diagnóstico de Trastorno mental (excepto los relacionados

con el consumo de alcohol).

4. El padecimiento de enfermedades neurológicas, vasculares y endocrinológicas, salvo la obesidad y el tabaquismo.
5. Pacientes que no cumplen alguno de los criterios de inclusión.
6. Pacientes con dificultades para realizar las escalas autoaplicadas o de comprensión de las características del estudio y del consentimiento a firmar.
7. Mujeres gestantes.
8. Pacientes en tratamiento con :
 - α y β -Bloqueantes,
 - antineoplásicos,
 - antiulcerosos (Cimetidina, y Ranitidina, Misoprostol),
 - clonidina,
 - antiparkinsonianos,
 - hidralazina,
 - IECA,
 - antagonistas del calcio,
 - psicoestimulantes,
 - analgésicos opiáceos,
 - esteroides anabolizantes,
 - corticosteroides,
 - estrógenos,
 - diuréticos,
 - digoxina,

- finasteride,
- espironolactona,
- acetazolamida,
- BDZ (excepto alprazolam).
- antiarrítmicos (Amiodarona, flecainida)
- hipolipemiantes (bezafibrato, binifibrato, cipofibrato, clofibrato, gemfibrozilo, probucol y los inhibidores de la HMG CoA reductasa pravastatina y simvastatina)
- antiinflamatorios (Indometacina y Naproxeno)
- heparina.
- antimicóticos (Itrakonazol, Ketokonazol).

6.2.3. Finalización de la participación del paciente en el estudio.

La finalización de la participación de un paciente en el estudio, podía acontecer por:

1. Finalización del periodo a estudio. El paciente termina su participación en el estudio tras finalizar la segunda vuelta o contacto con la cumplimentación de los cuestionarios y escalas requeridos, la valoración médica pertinente que corrobore la adecuada aptitud del paciente y la realización final de las pruebas complementarias oportunas.
2. Aparición de algunos de los criterios de exclusión, detectado tanto por el médico evaluador como por el médico terapeuta, previa consulta y estudio del caso en cuestión y decisión conjunta. Estos casos deben ser registrados.
3. Negativa del paciente a continuar en el estudio.

6.3. Variables

A continuación describimos las variables seleccionadas para el estudio, así como su definición operativa. Hacemos referencia a las escalas o cuestionarios empleados.

6.3.1. Variables universales:

Recogidas por la escala EuropASI.

7. Edad: se recoge el valor numérico correspondiente a la edad del paciente en el momento de la inclusión en el estudio.
8. Sexo : Recogido según la nomenclatura “Varón / mujer”
9. Estado civil: Definido en 4 categorías: Casado, soltero, viudo, separado o divorciado.
10. Residencia: Ciudad grande (>10.000 habitantes), ciudad mediana o pueblo.
11. Nivel de estudios: clasificado en 5 categorías: educación primaria, educación secundaria, bachiller, formación profesional y diplomado o licenciado.
12. Fuente principal de ingresos: empleo, paro, ayuda social, pension/SS, compañeros/familiares/amigos, ilegal, prostitución, otras fuentes.

6.3.2. Referidas al diagnóstico de T. por consumo de alcohol.

Recogidas por la escala EuropASI

1. Situación de consumo: consumo o abstinencia.
2. Cantidad de alcohol consumido: definido por UBE/d

3. Tiempo de consumo patológico de alcohol: nº de años.

Recogida por la escala EIDA:

1. Gravedad de la abstinencia o nivel de dependencia: Valorada en 3 categorías en función de la gravedad: leve (puntuación total < 22), moderada (22 – 37) y grave (>37).

6.3.3. Referidas a la calidad de vida

Recogidas con la escala EQ-5D:

1. Movilidad: sin problemas, algunos problemas, encamado.
2. Cuidado personal: sin problemas, algún problema, incapaz
3. Capacidad para realizar las actividades diarias: sin problemas, algún problema, incapaz
4. Dolor o malestar percibido: sin dolor; moderado, mucho
5. Ansiedad o depresión percibida: sin ansiedad, moderadamente ansioso o deprimido, muy ansioso o deprimido.
6. Salud actual frente a la percibida hace 12 meses: mejor, igual, peor.
7. Nivel de calidad de vida percibido: Escala ordinal del 1 al 100.

6.3.4. Referidas a los intereses y prioridades vitales.

Recogidas con la escala SEXSAM y todas ellas valoradas en una escala del 1 al 10.

1. Importancia de las relaciones íntimas: escala del 1 al 10.
2. Importancia de la educación

3. Importancia del trabajo
4. Importancia de la espiritualidad
5. Importancia de la salud mental
6. Importancia de la salud física
7. Importancia de la situación económica

6.3.5. Referidas a la función sexual:

Recogidas a través de la escala IIEF-5:

1. Confianza en conseguir y mantener una erección: muy baja, baja, moderada, alta, muy alta.
2. Frecuencia de erecciones eficaces para la penetración: sin actividad, nunca o casi nunca, pocas veces, a veces, mayoría de las veces, siempre o casi siempre.
3. Frecuencia de la capacidad para mantener erección después penetración: sin actividad, nunca o casi nunca, pocas veces, a veces, mayoría de las veces, siempre o casi siempre.
4. Frecuencia de la capacidad para mantener erección hasta final del acto sexual: no realiza acto, extremadamente difícil, muy difícil, difícil, ligeramente difícil, no difícil.
5. Frecuencia de la satisfacción del acto sexual: sin actividad, nunca o casi nunca, pocas veces, a veces, mayoría de las veces, siempre o casi siempre.
6. Valoración global de la función eréctil: Valorada según la suma de sus ítems. 1-21: disfunción eréctil. >21: sin disfunción eréctil.

Recogidas a través de la escala SALSEX:

1. Disfunción sexual \pm fármacos: dicotómica (Si / no)
2. Disfunción sexual \pm fármacos: 3 categorías (No / leve / clínicamente relevante)
3. Disfunción sexual \pm fármacos: 4 categorías (No / leve / moderada / severa)
4. Disfunción sexual “2ª vuelta o segundo control” \pm fármacos. También en 2 , 3, o 4 categorías.

6.3.6. Referidas a problemas de pareja y hábitos sexuales

Recogida con la escala EuropASI:

1. Periodos problemas serios pareja sexual: no, si en el último mes, si a lo largo de la vida.

Recogidas con la escala KINSEY:

1. Importancia de la sexualidad: nada importante, poco importante, importante, muy importante, extremadamente importante.
2. Satisfacción sexual (5 categorías): Muy satisfecho, algo satisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, algo insatisfecho, muy insatisfecho.
3. Satisfacción sexual (2 categorías): Satisfecho / no satisfecho o indiferente.
4. Autodescripción inclinación sexual: Hétero sexual, homosexual, bisexual, no lo sabe.
5. Tipo de relación de pareja: monógama, no monógama, no mantengo relación.
6. Frecuencia de coito / mes: valor numérico.
7. Frecuencia de sexo / mes: valor numérico..

8. Frecuencia masturbación / mes: valor numérico.
9. Sexo por dinero últimos 6 meses: dicotómica: si / no
10. Sexo con dinero últimos 6 meses: si / no

6.3.7. Variables de influencia orgánica.

Recogidas en la “hoja de datos clínicos”.

1. Tratamiento farmacológico inicial en UTA: ninguno, disulfiran, carbemida, topiramato, tiaprizal, ISRS, BDZ, Buspirona, IRSD, Mixtos.
2. Tratamiento farmacológico en el segundo control: iguales categorías que en el control inicial.
3. Niveles PRL: valor numérico.
4. Niveles estradiol: valor numérico.
5. Niveles testosterona: valor numérico.
6. UBE/d: numérico.

6.4. Instrumentos de medida

Empleamos escalas y cuestionarios que pudieran ser adecuadamente administrados y respondidos, breves y poco intrusivos (factibles), capaces de presentar en distintas circunstancias el menor error de medida debido al azar (fiabes), con una capacidad adecuada para medir lo que se pretende medir (válidos) y capaces de detectar cambios en la función que se está evaluando cuando realmente los hay (sensibles).

Sin embargo, al llevar a la práctica la evaluación de la esfera sexual, se han identificado, además de la fuente de factores asociados a las propiedades psicométricas

del instrumento de evaluación elegido en cada caso, otras dos fuentes que pueden dificultar la información (González MP, 2000):

1. Factores asociados al paciente: falta de comunicación espontánea de los problemas relacionados con la sexualidad por vergüenza, miedo, ignorancia, presencia de DS como efecto de la propia enfermedad que puede confundirse con la DS debida al tratamiento con psicofármacos, presencia de DS como efecto de otros factores (estrés, cambio en las relaciones personales del paciente...)
2. Factores asociados al profesional: falta de fluidez en la interacción con el paciente acerca de los problemas de carácter sexual por prejuicios relacionados con la edad, diferencia de sexo entre el profesional y el paciente y temor a interpretaciones erróneas por parte de los pacientes (seducción, intrusismo, inmoralidad).

6.4.1. Cuestionario EuropASI : Índice Europeo de Gravedad de la Adicción

(adaptada).

Escala héteroaplicada, semiestructurada que proporciona información sobre aspectos de la vida del paciente que han podido contribuir a su síndrome de abuso de sustancias. Proporciona información de utilidad para describir las necesidades del paciente al inicio del tratamiento y asignar a los pacientes a las estrategias adecuadas.

Consta de 6 áreas independientes entre sí: 1- Situación médica, 2- Situación laboral, 3- consumo de alcohol / otras sustancias, 4- Problemas legales, 5- Relaciones familiares y sociales, 6- Estado psiquiátrico.

Cuenta con una valoración por parte del entrevistador de la veracidad de la información referida por el paciente (García-Portilla, 2011).

Se realizaron algunas modificaciones para este estudio con el objeto de eliminar aquellos aspectos que carecían de relevancia para nuestros objetivos. Esta opción fue preferible a la de emplear un cuestionario adaptado a los ítems conservados, dado que el paciente, habitualmente responde a este cuestionario en la Unidad de Tratamiento. Las modificaciones realizadas fueron:

➤ Para los casos: se realizan modificaciones eliminando aquella parte de su contenido valoradas como no relevantes en cuanto al objetivo del estudio. Estas exclusiones son las referentes a “otras sustancias de abuso”, “situación médica” (preguntas 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16), “empleo / soportes” (preguntas 23, 25 y 26), alcohol y drogas (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 27, 28) “situación legal” (2, 3, 4, 6, 7, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, Hª familiar), “relaciones familiares y sociales” (5, 6B, 8, 9, inicial, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18A, 18B, 19, 22, 23, 25, 26) y “estado psiquiátrico” (21, 22).

➤ Para los controles: se añade a las anteriores exclusiones descritas en el grupo de los “casos” la exclusión en bloque del apartado referente “alcohol y drogas”.

La utilidad directa de esta escala aplicada en nuestro estudio, aparte de la información proporcionada en todos sus apartados, radica concretamente en los apartados de “ relación de pareja”, “consumo patológico de alcohol”, “situación laboral”, “satisfacción familiar” y variables universales. Existen ítems recogidos que proporcionan un nuevo cribado de la correcta inclusión del paciente en el estudio, referentes a patología orgánica, estado mental y tratamientos, cuyos datos no han sido empleados directamente en este estudio pero si utilizados para el correcto manejo del paciente.

Consultar en el anexo 11.7.

6.4.2. EQ-5D: Cuestionario de salud y Calidad de Vida.

Los cuestionarios de calidad de vida (Health Related Quality of Life [HRQL]) no sustituyen a las evaluaciones sintomáticas, analíticas, morfológicas, etc., sino que las complementan, introduciendo algo tan trascendente como la visión del propio paciente sobre su percepción de salud. La cuantificación de calidad de vida “es una compleja medida sobre la satisfacción de bienestar físico, mental y social, un concepto que aglutina las expectativas, deseos y necesidades en la vida del paciente” (Monés, 2004).

Son numerosos los estudios que contemplan este área en el ámbito clínico y muchas las referencias sobre los instrumentos de medida empleados en el marco del alcoholismo. En cuanto a los procedimientos para medir la calidad de vida de las personas, encontramos que las escalas de calidad de vida WHOQoL-BREF (the World Health Organization quality of life instrument) (Da Silva Lima, 2005), The Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q) (Ponizovsky, 2008), SEQOL (Self-Evaluation o Quality of Life questionnaire) (Ventegodt, 2003), escala SF-12 así como la escala EQ-5D, y la escala AIQoL 9 son los instrumentos que han demostrado validez y fiabilidad para este tipo de pacientes (Dawson, 2009). Una revisión sistemática de instrumentos de medida de la calidad de vida en pacientes dependientes al alcohol muestra que la escala más utilizada fue la SF-36 (Health Survey). El empleo de diferentes instrumentos puede condicionar en parte los resultados de los diferentes estudios (Luquiens , 2011).

En este estudio, empleamos el cuestionario EQ-5D que si bien muestra un efecto techo moderado y menor sensibilidad, (Gunther, 2007, 2008; Malet, 2006), su facilidad de aplicación y comprensión para el paciente así como su brevedad nos inclinó hacia esta elección tras utilizar la escala SF-36 en 3 pacientes en los que observamos dificultades en

su realización y fatiga. De estos 3 pacientes, uno abandonó el estudio y los otros dos realizaron sin problema el cuestionario EQ-5D.

El cuestionario EQ-5D está diseñado con la intención de obtener un instrumento estandarizado y genérico para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud que permita un intercambio de datos entre los diferentes países. Es autoaplicado y consta de 7 ítems divididos en dos partes:

La primera parte, evalúa 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor malestar y ansiedad depresión. Para cada dimensión se describen 3 estados: ausencia de problemas (1 punto), problemas moderados (2 puntos) y problemas graves (3 puntos).

La segunda parte consiste en una escala analógica visual que va desde el 0 (Peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable). El paciente marca en esta escala el punto que mejor represente su estado de salud global.

El marco de referencia temporal es el día de la entrevista.

Para su consulta, anexo 11.5.

6.4.3. EIDA: Escala de Intensidad de la Dependencia al alcohol.

Esta escala se emplea de forma sistemática en todos los pacientes que acuden a la UTA de Salamanca.

Derivada de la versión española del Cuestionario sobre la Gravedad de la Dependencia del alcohol (SADQ), su marco referencial temporal lo conforma los 6 últimos meses. Valora, como su nombre indica, la intensidad de la dependencia al alcohol. Es una escala autoaplicada y consta de 30 ítems agrupados en 6 subescalas que recogen información referente a los síntomas físicos de la abstinencia, los síntomas psicológicos de ésta, las conductas derivadas para aliviar estos síntomas, el consumo

habitual de alcohol, la dificultad para controlar la ingestión y la restauración de la sintomatología tras la recaída. Los primeros 25 ítems son contestados con una escala de frecuencias de 4 puntos, siendo 0 “nunca o casi nunca” y 3 “casi siempre”. Los ítems 26 a 30 se contestan con una escala de intensidad, siendo 0 “nada” y 3 “bastante”. Se obtiene una puntuación total sumando el resultado de cada ítem siendo los puntos de corte y permite diferenciar entre: dependencia leve: <21; dependencia moderada: 21-37; dependencia grave: >37:.

Su realización se completa aproximadamente en 15 minutos.

Consultar en el anexo 11.6.

6.4.4. IIEF- 5: Índice Internacional de disfunción Eréctil (versión abreviada).

Escala desarrollada con la intención de crear un instrumento breve, fiable, psicométricamente válido, transcultural y que no fuera molesto para los pacientes para la evaluación de la disfunción eréctil. Se trata de una escala autoaplicada que evalúa la existencia de problemas en las distintas fases de la respuesta sexual humana y como estos han afectado la vida sexual del paciente. La versión inicial constan de 15 ítems agrupadas en 5 dimensiones.

La versión abreviada (la empleada en este estudio) recoge 5 ítems de la versión inicial, que deben ser cumplimentados según una escala tipo Likert, de frecuencia, dificultad, intensidad o satisfacción. Diagnostica y estratifica la severidad de la disfunción eréctil. El marco de referencia temporal para la forma abreviada, son los últimos 6 meses. La puntuación total máxima es de 25 puntos. Se considera representativa de una función eréctil normal una puntuación superior a 21.

El empleo de la escala abreviada IIEF-5 está ratificada en el empleo de pacientes con TCA y se considera apta para nuestro propósito (Rosen, 1999).

Consideramos que sería interesante el empleo de esta escala en mujeres de forma que la cuantificación de los resultados no dependiera del sexo. Es decir, aprovechar las bondades de sencillez, precisión y fiabilidad de la escala en ambos sexos. Lógicamente, al estar la escala enfocada y validada para estudiar la función de erección en el varón, su aplicación en mujeres carece de validez. La lubricación femenina es una función de respuesta al estímulo sexual, de mecanismos biológicos y curso equiparable a la erección (Mas, 2007). Con el objetivo de valorar la aplicación de esta escala en mujeres, fue empleada en ambos sexos, variando el término “erección” por el de “lubricación”, sin realizar ningún otro cambio y con idéntica valoración. Los resultados obtenidos con esta escala, son considerados bajo una perspectiva de interés y sujetos a opinión, a pesar de su validación para los varones.

Esta escala puede consultarse en el anexo 11.1.

6.4.5. SALSEX: Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos. (PRSexDQ).

Es un instrumento de cribado de la disfunción sexual, diseñado y validado por Montejo (1996, 2000) con los objetivos de medir y cuantificar los problemas sexuales que aparecen por la toma de psicofármacos, fundamentalmente antidepresivos y antipsicóticos y valorar la interferencia de los problemas sexuales en la adherencia al tratamiento y el riesgo de abandono.

Es un cuestionario heteroaplicado mediante entrevista clínica directa con el fin de cerciorarnos de que los conceptos son claramente entendidos por el paciente sin dar lugar

a la confusión. El marco de referencia temporal es “ desde que toma el tratamiento farmacológico”.

Consta de 7 ítems que evalúan la presencia de disfunción sexual, las disfunciones específicas y la tolerancia ante la disfunción sexual. Los dos ítems primeros evalúan la presencia de algún tipo de alteración en la actividad sexual tras el inicio del tratamiento con un psicofármaco y si su comunicación al médico es espontánea o bien la información se obtiene solo mediante el uso del cuestionario, desvelando la infracomunicación tan frecuente del problema (80%). Los siguientes 5 ítems evalúan la intensidad o frecuencia de las alteraciones de la función sexual mediante una escala Likert de 0 (menor intensidad o frecuencia posible) a 3 (mayor intensidad o frecuencia posible):

El rango de puntuación posible oscila entre 0 y 15 puntos demarcando los siguientes grupos: Sin disfunción (0- 0- 0- 0, Aceptacion 0 ó1, ó 1- 0- 0- 0, Aceptacion 0 o 1); disfunción leve (Todos los ítems menores o iguales a 1); disfunción severa (Puntuación 3 en uno solo de cualquiera de los 4 primeros ítems, si Aceptación es 3 ó Puntuación 3 en dos ítems, independientemente del valor en aceptación o puntuación 3 en tres ítems independientemente del valor en aceptación) y disfunción moderada en el resto de combinaciones.

El resultado de esta escala, inicialmente considerado en función de la puntuación, de 0 a 15 (15 máximo nivel de disfunción) admite otra valoración, de interés clínico, en la que se reunifican sus resultados conformando 3 variables diferentes:

0- Disfunción sexual (dicotómica): SI / NO

1- Disfunción sexual en 4 categorías: Sin disfunción sexual / Leve / Moderada / severa

- 2- Disfunción sexual en función de la relevancia clínica: NO / Leve / Clínicamente relevante.

En este estudio, se aplicó tanto a pacientes en el momento de su inclusión, que no tomaban fármacos, como al grupo control, aplicando como marco temporal los últimos 6 meses. El motivo de esta decisión fue mantener igual instrumento de medida en casos y controles y proporcionar en el segundo control una escala que pudiera tener en cuenta la influencia farmacológica de un posible y probable tratamiento.

Validada para pacientes depresivos y esquizofrénicos, consideramos que nuestra muestra era apta para su aplicación puesto que los pacientes, a lo largo del estudio y siguiendo las pautas de manejo habituales en la unidad, eran posibles candidatos al empleo de psicofármacos.

Su cumplimentación es sencilla y se lleva a cabo en 10 – 15 minutos, resultando mínimamente intrusiva para el paciente. Existe una única versión para los hombres y mujeres ya que se puede aplicar indistintamente variando los enunciados de las preguntas entre orgasmo/ eyaculación y disfunción eréctil/ lubricación vaginal.

Puede consultarse en el anexo 11.2.

6.4.6. SEXSAM: Cuestionario de Sexualidad y Salud Mental.

Se trata de un cuestionario estructurado, autoaplicado, que consta de 16 bloques que contienen 53 items. 3 bloques son de contestación dicotómica, 2 son abiertas, 2 mixtas, y 9 con respuestas cuantificadas del 1 al 10. Aporta información amplia, opinión, valoración y seguimiento del comportamiento sexual dentro de un amplio contexto social.

En este estudio, la educación, el trabajo, la espiritualidad, la salud mental, la salud física, o la situación económica son valorados como aspectos influyentes en la vida del

individuo y en su calidad de vida. No contemplamos el análisis de la amplitud del cuestionario en su totalidad, si bien los datos recogidos aportan información adicional a contemplar en futuros estudios.

Su cumplimentación requiere un tiempo de aproximadamente 25-30 minutos y se observaron algunas dificultades en su realización, referidas a factores de confusión relacionados con su diseño. Estas dificultades han sido registradas en el apartado de “Incidencias”.

Para su consulta, anexo 11.3.

6.4.7. KINSEY: Escala de Evaluación de la Actividad Sexual, modificada del Kinsey Institute.

Evalúa el historial sexual de una persona y los episodios de su actividad sexual en un tiempo dado. A través de ella, recogemos preferencias, hábitos y evaluación de la satisfacción sexual del paciente (Montejo et al, 2006).

Consta de 9 items que exploran la importancia de la vida sexual para el paciente y el grado de satisfacción con ella, la identificación del paciente con los distintos grupos de orientación sexual y la actividad y frecuencia sexual del paciente. Los 7 primeros Items se contestan en una escala del 1 al 5 y los dos últimos son de carácter dicotómico.

Es autoaplicada, de sencillo cumplimiento. Puede consultarse en el anexo 11.4.

6.5. Análisis de los datos

Las hojas de recogida de datos fueron revisadas de forma individual comprobando que todos los datos necesarios estaban registrados, y de no ser así, el motivo de ello. Los

cuestionarios rechazados por respuestas ambiguas, duplicadas o ausentes, no fueron ofrecidos de nuevo al paciente.

Aquellos datos considerados válidos fueron introducidos en una base de datos creada para tal fin, dotada de márgenes de seguridad y normas de coherencia interna.

Los cuadernos fueron informatizados en una base de datos y analizados con el programa estadístico Statical Package for Social Sciences (SPSS) versión 19.0.

6.5.1. Revisión de los Métodos Estadísticos.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa informático IBM SSPS Statistics, versión 20 para Windows. Para el análisis descriptivo se calcularon medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas y porcentajes para las variables cualitativas.

El esquema de trabajo, en cuanto a la selección del test estadístico es la siguiente.

Variable 1	Variable 2	Métodos paramétricos		Métodos no paramétricos	
Cuantitativa	Cuantitativa	Coeficiente de Correlación de Pearson		Coeficiente de correlación de Spearman	
Cuantitativa	Cualitativa (grupos)	2 grupos	Más de 2 grupos	2 grupos	Más de 2 grupos
		T de Student	Análisis de la Varianza (ANOVA)	U de Mann-Whitney Prueba de los rangos de Wilcoxon (2 muestras relacionadas)	Prueba de Kruskal-Wallis
Cualitativa	Cualitativa	Test X^2 (Tablas de Contingencia)			

Para poder seleccionar correctamente la prueba estadística, realizamos una previa exploración de los datos, para conocer si siguen una distribución normal (métodos paramétricos) o no (métodos no paramétricos); asimismo, para contrastar homocedasticidad (varianzas iguales).

Hipótesis de normalidad:	Prueba de homogeneidad de varianzas
<p>H0: Los datos analizados siguen una distribución Normal</p> <p>H1: Los datos analizados no siguen una distribución Normal</p>	<p>H0: Varianzas iguales</p> <p>H1: Varianzas distintas</p>
<p><i>SPSS: Analizar – Estadísticos Descriptivos – Explorar (gráficos con pruebas de normalidad)</i></p>	<p><i>SPSS: Analizar – Comparar medias – ANOVA de un factor (prueba de homogeneidad de varianzas)</i></p> <p><i>→ Test de Levene</i></p>

Test de comparación de dos medias (variable cualitativa de dos grupos, dicotómica). Si la variable cuantitativa sigue la distribución normal en los dos grupos y las varianzas no son significativamente distintas, se utilizará el test paramétrico: t de Student. En cualquier otro caso se realizará el test no paramétrico: U de Mann-Whitney.

Test de comparación de más de dos medias (variable cualitativa de más de dos grupos). Si la variable cuantitativa sigue la distribución normal en todos los grupos y las varianzas no son significativamente distintas, se utilizará el test paramétrico: ANOVA. En cualquier otro caso se realizará el test no paramétrico de Kruskal-Wallis.

6.5.2. Análisis de los Sesgos.

Sesgos producidos por la definición de la población a estudio.

La amplia lista de criterios de exclusion a la hora de seleccionar la muestra, hace que la población a estudio difiera de la población general que asiste a la unidad de tratamiento en una mayor salud general. Sin problemas de índole mental u orgánica, sin enfermedades concomitantes y sin tratamientos, seleccionamos pacientes con menor comorbilidad, al ser pacientes libres de otras afecciones. Ahora bien, si en nuestros pacientes seleccionados detectamos afección de su esfera sexual y en su calidad de vida, parece lógico deducir que en mayor medida estos datos se reproducirían en la población alcohólica general, puesto que los factores de exclusion son conocidas causas de afectación sexual. Parece sensato pensar que este sesgo no afectará a la generabilidad de los resultados.

Sesgo de selección.

Referimos este sesgo en la medida en que al reclutar personas como controles, voluntariamente buscamos aquellas personas con bajo nivel de estudios de manera que fueran comparables con el grupo de los casos. Razonamos esta decision en el apartado de “discusion”.

Sesgo de notificación.

El cumplimiento o la carencia de los criterios de inclusion y exclusion se valoraban durante la entrevista inicial, preguntando al paciente por sus antecedentes personales y tratamientos previos. Cabe la posibilidad de que la revelación de los datos no fuera la correcta y nosotros no constatábamos la veracidad de los datos mediante la historia

clínica, dado que los archivos de la UTA son independientes de los archivos correspondientes al complejo hospitalario y las historias clínicas no están informatizadas. Consideramos que el hecho de indagar sobre los antecedentes en el momento de la inclusión y posteriormente en una segunda entrevista estructurada y a través de la escala EuropASI, minimizaría este posible sesgo.

Sesgo del Entrevistador.

Este sesgo resulta inevitable con el diseño de nuestro estudio que permite que el encuestador tenga conocimiento del grupo al que pertenece el sujeto al que está entrevistando y del objetivo del estudio. Pudiera ser que el deseo de obtener resultados que apoyaran nuestras hipótesis nos inclinara, de forma involuntaria, a preguntar con más detalle e insistencia a los casos que a los controles. Pero los recursos disponibles, no nos permitían disponer de un entrevistador ajeno al equipo que diseñó el protocolo, desconocedor de la condición de caso o control de la persona entrevistada, que cumpliera los requisitos de formación médica precisos para cumplir con las funciones adjudicadas. Además, resulta difícil en algunos casos ignorar la condición de enfermo o sano en el tipo de pacientes a estudio y las entrevistas fueron diseñadas para complementar su propósito investigador con un propósito de seguimiento y actuación médica.

Sesgo de medición.

No referimos en este apartado a la capacidad diagnóstica de la escala IIEF-5 para las mujeres tras sustituir el término “erección” por “lubricación”. Decidimos emplear esta escala en mujeres de forma exploratoria, teniendo en cuenta la desventaja numérica de las mujeres frente a los varones en la muestra total, y con el objetivo de emplear el mismo instrumento de medida para ambos sexos. De forma añadida, registrar las incidencias

relativas a la realización de esta escala por mujeres, podía proporcionar datos considerados de interés. Los resultados obtenidos fueron analizados estadísticamente, si bien solo son observados bajo el prisma de la curiosidad y abiertos a discusión. De esta forma, consideramos evitado un sesgo que invalidaría nuestros resultados sin renunciar a la posibilidad exploratoria que la escala nos ofrece. Exponemos en nuestras conclusiones las limitaciones que comporta en la interpretación de los resultados esta modificación de la escala.

6.6. Análisis deontológico.

1. Inclusión del paciente en el estudio: Voluntaria, tras recibir y comprender toda la información relativa al estudio en el que participa. Consentimiento informado y firmado tanto por el médico evaluador 2 como por el paciente, previo a la recogida de datos para el estudio. Este consentimiento informado puede consultarse en el anexo 11.8.
2. Responsabilidad clínica y de decisión final: Compartida entre el médico evaluador 1 y el médico inclusor / evaluador 2. La toma de decisiones finales referentes a cualquier aspecto relativo al manejo terapéutico del paciente, es asignada al médico evaluador 1.
3. Medicaciones o tratamientos colaterales: No han sido aplicados ninguno al margen de los establecidos en los protocolos de la UTA. Ningún paciente incluido en el estudio ha sido sometido a privación o cambios en el tratamiento indicado habitual para su situación clínica.
4. Manejo de efectos colaterales, complicaciones de la enfermedad básica o incidencias pertinentes de actuación: corresponde al médico evaluador 1 y al médico inclusor / evaluador 2. El estudio se ha diseñado de tal modo que la

participación del paciente en él no pueda suponer el retraso de la detección o del tratamiento de eventuales complicaciones o afecciones concomitantes. De aparecer estos aspectos constituyendo motivo de exclusión, se actúa en consecuencia y se registran los hechos debidamente.

5. Libertad del paciente para abandonar el estudio en cualquier momento: la decisión libre del paciente será respetada, aceptada y garantizada.
6. Confidencialidad: La recogida, tratamiento y cesión de los datos del estudio se realizó siguiendo lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Toda la información referente a la identidad de los pacientes participantes fue considerada confidencial a todos los efectos. La identidad de los pacientes no puede ser desvelada ni divulgada excepto cuando fuera necesario para su tratamiento, evaluación, seguimiento o seguridad. En los formularios de recogida de datos, el paciente fue identificado mediante un número. Posteriormente los datos recogidos fueron consignados en una base de datos siguiendo un procedimiento que aseguró una total disociación entre dichos datos y la identidad del paciente. Tanto las historias clínicas como los sobres de datos han sido custodiados por ambos médicos evaluadores y el personal de la UTA de Salamanca. La confidencialidad de los datos ha sido garantizada.
7. Consideraciones: Este estudio ha sido becado por la Asociación Española de Sexualidad y Salud Mental (AESexSAME), y se obtuvo la aprobación de la comisión de la coordinación de investigación del Hospital Universitario de Salamanca.

6.7. Incidencias.

Relatamos a continuación aquellos acontecimientos acaecidos, no previsibles, que consideramos de relevancia:

1. Los 3 primeros pacientes del estudio, completaron la escala sobre el estado de salud SF-36 con dificultad y escasa motivación. Teniendo en cuenta el número de escalas al que sometíamos al paciente, consideramos oportuno simplificar este aspecto. Se cambia SF-36 por EQ-5D. En estos 3 pacientes, se empleó después la escala EQ-5D.

2. Tres pacientes mostraron su negativa a participar en el estudio tras conocer sus objetivos y el contenido de las encuestas.

3. Un paciente, mostro dificultades en la realización de las encuestas, pero alto interés en ser incluido en el estudio. Recibió ayuda en su realización.

4. La realización de la escala SEXSAM comporta dificultades en 19 pacientes a la hora de valorar los siguientes aspectos:

- ✓ Bloques 5 y 6 “ valorar aspectos de su vida cuando “NO tienen relaciones sexuales” y cuando “SI las tienen” . Consideran difícil cuantificar del 1 al 10 este aspecto, puesto que algunos no recuerdan época sin sexo en la edad adulta. Otros simplemente no se ven capaces de concretar esos datos con precisión.
- ✓ Bloque 2, las respuestas calibradas del 1 al 10 se aplican a todos los ítems, que están formulados en positivo. El último ítem, formulado en negativo, desorienta y confunde.

Se recogen estos datos para futuras adaptaciones.

En cualquier caso, realizada esta encuesta en toda su extensión, únicamente hemos recogido para el estudio aquellos ítems que contestaban a alguna de nuestras preguntas

planteadas en el estudio, y en concreto, las dificultades referidas no se correspondían con ninguno de los ítems empleados.

5. De 53 casos recogidos inicialmente, se produjeron 17 pérdidas en el segundo contacto o control. Como resultado, el número de pacientes reclutados en el segundo control fue de 36. Exponemos la causa:

1: Por gestación

1: Por presentar episodio maniaco

2: Traslado de provincia

2: Traslado de comunidad autónoma

1: Traslado a otro país

1: Ingreso en Proyecto Hombre

4: Abandono voluntario del estudio y UTA.

5: Perdida de contacto. Desconocemos el motivo.

6. Inicialmente fijamos un plazo de 6 meses para realizar el segundo control, puesto que la experiencia previa de la Unidad indicaba que este plazo era lo suficientemente amplio como para no perder posibles pacientes abstinentes por razones de tiempo. Encontramos problemático mantener este periodo establecido de forma rígida y sistemática dada la escasa disciplina de citas que mantenían muchos pacientes, con frecuentes ausencias y reencuentros que nos obligaron a ser más flexibles y ampliar este periodo incluso dos meses mas, pero nunca disminuirlo por debajo de los 4 meses. De no hacerlo así, el número de pérdidas hubiera significado comprometer la viabilidad del estudio.

Análisis de los resultados

7. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Ofrecemos los resultados agrupados en los dos contactos efectuados con la muestra.

En el primer contacto, mostramos los resultados que corresponden tanto a los casos como a los controles. Aprovechamos la exposición para ofrecer una comparación de las variables estudiadas en ambos grupos.

En el segundo contacto, los datos pertenecen a los pacientes o casos 6 (± 2) meses después del contacto inicial. Aprovechamos igualmente la exposición para efectuar las comparaciones oportunas con la situación que presentaban inicialmente estos pacientes.

7.1. Resultados obtenidos del primer contacto. Casos y Controles.

Exponemos a continuación los resultados ofrecidos por las escalas aplicadas en el contacto inicial con pacientes y controles. Las escalas EuropASI, Kinsey, EIDA y SEXSAM recogen valores de carácter descriptivo. Las escalas SALSEX, IIEF-5, SEXSAM y EQ-5D nos ofrecen los resultados referidos a esfera sexual y CdV. Realizamos análisis estadístico de relación entre los datos referidos a los casos y a los controles con el objeto de verificar si las personas del grupo control efectivamente son representativas de los pacientes que componen el grupo de los casos. De forma añadida, y dado que se contempla el estudio de otras variables referidas a formas de vivir la sexualidad y de situación social y laboral, el estudio de los resultados aportados facilita un mayor conocimiento de nuestra muestra.

7.1.1 Resultados asociados a la escala EuropASI.

Esta escala nos proporciona información sobre las variables: edad, sexo, lugar de residencia, estado civil, problemas serios con la pareja, fuente principal de ingresos, nivel de formación y datos relativos al consumo de alcohol en el grupo de los casos.

En la siguiente tabla mostramos el resumen de los datos ofrecidos por la escala EuropASI, aplicando valores relativos:

CUESTIONARIO EuropASI		CASOS N=53.	CONTROLES N=33	χ^2 Sig.	t-Student
Edad media		43,7	40,39		0,075
Sexo varones		42	24	0,487	
Residencia	Ciudad grande	58,5%	57,6%	0,863	
	Ciud. mediana	17%	21,2%		
	Pueblo	24,5%	21,2%		
Estado Civil	Casado	32,1%	66,6%	0,006	
	Soltero	37,7%	30,3%		
	Viudo	1,9%	0%		
	Separad/div	28,3%	3%		
Problemas serios pareja	No	36,4%	51,5%	0,312	
	Si, últm 3 m	20,5%	21,2%		
	Si, largo vida	43,2%	27,3%		
Fuente ingresos	Empleo	47,2%	84,8%	0,000	
	Otras fuentes	52,8%	15,2%		
Nivel de formación	Ninguna o Primaria	58,5%	42,4%	0,387	
	Secundaria	17,5%	21,2%		
	Bachiller	7,5%	18,3%		
	F. Profesional	11,3%	12,1%		
	Diplo / licenc	5,7%	6%		

-Tabla 9- Resultados del cuestionario EuropASI.

En el procesamiento de los datos, se aplicó el test paramétrico *T de Student* para la variable “edad”, resultando un p-valor de $0,75 > 0,05$ que niega relación entre casos y controles. Para el resto de las variables (“sexo”, “residencia habitual”, “estado civil”, “problemas serios con su pareja”, “fuente de ingresos” y “nivel de formación”) se confeccionaron las diferentes tablas de contingencia con la aplicación de la prueba chi-cuadrado correspondiente. *No se hallaron diferencias significativas en ninguna de las variables examinadas salvo en las variables “estado civil” y “fuente de ingresos”.*

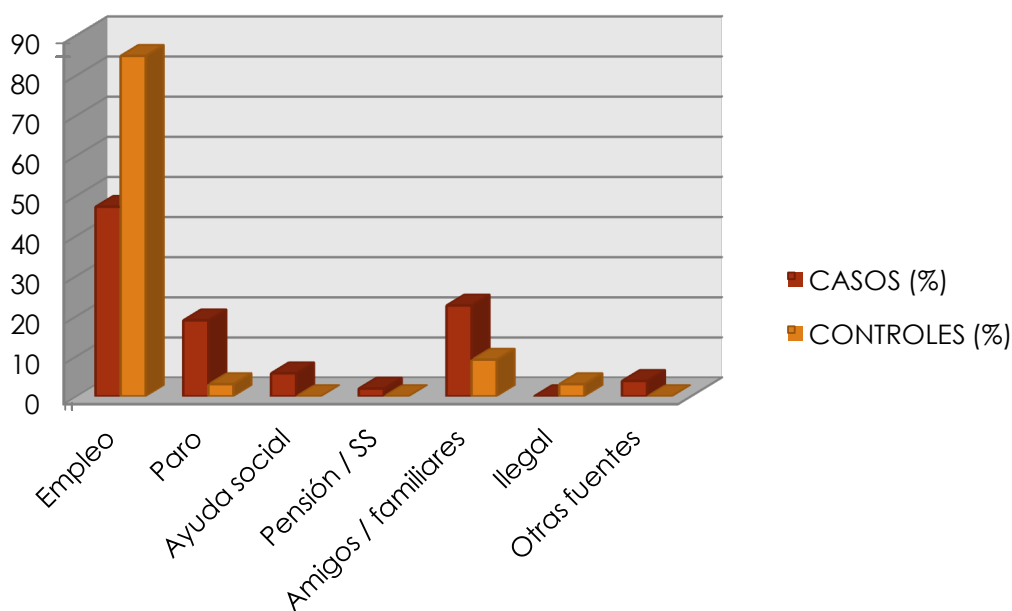
Respecto al estado civil, los casos son predominantemente personas casadas, aunque en menor medida que los controles (32,1% vs 66,6%), y el número de separados es más elevado que en los controles (28,3% vs 3%). Estos estados marcan la diferencia fundamental entre ambos grupos.

Respecto a la variable “fuente principal de ingresos”, representada por 8 categorías, (empleo, paro, ayuda social, pensión/SS, amigos / familiares, ilegal, y otras fuentes), representamos gráficamente sus valores (Gráfico 3).

Observamos que el empleo es en el 84,8% la principal fuente de ingreso de las personas sin trastorno por consumo de alcohol, mientras que en el grupo de los pacientes o casos, esta fuente representa solo el 47,2%. La prueba Chi-cuadrado aporta un p-valor = $0,013 < 0,05$.

□

FUENTE PRINCIPAL DE INGRESOS

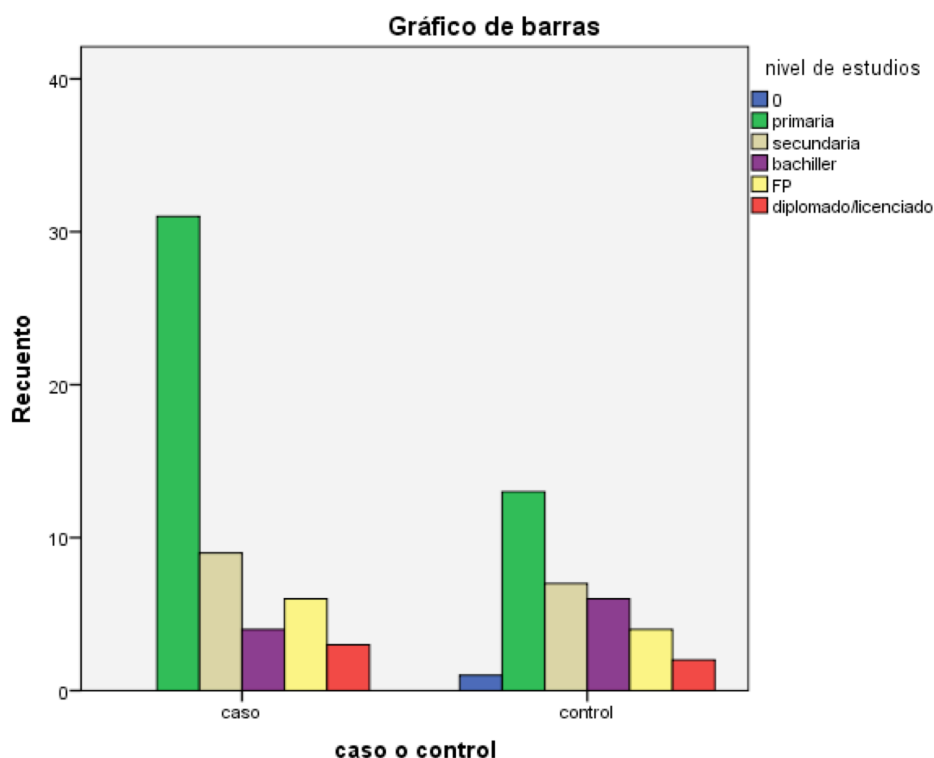


- Gráfico 3- *Principal fuente de ingresos en los casos y en los controles.*

Si buscamos las causas de dicha significación, mediante los residuos tipificados corregidos y eliminamos la categoría “1=empleo” por ser la que obtiene los valores más grandes y repetimos el análisis, obtenemos un valor de $p=0,202$. La conclusión al eliminar esta categoría, sería que la “principal fuente de ingresos sin contar el empleo”, es independiente de que el paciente esté clasificado como caso o control. Posteriormente, agrupamos todas las categorías, excepto el empleo, en una única categoría. Aplicando de nuevo la prueba chi- cuadrado, el valor de p obtenido fue de 0,000, lo que equivale a una alta significación. La relación entre que el paciente esté clasificado como “caso o control” y la “fuente de ingresos recodificada” podría resumirse diciendo que *es mayor la proporción de los personas del grupo control que cuentan con empleo que aquellos en los que sus ingresos provienen de otras fuentes, concretamente los primeros (52,8%) representan un 3,487 veces los segundos (15,2%). En relación a los casos, la proporción*

de aquellos que cuentan con empleo es menor que aquellos en los que sus ingresos provienen de otras fuentes, en concreto los primeros (47,2%) representan un 0,556 veces los segundos (84,8%).

Detallamos a continuación la variable “nivel de estudios alcanzado”. Esta variable, clasificada en 5 categorías (educación primaria, educación secundaria, bachiller, formación profesional, diplomado o licenciado), ofrece tanto en casos como en controles unos resultados que no muestran diferencias significativas entre ambos grupos, con un claro predominio de la educación primaria (ver gráfico 4) como nivel más alto en ambos grupos, y únicamente 3 licenciados en el grupo de los casos y 2 en el grupo control. Una persona del grupo control aseguró no haber terminado los estudios primarios. La prueba de Chi-cuadrado nos proporciona una significación de 0,387, con lo que no podemos afirmar que hayamos detectado diferencias en el nivel educacional entre ambos grupos.



-Gráfico 4- Nivel de estudios de los casos y los controles.

Comentamos esta variable de forma particular por el hecho de que el bajo nivel de formación detectado en los pacientes supuso un obstáculo a la hora de reclutar un grupo de personas sanas lo mas representativa de los pacientes con similar nivel de estudios. Comentamos mas detalladamente este aspecto en la discusión final.

Por lo tanto, *excepto por la variable “principal fuente de ingresos”, que muestra diferencias entre ambos grupos, podemos concluir que el grupo control se muestra representativo de los casos para las variables seleccionadas.*

Según esta escala, el perfil de la muestra clínica se caracteriza por un varón de edad media de 44 años, habitante de ciudad, soltero, satisfecho con su estado civil, y que ha presentado problemas serios a lo largo de la vida con su pareja sexual. La fuente principal de ingresos es ajena a su trabajo, y su nivel de formación corresponde a los estudios primarios. En cuanto a los datos de consumo de alcohol, señalamos los siguientes:

- Inician un consumo patológico de alcohol a los 25 años de edad media.
- La media de años de consumo patológico de alcohol es de 20 años.

El perfil de la persona sana perteneciente al grupo control, se corresponde a un varón de 40 años de edad, que vive en ciudad, casado, satisfecho con su estado civil, que no ha conocido problemas serios con su pareja sexual, con un nivel de estudios primarios, y cuya fuente principal de ingresos es su trabajo.

7.1.2. Resultados asociados a la escala KINSEY.

La escala Kinsey recoge las siguientes variables: 1- importancia del sexo, 2- satisfacción vida sexual, 3- inclinación sexual, 4- tipo de relación, 5- frecuencia

coito /mes, 6- frecuencia sexo/mes, 7- frecuencia masturbación, 8- sexo pagado, 9- sexo por dinero.

ESCALA KINSEY		CASOS N=53	CONTROLES N=33	χ^2 Sig
IMPORTANCIA SEXO	Ninguna	0%	0%	0,593
	Poco import	5,7%	3%	
	Importante	34,0%	48,5%	
	Muy import	49,1%	39,4%	
	Extremad import	11,3%	9,1%	
SATISFACCIÓN SEXUAL	Muy satisf	24,5%	48,5%	0,075
	Algo satisf	24,5%	30,3%	
	Indiferente	22,6%	12,1%	
	Algo insatisf	18,9%	6,1%	
	Muy insatisf	9,4%	3,0%	
SATISFACCIÓN SEXUAL (recodificada)	Satisfecho	49%	78,8%	0,043
	Indif/ Insatisf	51%	21,2%	
IDENTIFICACIÓN SEXUAL	Hétero sexual	94,3%	93,9%	0,520
	Bisexual	1,9%	0,0%	
	Homosexual	1,9%	6,1%	
	No sabe	1,9%	0,0%	
TIPO RELACIÓN SEXUAL	Monógama	73,6%	90,9%	0,108
	No monógama	9,4%	6,1%	
	No definida	17,0%	3,0%	
FRECUENCIA COITO	Ninguna	13,2%	6,1%	0,583
	1-3 v/mes	20,8%	18,2%	
	1v/semana	24,5%	39,4%	
	2-3v/sem	32,1%	30,3%	
	>3v/semana	9,4%	6,1%	
FRECUENCIA OTRO CONTACTO SEXUAL	Ninguna	15,1%	9,1%	0,339
	1-3 v/mes	24,5%	15,2%	
	1v/semana	15,1%	33,3%	
	2-3v/sem	35,8%	33,3%	
	>3v/semana	9,4%	9,1%	
FRECUENCIA MASTURBACIÓN	Ninguna	22,6%	31,7%	0,083
	1-3 v/mes	34,0%	28,0%	
	1v/semana	15,1%	15,9%	
	2-3v/sem	15,1%	14,6%	
	>3v/semana	13,2%	9,8%	
SEXO POR DINERO	Si	3,8%	0,0%	0,259
	No	96,2%	100,0%	
PAGO POR SEXO	Si	7,5%	0,0%	0,106
	No	92,5%	100,0%	

-Tabla 10- Escala KINSEY. Significación estadística.

La tabla 10 expone los datos obtenidos a través de esta escala, junto con el grado de significación estadístico obtenido.

Coinciden casos y controles en calificar el sexo como algo “ muy importante” en sus vidas. Este dato es importante, pues como referíamos al principio de este escrito, considerábamos la posibilidad de que sumidos en su problemática vivencial consecuencia del abuso del alcohol que a tantas esferas afecta, pudiera ser que la esfera sexual fuera considerada por estos pacientes un aspecto secundario en sus vidas.

La frecuencia de la masturbación, es más alta en los casos, pero esta diferencia no alcanzó significación estadística. La mayoría de ambos grupos se considera heterosexual, existiendo 2 homosexuales entre los controles y 1 homosexual, 1 bisexual y 1 no definido entre los casos. Practican el coito u otra práctica sexual 1 vez a la semana de media. Dos pacientes (casos) habían tenido sexo a cambio de dinero, y tres pacientes (casos) habían pagado por recibir atenciones sexuales. En estas dos últimas situaciones, no se halló ningún miembro del grupo control.

La satisfacción con su vida sexual en el grupo control era superior al grupo de los casos. El 49% de los casos, califica su vida sexual como satisfactoria (“muy o algo”) en mayor o menor grado y el 51% insatisfactoria o indiferente. Los controles la consideran “muy o algo” satisfactoria en un 78,8 % frente a un 21,2% que la califican como no satisfactoria o indiferente. Reagrupando las categorías en “satisfecho” e “indiferente / insatisfecho”, obtenemos una diferencia estadísticamente significativa con un valor $p=0,043 < 0,05$. Este valor muestra una diferencia en cuanto a satisfacción sexual se refiere, apuntando *mayor satisfacción en las personas sanas. Excepto la variable “satisfacción con la vida sexual”, ninguna de las demás variables de esta escala mostró*

diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes y las personas sanas del grupo control.

El perfil de la muestra clínica bajo el prisma de esta escala, se corresponde con un varón heterosexual, monógamo, que practica el coito, la masturbación u otro contacto sexual habitualmente una vez a la semana en los últimos 6 meses, no paga por servicios sexuales y no comercia con el sexo. Este perfil se corresponde sin diferencias *significativas al presentado por los controles.*

Concretamos que *las personas de la muestra, ya estén clasificados como “casos” o “controles”, otorgan una importancia similar a la sexualidad y muestran unos hábitos sexuales similares según las variables estudiadas de la escala KINSEY. Sin embargo, los controles muestran una mayor satisfacción con su vida sexual frente a los casos.*

7.1.3. Resultados asociados a la escala SEXSAM.

Esta escala recoge en qué medida los pacientes valoran diferentes parcelas de la vida y en qué lugar sitúan a las relaciones íntimas. Dado que uno de nuestros propósitos fue valorar el grado de importancia que para los pacientes tiene la vida sexual, esta escala, junto con la escala Kinsey nos proporciona datos al respecto que podemos considerar complementarios. Esta escala fue completada correctamente por 46 de nuestros pacientes.

Los pacientes alcohólicos (“casos”), dan una importancia similar a la “salud mental” y a la “salud física”, siendo éstas las más valoradas. Le siguen por orden de prioridad “el trabajo”, “la educación”, “las relaciones íntimas” y “la situación económica”. Se desmarca “la espiritualidad” con una valoración de solo 5,46. Si observamos el valor de “las relaciones íntimas”, observamos que un 8,24 de media constituye un valor elevado que representa la importancia que este aspecto tiene en los

pacientes con TCA. Como dato añadido, aunque no representado, no difiere de la valoración que especifican las personas sanas estudiadas. Es decir, *para los pacientes con TCA las relaciones íntimas tienen mucha importancia, (y es equiparable a la que presentan las personas sanas.)*

Elaboramos la tabla 11 con los resultados obtenidos que recogen las puntuaciones medias otorgadas a cada ítem del 1 al 10. La escala SEXAM como se ha descrito previamente, es mucho mas amplia. Nosotros nos limitamos a exponer aquellos datos que pueden resultar de interés para el objetivo de este estudio.

La no normalidad de la distribución sugiere el estudio de la relación entre las variables estudiadas a través de la prueba de Kruskal-Wallis. Los resultados obtenidos no apoyan la existencia de diferencias entre los grupos casos y controles. Exponemos a continuación estos resultados.

ESCALA SEXSAM	CASOS N=53		CONTROLES N=33		SIG. (bilat)
	MEDIA	DESV. TIP	MEDIA	DESV. TÍP	
Valore familia	9,20	1,869	9,73	0,583	0,579
Valore amistad	7,46	2,345	8,07	1,68	0,307
Valore real. Íntimas	8,24	1,741	8,53	1,548	0,543
Valore educación	8,57	1,628	8,80	1,448	0,551
Valore trabajo	8,59	1,95	8,73	1,363	0,828
Valore espiritualid.	5,46	3,125	6,03	2,58	0,418
Valore salud mental	8,70	1,919	8,53	1,332	0,280
Valore salud física	8,67	1,978	8,90	1,094	0,760
Valore economía	8,23	2,227	7,90	1,788	0,129
Valore satisfacción con pareja	8,81	1,791	8,33	2,644	0,539

-Tabla 11- Escala SEXSAM.

Los pacientes con TCA otorgan un elevado valor a las relaciones íntimas (8,24/10), comparable al valor otorgado por los controles. Igualmente manifiestan una elevada satisfacción en relación con la convivencia habitual con su pareja, también comparable al otorgado por las personas sanas. La mayor puntuación es otorgada a la familia. No observamos diferencias significativas entre ambos grupos.

7.1.4. Resultados asociados a la escala SALSEX.

Esta escala valora los cambios acontecidos sexualmente tras la incorporación de un tratamiento farmacológico, la comunicación espontánea de esos cambios por parte del paciente, el deseo sexual, el retraso o la incapacidad de la eyaculación, dificultad con la erección o lubricación y como la persona tolera esos cambios.

Escala SALSEX		CASOS N= 53	CONTROLES N= 33	χ^2 Sig.
Descenso del deseo	ninguno	50,9%	75,8%	0,026
	leve	22,6%	21,2%	
	moderado	20,8%	0%	
	severo	5,7%	3%	
Retraso en la eyac / orgas	ninguno	52,8%	84,8%	0,014
	leve	30,2%	15,2%	
	moderado	13,2%	0%	
	severo	3,8%	0%	
Incapacidad eyac / org	nunca	43,4%	69,7%	0,057
	a veces	45,3%	30,3%	
	a menudo	9,4%	0%	
	siempre / casi siemp	1,9%	0%	
Dificultad erección /lubric	nunca	39,6%	75,8%	0,006
	a veces	45,3%	24,2%	
	a menudo	11,3%	0%	
	siempre / casi siemp	3,8%	0%	
Aceptación cambios	sin disfunción	20,8%	60,6%	0,001
	bien	41,5%	33,3%	
	regular	32,1%	6,1%	
	mal	5,7%	0,0%	

-Tabla 12-Resultados SALSEX 5 categorías.

Observamos que excepto en la capacidad para eyacular o tener orgasmo, el resto de las categorías muestran un peor desempeño de la función sexual en los casos.

Al organizar la variable disfunción sexual en 3 categorías (organizadas en función de la puntuación individual de cada uno de los ítems), obtuvimos una diferencia significativa (tabla 13):

ESCALA SALSEX		CASOS N=53	CONTROLES N=33	χ^2 Sig.
DISFUNCIÓN SEXUAL	No disfunción	20,8%	63,6%	0,000
	Leve	28,3%	27,3%	
	Clínic. Relevante	50,9%	9,1%	

-Tabla 13- Resultados escala SALSEX. 3 categorías.

Recodificando la variable “disfunción sexual” en dos categorías: 0 = No disfunción, 1= Si disfunción, los resultados fueron los siguientes (tabla14):

ESCALA SALSEX		CASOS N=53	CONTROLES N=33	χ^2 Sig.
DISFUNCIÓN SEXUAL	No disfunción	20,8%	63,6%	0,000
	Si disfunción	79,2%	36,4%	

-Tabla 14- Resultados escala SALSEX. 2 categorías.

La asociación entre la clasificación del paciente en “caso o control” y que padezca o no disfunción sexual, resulta altamente significativa (p valor=0,000 <0,005). En los pacientes del grupo control, es mayor la proporción de quienes no padecen disfunción que

la de aquellos que si la padecen. *En el grupo de los casos, la proporción de pacientes que no presentan disfunción es menor que la de aquellos que si la padecen.*

Concluimos que esta escala nos describe un paciente con Trastorno por Consumo de Alcohol que sufre de disfunción sexual, con afectación del deseo, sufre retraso en la eyaculación o el orgasmo, tiene dificultades para conseguir una adecuada erección o lubricación y acepta mal los cambios percibidos.

7.1.5. Resultados asociados a la escala IIEF-5.

Esta escala contempla las siguientes variables:

- Confianza en mantener la erección
- Frecuencia de erecciones lo suficientemente rígidas para permitir la penetración.
- Frecuencia en mantener la erección después de la penetración
- Frecuencia en mantener la erección hasta el final de la relación sexual
- Frecuencia con que la relación sexual resulta satisfactoria.

La puntuación total de todos sus ítems, es considerada como otra variable definida como “puntuación total de IIEF-5”, considerándose disfunción eréctil cuando es <21.

Analizamos primeramente los ítems descriptivos de la escala, exclusivamente con casos y controles varones. Los datos obtenidos los agrupamos en la tabla 15, con el correspondiente valor estadístico:

ESCALA IIEF-5		CASOS N=42	CONTROLES N=24	X ² Sig.
Confianza mantener erección	Baja	10,50%	4,20%	0,034
	Moderada	26,3%	4,20%	
	Alta	39,5%	37,50%	
	Muy alta	23,70%	54,20%	
Frecuencia erección eficaz penetración	Sin actividad	2,60%	0%	0,004
	Nunca/casi nunca	2,60%	0%	
	pocas veces	31,6%	0%	
	A veces	18,4%	4,20%	
	Mayoría veces	10,50%	16,70%	
	Casi siempre/siempre	34,20%	79,20%	
Frec. Mantener erección despues penetr.	Nunca/casi nunca	10,50%	0,00%	0,006
	Pocas veces	0,00%	8,30%	
	A veces	21,10%	4,80%	
	Mayoría veces	34,20%	76,70%	
	Casi siempre/siempre	34,20%	70,80%	
Dificultad mantener erección hasta final	Extrem. difícil	5,30%	0%	0,078
	Muy difícil	2,60%	0%	
	Difícil	2,60%	0%	
	Ligeramente difícil	31,60%	8,30%	
	No difícil	57,90%	91,70%	
Frecuencia sexo satisfactorio	Nunca/casi nunca	2,60%	0%	0,262
	Pocas veces	2,60%	0%	
	A veces	15,80%	4,20%	
	Mayoría veces	34,20%	25%	
	Casi siempre/siempre	44,70%	70,80%	

-Tabla 15- Resultados IIEF-5. Solo varones.

Observamos que son los ítems correspondientes a la confianza en conseguir y mantener una erección adecuada, así como la frecuencia con que la erección conseguida es eficaz para conseguir la penetración y la frecuencia para mantener una erección adecuada, son las variables en que los casos obtienen valores significativamente menores que los controles. En el resto de las variables no observamos diferencias significativas.

En cuanto al análisis de la puntuación global de la escala IIEF-5 (escala cuantitativa), constituida por la suma de la puntuación de los 5 ítems, y partiendo del punto de corte considerado como disfunción eréctil <21 , consideramos oportuno realizarlo en la muestra completa, para observar que comportamiento tenía en las mujeres. Por ello, el estudio estadístico se realizó en dos fases: 1ª) aplicada únicamente a los varones, tanto del grupo casos como del grupo controles. 2ª) Aplicada a la muestra en su totalidad, considerando ambos sexos.

La razón de estas fases estriba en que únicamente podríamos tomar como válidos los resultados correspondientes a los varones al carecer esta escala de validez para mujeres. Sin embargo, ofrecemos ambos resultados, y adelantamos que no obtuvimos ninguna dificultad en la aplicación de la escala modificada a las mujeres.

Empleamos el test no paramétrico de Mann-Whitney, que nos aporta una significación estadística significativa en ambas muestras (casos – controles), y tanto aplicada a varones como a ambos sexos. No obstante, destacamos únicamente el obtenido para varones por las razones expuestas (tabla 16).

ESCALA IIEF-5	CASOS N=42 / 53			CONTROLES N=33			Sig. asintót. (bilat)
	N	Media	SD	N	Media	SD	
Solo varones	42	19,47	4,125	24	23,25	2,152	0,000
Total de la muestra	49	18,74	4,234	33	23,30	2,352	0,000

-Tabla 16- Puntuación global IIEF.

Podemos concluir que *los pacientes varones con Trastorno por Consumo de Alcohol obtienen un valor significativamente menor en la escala IIEF-5 que los controles, y muestran una puntuación media representativa de disfunción eréctil. Son la*

confianza en conseguir una erección adecuada y la falta de intensidad en la erección para conseguir la penetración y mantenerla, las variables mas afectadas.

7.1.6. Resultados ofrecidos por la escala EQ-5D.

Esta escala recoge datos referentes a la movilidad, la funcionalidad, el dolor y el estado anímico de las personas, confronta el estado percibido global con el presentado hace 12 meses y por último, en una escala del 1 al 100 el paciente señala la posición de su estado de salud general en el momento actual.

ESCALA EQ-5D		CASOS N= 53	CONTROLES N=33	χ^2 Sig.
MOVILIDAD	Sin problemas	96,2%	100%	0,259
	Algún problema	3,8%	0%	
	Encamado	0%	0%	
CUIDADO PERSONAL	Sin problemas	79,2%	100%	0,005
	Algún problema	20,8%	0%	
	Incapaz	0%	0%	
ACTIV. VIDA DIARIA	Sin problemas	73,6%	100%	0,005
	Algún problema	22,6%	0%	
	Incapaz	3,8%	0%	
DOLOR O MALESTAR	No	67,9%	90,9%	0,014
	Moderado	32,1%	9,1%	
	Severo	0%	0%	
ANSIEDAD O DEPRESIÓN	No	50,9%	93,9%	0,000
	Moderada	43,4%	6,1%	
	Severa	5,7%	0%	
SALUD FRENTE A 12 M ANTES	Mejor	35,8%	75,8%	0,001
	Igual	37,7%	12,1%	
	Peor	26,4%	12,1%	

-Tabla 17- Resultados EQ-5D. Variables cualitativas.

La tabla 17 recoge el resultado de la valoración de cada una de los ítems de la escala con su grado de significación.

Excepto en la movilidad, el resto de las variables muestra diferencias significativas entre ambos grupos.

Presentamos en la tabla 18 el resultado del análisis de la variable “salud global del 1 al 100”. Observamos su valor de significación hallado con la prueba de Mann-Whitney, también significativo.

ESCALA EQ-5D	CASOS N= 49		CONTROLES N=33		Sig. asintót. (bilat)
	Medias	DS	Media	DS	
ESTADO DE SALUD DEL 1 AL 100	62,26	20,086	81,58	9,484	0,000

-Tabla 18- Resultados EQ-5D: Variable cuantitativa.

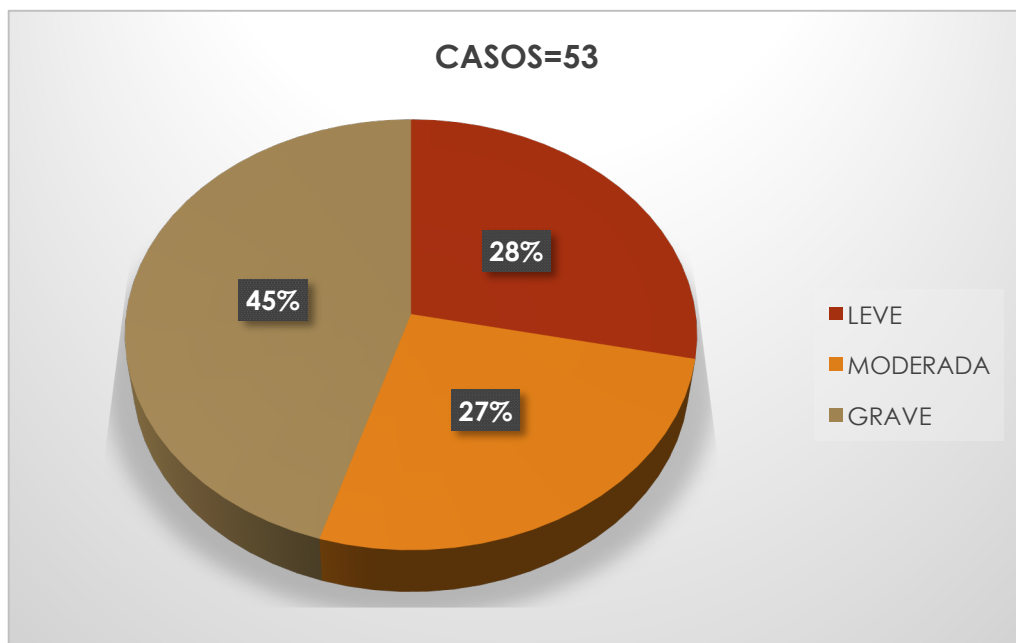
Observando los datos podemos resumir que *los casos muestran una calidad de vida peor que los controles*. Los ítems que describen aspectos significativos del bienestar así como la valoración global de la salud, muestran resultados más favorables con los controles, excepto en la variable referida a la movilidad, donde no se hallan diferencias.

7.1.7. Resultados asociados a la escala EIDA

Esta escala, que valora la gravedad de la dependencia al alcohol, lógicamente solo se aplica a los casos. Consta de 30 ítems. Nosotros recogemos como dato a analizar el valor resultante de la suma de cada uno de ellos. En función del valor total, la gravedad de la adicción queda dividida en leve <22, moderada 22-37 y grave >37. Observamos como esta escala describe una puntuación media elevada (36,58), que representa un estado de dependencia de la muestra en igualente elevado. El 46% de los pacientes

presentan “dependencia grave”, el 26%, “moderada”, y el 28%, “dependencia leve”.

Exponemos los datos en el gráfico 5.



-Gráfico 5- Resultados escala EIDA.

Concluimos que el 72% de la muestra, presenta una gravedad de la adicción moderada o grave.

7.1.8. Resultados recogidos en la “hoja de datos clínicos”.

Los resultados incorporados a esta hoja en el primer contacto muestran:

- El diagnóstico recibido en 40 pacientes es de Dependencia del alcohol (6 mujeres y 34 varones) y de Abuso del alcohol en 13 pacientes
- El consumo medio de alcohol es de 16 UBE/d.
- El 20,8% de los pacientes, no precisa de tratamiento farmacológico en su manejo inicial en la UTA.

TRATAMIENTO	Ninguno	Disulfirán	carbemida	BDZ	Buspirona	IRSA	ISRS	MIXTOS
% 100% (N) 53	20,8% (11)	18,9% (10)	1,9% (1)	1,9% (1)	1,9% (1)	3,8% (2)	5,7% (3)	45,3% (24)

- 3 de los pacientes manifiestan ansiedad referida como “severa. Su exploración psicopatológica describe una situación vivencial resultante de anticipar los cambios derivados del tratamiento en la Unidad. Su seguimiento continúa a través del médico terapeuta.
- Fueron realizados controles analíticos con recogida de función hepática y hormonal tras el contacto inicial y en el segundo contacto. Lamentablemente, en 11 de los varones y 4 mujeres no fue posible realizarlos dado que procedían de fuentes médicas que nos proporcionaban analítica realizada recientemente, pero incompleta para nuestro propósito. Nos pareció inoportuno repetir estas analíticas de cara al bienestar del paciente. La media de PRL en las mujeres se muestra en límite alto debido a un valor extremo hallado (104 ng/ml). Esta mujer, de 37 años de edad, mostraba problemas con la lubricación y el orgasmo, con mala tolerancia a estos cambios. El deseo sexual se mantenía. El resto de los valores hormonales hallados (tabla 19), estaban dentro de la normalidad.

VALORES HORMONALES MEDIOS	VARONES (31)	MUJERES (7)
PROLACTINA ng/ml	13,41	33,16
ESTRADIOL pg/ml	24,81	93
TESTOSTERONA ng/dl	480,9	46

-Tabla 19- Valores hormonales medios 1º control.

Resumimos los resultados recogidos en el primer contacto con el paciente:

El perfil de los pacientes con TCA es el de un varón de edad media de 44 años, habitante de ciudad, soltero, satisfecho con su estado civil, y que ha presentado problemas serios a lo largo de la vida con su pareja sexual. La fuente principal de ingresos proviene de fuentes ajenas a su trabajo, y su nivel de formación corresponde a los estudios primarios. Se considera hétero sexual, monógamo, practica el coito, la masturbación u otro contacto sexual habitualmente una vez a la semana, no paga por servicios sexuales y no comercia con el sexo. La sexualidad y las relaciones íntimas son muy importantes para él y muestra satisfacción con su vida sexual aunque en menor medida que una persona sana. Le satisface la convivencia habitual con su pareja. Sufre de disfunción sexual y presenta una calidad de vida afectada. Sus niveles de PRL, E2 y Tt son normales. Respecto a sus hábitos de consumo de alcohol, inicia el consumo patológico de esta sustancia a los 25 años de edad, y lleva 20 años abusando del alcohol, consumiendo de media 16 UBE/d. Su nivel de dependencia es grave.

7.2. Resultados obtenidos en el segundo contacto.

En el segundo contacto, efectuado a los 6 (± 2) meses, se ofrecen las escalas SALSEX, IIEF-5, EQ-5D de nuevo a los pacientes. La hoja de datos, se completa en esta ocasión y se muestra en último lugar. No se trabaja con los controles cuyos datos únicamente son referidos a un primer contacto. La muestra en este 2º contacto queda contituida de la siguiente forma:

CASOS 2º contacto	varones n=27	mujeres N= 9	total N= 36
abstinentes	22	9	31

7.2.1. Resultados asociados a la escala SALSEX.

El 1º ítem de la escala referido a la afectación sexual desde que toma medicación el paciente, el 16% responde positivamente. El 2º ítem valora la comunicación espontánea de la afectación sexual. Únicamente el 22,2% de los pacientes comunican esta disfunción espontáneamente.

A continuación, exponemos los datos recogidos en el 2º contacto referidos tanto a las 5 categorías (tabla 20) cualitativas de la escala, como a la reorganización en dos y tres categorías (tablas 21 y 22).

Escala SALSEX		CASOS N= 53	CASOS 2ª CONT. N= 36	χ^2 Sig.
Descenso del deseo	ninguno	50,9%	58,3%	0,510
	leve	22,6%	19,4%	
	moderado	20,8%	11,1%	
	severo	5,7%	11,1%	
Retraso eyac / orgas	ninguno	52,8%	61,1%	0,554
	leve	30,2%	19,4%	
	moderado	13,2%	11,1%	
	severo	3,8%	8,3%	
Incapacidad eyac / org	nunca	43,4%	61,1%	0,204
	a veces	45,3%	25,0%	
	a menudo	9,4%	8,3%	
	siempre / casi siemp	1,9%	5,6%	
Dificultad erección /lubric	nunca	39,6%	61,1%	0,030
	a veces	45,3%	16,7%	
	a menudo	11,3%	11,1%	
	siempre / casi siemp	3,8%	11,1%	
Aceptación cambios	sin disfunción	20,8%	47,2%	0,047
	bien	41,5%	25,0%	
	regular	32,1%	19,4%	
	mal	5,7%	8,3%	

-Tabla 20- Resultado escala SALSEX, 5 categorías.

Las dificultades en la erección o lubricación y la aceptación de los cambios muestran diferencias significativas.

Al reagrupar la variable en 2 o 3 categorías (recordemos la importancia de esta reagrupación desde el punto de vista clínico), observamos como la diferencia observada en los pacientes tras el segundo contacto también es significativa.

Escala SALSEX	CASOS N= 53	CASOS 2ª CONT. N= 36	χ^2 Sig.
No disfunción	20,8%	44,4%	0,017
Si disfunción	79,2%	55,6%	

-Tabla 21- Resultados escala SALSEX. 2 categorías.

Escala SALSEX	CASOS N= 49	CASOS 2ª CONT. N= 35	χ^2 Sig.
No disfunción	20,8%	47,2%	0,031
Leve	28,33%	19,4%	
Clínic. Relevante	50,9%	33,3%	

-Tabla 22- Resultados SALSEX. 3 categorías.

7.2.2 Resultados asociados a la escala IIEF-5.

Mostramos los valores recogidos en los 5 ítems de la escala, aplicada exclusivamente en varones, en la tabla 23. Observamos como la única categoría que muestra una variación significativa entre el 1º control y el 2º es la correspondiente a la “frecuencia de las erecciones son eficaces para la penetración”. El resto de las categorías no muestra cambios significativos.

ESCALA IIEF-5		CASOS 1º cont N=42	CASOS 2º cont N=27	χ² Sig.
CONFIANZA MANTENER ERECCIÓN	Muy baja	0%	7,4%	0,361
	Baja	10,5%	3,7%	
	Moderada	26,3%	22,3%	
	Alta	39,5%	48,1%	
	Muy alta	23,7%	18,5%	
FRECUENCIA ERECCIÓN EFICAZ PENETRACIÓN	Sin actividad	2,6%	7,4%	0,032
	Nunca/casi nunca	2,6%	0%	
	pocas veces	31,6%	7,4%	
	A veces	18,4%	3,7%	
	Mayoría veces	10,5%	22,3%	
	Casi siempre/siempre	34,2%	59,3%	
FREC. MANTENER ERECCIÓN DESPUES PENETR.	Nunca/casi nunca	10,5%	7,4%	0,083
	Pocas veces	0,0%	3,7%	
	A veces	21,1%	7,4%	
	Mayoría veces	34,2%	33,3%	
	Casi siempre/siempre	34,2%	48,1%	
DIFICULTAD MANTENER ERECCIÓN HASTA FINAL	Extrem difícil	5,3%	7,4%	0,139
	Muy difícil	2,6%	3,7%	
	Difícil	2,6%	7,4%	
	Ligeramente difícil	31,6%	11,2%	
	No difícil	57,9%	70,3%	
FRECUENCIA SEXO SATISFACTORIO	Nunca/casi nunca	2,6%	7,4%	0,172
	Pocas veces	2,6%	0%	
	A veces	15,8%	3,7%	
	Mayoría veces	34,2%	25,9%	
	Casi siempre/siempre	44,7%	63%	

-Tabla 23- Resultados escala IIEF-5. Solo varones.

A continuación, exponemos los resultados correspondientes a la variable “puntuación total IIEF”, primero la ofrecida por la muestra completa (tabla 24) y en segundo lugar, solo con varones (tabla 25).

ESCALA IIEF-5	CASOS 1º contacto N=53		CASOS 2º contacto n=36		Sig. asintót
	MEDIA	DESV.EST.	MEDIAS	DESV.EST.	
PUNTUACIÓN TOTAL	18,74	4,234	19,61	5,178	0,131

-Tabla 24- Resultados escala IIEF-5. 2º contacto. Muestra completa.

Realizamos posteriormente el mismo análisis únicamente con varones. No observamos que la función eréctil mejore.

ESCALA IIEF-5	CASOS 1º contacto N= 42		CASOS 2º contacto N=27		Sig. asintót
	MEDIA	DESV.EST.	MEDIAS	DESV.EST.	
PUNTUACIÓN TOTAL	19,47	4,125	19,44	5,820	0,483

-Tabla 25- Resultados escala IIEF-5. 2º contacto. Solo varones.

Con los datos presentados, no observamos una mejoría de la función sexual contemplada por la escala IIEF y centrada en la función eréctil en el 2º control. Debemos recordar la validez exclusiva de los resultados correspondientes a los varones. Tenemos en cuenta como dato exploratorio que los resultados no varían al considerar también a las mujeres en la escala de puntuación global.

Reflexionemos sobre la muestra recogida en el segundo control. No todos los pacientes están abstinentes, aunque si la mayoría (31). En el desarrollo de las hipótesis planteadas, veremos si la abstinencia influye en el resultado de ambas escalas.

7.2.3. Resultados asociados a la escala EQ-5D.

Mostramos separados los datos de las variables cualitativas (tabla 26) y cuantitativa (tabla 27) de esta escala. Observamos que los ítems referidos al cuidado personal, las actividades de la vida diaria y la salud actual frente a la percibida hace 1 año muestran diferencias significativas entre un primer contacto y 6 meses después.

ESCALA EQ-5D		CASOS 1° Control N= 53	CASOS 2° control N=36	χ^2 Sig.
MOVILIDAD	Sin problemas	96,2%	97,2%	0,798
	Algún problema	3,8%	2,8%	
	Encamado	0%	0%	
CUIDADO PERSONAL	Sin problemas	79,2%	100%	0,004
	Algún problema	20,8%	0%	
	Incapaz	0%	0%	
ACTIV. VIDA DIARIA	Sin problemas	73,6%	97,2%	0,008
	Algún problema	22,6%	0%	
	Incapaz	3,8%	2,8%	
DOLOR O MALESTAR	No	67,9%	75%	0,471
	Moderado	32,11%	25%	
	Severo	0%	0%	
ANSIEDAD O DEPRESIÓN	No	50,9%	63,9%	0,457
	Moderada	43,4%	30,6%	
	Severa	5,7%	5,6%	
SALUD FRENTE A 12 M ANTES	Mejor	35,8%	80,6%	0,000
	Igual	37,7%	16,7%	
	Peor	26,4%	2,8%	

-Tabla 26- Resultados escala EQ-5D 2° contacto. Variables cualitativas.

En cuanto al resultado de la escala global de salud, los resultados ofrecidos muestran diferencias entre ambos contactos, con un valor otorgado a la salud

autopercebida por los casos en el segundo contacto significativamente mayor que la que percibían al inicio del estudio.

ESCALA EQ-5D	CASOS 1° control N= 53		CASOS 2° control N=36		Sig. asintót. (bilat)
	Media	Desv.E	Media	Desv.E	
ESTADO DE SALUD DEL 1 AL 100	62,26	20,086	75,64	17,250	0,000

-Tabla 27- Resultados escala EQ-5D 2° contacto. V. cuantitativa.

7.2.4. Resultados asociados a la “Hoja de datos clínicos”.

Completamos esta hoja con los resultados obtenidos de la analítica, así como los referidos por el paciente en cuanto a su situación de consumo y tratamiento activo. Los datos que aporta el paciente son comprobados a través de la historia clínica. Los datos aportados son los siguientes:

ABSTINENCIA 2° contacto	Varones	Mujeres	Total casos
% (N)	41,5% (22)	17% (9)	58,5% (31)

TRATAMIENTO 2° contacto	ninguno	disulfirán	carbemida	topiramato	tiaprizal	BDZ	mixtos
	33,30% (12)	8,30% (3)	5,60% (2)	5,60% (2)	5,60% (2)	2,80% (1)	38,90% (14)

- Los pacientes, presentaban unos valores en la bioquímica general, hemograma, función renal, y tiroidea dentro del rango de la normalidad. Referente a los valores enzimáticos hepáticos, era frecuente la objetivación de GGT elevada así como

ocasionalmente, elevaciones leves (menos de 3 veces su valor normal) de AST y ALT. Las elevaciones detectadas en las cifras de triglicéridos eran sugerentes del hábito enólico y no fueron sometidas a más tratamiento que la abstinencia.

Controles posteriores continúan realizándose a estos pacientes como parte del protocolo de seguimiento de la Unidad. Solo en un paciente (caso 21) un varón de 53 años, presentó en estado de consumo, unas cifras de enzimas hepáticas levemente elevadas (AST y ALT <70 UI/l), sin repercusión clínica, y un valor del enzima Gamma glutamil transpeptidasa de 556 UL/l, con triglicéridos de 1135 y colesterol total de 207.

- En cuanto a los valores hormonales (tabla 28), tanto referidos a testosteron como a estradiol y prolactina, eran similares a los de la población general, con valores dentro del rango de la normalidad.

VALORES HORMONALES	Varones	Mujeres
TESTOSTERONA ng/dl	485,25	27,5
ESTRADIOL pg/ml	25,7	44,9
PROLACTINA ng/ml	16	17,8

-Tabla 28- Valores medios hormonales. 2º contacto.

7.2.5. Otros resultados obtenidos.

Independientemente de la búsqueda de respuesta a nuestras hipótesis, obtuvimos datos añadidos, fruto de combinar diferentes variables, que por su significado clínico y significación estadística, consideramos oportuno comentar y exponer (tablas 29 y 30).

		Calidad de Vida (0-100)			Puntuación IIEF (5-25)		
		Media	SD	p-val	Media	SD	p-val
Disfunción 3 categorías 2º contacto	No disfunción	82,00	14,368	0,038	21,60	5,396	0,009
	Leve	79,71	8,883		19,29	2,690	
	Clinicam Relevante	66,92	20,870		17,15	5,242	

-Tabla 29- Comparación de medias. Variables de interés. Pacientes con TCA.

		Calidad de Vida (0-100)			Puntuación IIEF (5-25)			Puntuación EIDA		
		Media	SD	p-valor	Media	SD	p-valor	Media	SD	p-valor
Satisfacción estado civil	Sí	64,83	22,72	0,375	19,50	3,963	0,048	35,70	22,87	0,297
	No	57,00	18,43		15,70	5,250		46,50	24,97	
	Indiferent	60,56	16,66		19,33	3,464		31,67	13,65	
Problemas con la pareja sexual	No	65,94	16,75	0,129	18,56	5,329	0,898	30,88	20,78	0,039
	Sí, últim m	51,11	29,66		19,11	5,061		55,50	25,23	
	Sí, a lo largo vida	66,84	16,34		18,26	3,380		35,68	21,23	
Grado de satisfacción de actividad sexual	Muy satisfecho	67,67	23,13	0,228	21,53	3,091	0,013	43,47	24,72	0,184
	Algo satisfecho	65,38	17,96		19,23	3,468		28,00	19,55	
	Indiferente	66,67	15,38		15,83	5,154		35,17	20,92	
	Algo insat	51,50	17,64		16,60	3,864		33,00	14,26	
	Muy insati	56,00	29,02		16,40	5,550		52,80	29,22	
Disfunción 3 categorías	No disfunc	73,18	25,42	0,003	21,64	3,042	0,017	37,36	29,80	0,814
	Leve	68,00	15,67		18,87	4,240		33,47	17,86	
	Clinicam Relevante	53,70	18,29		17,17	4,366		38,17	21,62	

-Tabla 30- Comparación de medias. EQ-5D / IIEF. Pacientes 2º control.

1. Valorando la satisfacción personal de los pacientes con su estado civil frente a la función sexual según la escala IIEF-5, los pacientes insatisfechos obtenían peores puntuaciones en dicha escala mostrando mayor disfunción eréctil ($P=0,048$).

2. Los pacientes con problemas con su pareja sexual, muestran puntuaciones mas altas en la escala EIDA representativo de una mayor dependencia al alcohol, con valor de $p=0,039$.

3. Los pacientes que se muestran satisfechos con su vida sexual, puntúan mas elevado en la escala IIEF-5, mostrando mejor función eréctil que los que manifiestan insatisfacción con su vida sexual ($P=0,013$).

4. Los pacientes con disfunción sexual recogida en la escala SALSEX, muestran peor calidad de vida que aquellos que no la padecen ($p=0,003$). Este resultado se confirma con los pacientes estudiados en el segundo contacto, con un valor $p=0,038$.

5. Los pacientes con disfunción sexual según la escala SALSEX muestran peor función eréctil según la escala IIEF-5 ($p=0,017$). Este resultado se confirma con los pacientes estudiados en el segundo control, con un valor $p=0,009$.

Discusión de los Resultados

8. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Empleamos los resultados hallados para verificar la validez de nuestras hipótesis.

8.1 Primera hipótesis

Los pacientes con TCA presentan mayor disfunción en la esfera sexual que las personas sanas.

La disfunción de la esfera sexual la exploramos a través de las escalas IIEF-5 y SALSEX. Recordamos la validez exclusiva de la escala IIEF-5 en su aplicación a los varones cuyos resultados son los comentados.

Los datos ofrecidos por la escala SALSEX muestran que tanto la disfunción considerada en 3 categorías (“no disfunción”, “disfunción leve” y “disfunción clínicamente relevante”) como considerada en dos categorías (“No disfunción” y “Si disfunción”), la diferencia frente a los controles es altamente significativa con valores $p = 0,000 < 0,05$ en ambos casos. Son la disminución del deseo, las dificultades en la erección / lubricación y la aceptación de los cambios acontecidos los aspectos mas afectados.

Calculamos un riesgo relativo, de 0,442 para la cohorte de casos (Intervalo de confianza al 95% 0,268-0,728) , frente a un riesgo de 2,953 para la cohorte de controles (Intervalo de confianza al 95% de 1,689 – 5,162)

Luego podemos afirmar que la proporción de los “*Controles sanos*” que no padecen disfunción es mayor que aquellos que sí la padecen, concretamente los primeros (65,6%) representan un 2,953 veces los segundos (22,2%). Y referente a los “*Pacientes Casos*” que no padecen disfunción, la proporción es menor que aquellos que sí la padecen, en concreto los primeros (34,4%) representan un 0,442 veces los segundos (77,8%)

En cuanto a la escala IIEF-5, Las categorías “confianza en conseguir una erección adecuada” ($p=0,034$) “frecuencia con que la erección es eficaz para la penetración” ($p=0,004$) y frecuencia con que consiguen mantener una erección adecuada después de la penetración ($p=0,006$), muestran diferencias significativas. La puntuación global de la escala, muestra igualmente diferencias significativas entre los casos y los controles con un valor $p=0,000$.

Concluimos pues que *los pacientes varones clasificados como “controles”, obtienen un valor significativamente mayor en la escala IIEF, que los pacientes clasificados como “casos”.*

Podemos concluir que *los pacientes con TCA o “casos” están significativamente más afectados sexualmente que los controles, tanto si empleamos la escala IIEF-5 como la escala SALSEX para su valoración.*

8.2. Segunda hipótesis

Los pacientes con TCA presentan peor calidad de vida que las personas sanas.

Los datos aportados muestran una diferencia significativa entre los casos y los controles en el cuidado personal, la capacidad para realizar con normalidad las actividades de la vida diaria, el grado de dolor o malestar, el nivel de ansiedad o depresión, y el estado de salud percibido en el momento actual frente a 1 año antes. En todos estos aspectos, los resultados de los controles son mas favorables, con valores de p significativos. Únicamente en cuanto a la “capacidad de movilidad” no se aprecian diferencias.

La escala de salud global del 1 al 100 muestra igualmente una diferencia de medias significativa con mejor percepción de la salud en los controles. ($p=0,000$).

Los sujetos clasificados como “controles” presentan mejor calidad de vida frente a los clasificados como “casos”.

8.3. Tercera hipótesis

A mayor gravedad de consumo, mayor alteración en la esfera sexual.

La esfera sexual, la contemplamos según los datos aportados por las escalas SALSEX (variable con 2 y 3 categorías) e IIEF-5 (recordamos la validez de los datos únicamente en la muestra constituida por varones).

La gravedad del consumo viene determinada por tres parámetros:

- 1) gravedad de la dependencia (Escala EIDA);
- 2) años de consumo patológico de alcohol (EuropASI)
- 3) cantidad de alcohol ingerida estimada diaria (UBE/d) (dato EuropASI) .

Hemos recogido datos de estos tres parámetros de consumo y conforme a ellos, presentamos los resultados en la tabla 31. Obsevamos que en ninguno de los conceptos de gravedad establecidos, los datos muestran cambios significativos. Podemos también observar como los resultados en la escala IIEF-5 aportan igual significación sea la muestra referida a ambos sexos o solo a varones.

PARÁMETROS DE GRAVEDAD	ESCALAS	categorías	prueba	SIG.
EIDA	SALSEX 2	No disfunción	t de Student	0,897
		Disfunción		
	SALSEX 3	No disfunción	ANOVA	0,814
		Leve		
		Clín. Relevante		
IIEF-5	Varones	Regresión y correlación	0,587	
	Muestra total		0,474	
UBE/D	IIEF-5	Varones	Regresión y correlación	0,83
		Muestra total		0,725
	SALSEX	No disfunción	Kruskal-Wallis	0,434
		Leve		
		Clín. Relevante		
AÑOS CONSUMO	IIEF-5	Muestra total	Regresión y correlación	0,947
		Varones		0,417
	SALSEX	No disfunción	ANOVA	0,785
		Leve		
Clín. Relevante				

-Tabla 31- Gravedad del consumo /afectación sexual.

Podemos concluir que *no hemos encontrado relación entre la intensidad en la dependencia de alcohol, ni la cantidad de alcohol consumida al día ni los años transcurridos de consumo patológico de alcohol con la disfunción sexual ni con la disfunción eréctil del paciente.* Rechazamos por lo tanto la tercera hipótesis.

8.4. Cuarta hipótesis.

A mayor empleo de psicofármacos, mayor afectación sexual.

Valoramos la afectación sexual con las escalas SALSEX e IIEF-5, recodificando la variable “tratamiento” que contempla 9 categorías en función del fármaco utilizado en dicotómica, nominal (si/no). Recogemos la significación correspondiente a ambas escalas en la tabla 32.

TRATAMIENTO SI/NO	Escala	N	Categorías	prueba	Sig.	
	IIEF-5	27 varones	36 total	Escala 1-100	Mann-Whitney	0,863
						0,719
	SALSEX	36	NO disfunción	χ^2	0,616	
leve						
clín. Relevante						

-Tabla 32- Influencia del tratamiento en la función sexual.

Tanto el valor p hallado con la escala SALSEX (0,616 >0,05) como el valor p de IIEF-5 para varones, (0,863 >0,05) no aportan diferencias significativas.

Concluimos pues *que no detectamos que los pacientes mejoren o empeoren su función sexual con el cumplimiento de un tratamiento farmacológico*. Rechazamos por lo tanto la cuarta hipótesis.

8.5. Quinta hipótesis.

La afectación de la función sexual revierte con la abstinencia al alcohol.

Para estudiar esta hipótesis, precisamos valorar aquellos pacientes (n=36) que conseguimos reclutar en nuestro segundo contacto o control, en un periodo distante con respecto a la primera evaluación de 6 (± 2) meses. Comparamos los resultados de las escalas IIEF-5 y SALSEX seleccionando los casos en los que se cumple la condición de “abstinente” contenida en la variable “situación de consumo” (N=31).

Exponemos los datos en la tabla 33.

Escala SALSEX		CASOS 1º CONT N= 53	CASOS 2º CONT. N= 31	χ² Sig.
Descenso del deseo	ninguno	50,9%	61,3%	0,326
	leve	22,6%	16,1%	
	moderado	20,8%	9,7%	
	severo	5,7%	12,9%	
Retraso en la eyac / orgas	ninguno	52,8%	64,5%	0,163
	leve	30,2%	16,1%	
	moderado	13,2%	6,5%	
	severo	3,8%	12,9%	
Incapacidad eyac / org	nunca	43,4%	67,7%	0,021
	a veces	45,3%	16,1%	
	a menudo	9,4%	6,5%	
	siempre / casi siemp	1,9%	9,7%	
Dificultad erección /lubric	nunca	39,6%	58,1%	0,059
	a veces	45,3%	19,4%	
	a menudo	11,3%	9,7%	
	siempre / casi siemp	3,8%	12,9%	
Aceptación cambios	sin disfunción	20,8%	48,4%	0,036
	bien	41,5%	25,8%	
	regular	32,1%	16,1%	
	mal	5,7%	9,7%	

-Tabla 33- Influencia de la abstinencia en la función sexual (SALSEX).

Obtenemos una mejoría significativa en dos de las categorías establecidas. Recodificando esta variable en 3 categorías, definidas por su puntuación global como se ha explicado con anterioridad, los datos aportados son los siguientes (tabla 34):

ESCALA SALSEX		1º CONTACTO. N=53	2º CONTACTO. N=31	χ² Sig.
DISFUNCIÓN SEXUAL	No disfunción	20,80%	46,90%	0,037
	Disfunción leve	28,30%	15,60%	
	Disf. Clínicam. Relevante	50,90%	37,50%	

-Tabla 34- Influencia de la abstinencia. SALSEX, 3 categorías.

La prueba Chi- cuadrado nos aporta un valor de $p= 0,037 < 0,05$, lo que indica que las dos variables están relacionadas. Buscando las causas de dicha significación, eliminamos la categoría “No disfunción” donde obteníamos los valores mayores y trabajamos con las categorías “leve” y “clínicamente relevante”. Un valor Chi- cuadrado de 0,749 nos dice que el tipo de disfunción presentada es independiente de que el paciente pertenezca al 1º control o al 2º. Se recodificó la variable uniendo las categorías “leve” y “clínicamente relevante” en una sola llamada “ Si disfunción”. Los resultados obtenidos en este caso fueron los siguientes:

ESCALA SALSEX		CASOS 1º cont N=53	CASOS 2º cont N=31	χ^2 Sig.
DISFUNCIÓN SEXUAL	No disfunción	20,8%	46,9%	0,011
	Si disfunción	79,2%	53,1%	

-Tabla 35- Influencia de la abstinencia. Escala SALSEX 2 categorías.

La asociación entre la clasificación del paciente en “caso del 1º contacto” o “caso 2º contacto abstinentes” y disfunción recodificada resulta también significativa.

Estudiando el Riesgo Relativo, obtenemos un valor de 0,584 para los casos del 1º contacto y un valor de 2,091 para la cohorte del 2º contacto. Resumimos diciendo que es mayor la proporción de los “casos en el 2º contacto” que no padecen disfunción que aquellos que si la padecen (en concreto, los primeros, 57,7%, representan un 2,091 veces los segundos, (27,6%.) (Datos obtenidos de la correspondiente tabla de contingencia).

Referente a los “ Casos iniciales” que no padecen disfunción sexual, la proporción es menor que aquellos que si la padecen, en concreto los primeros (42,3%) representan un 0,584 veces los segundos (72,4%).

Resumiendo, los datos recogidos por la escala SALSEX en el 2º contacto nos muestran que *los pacientes que abandonan el consumo de alcohol y se muestran abstinentes, presentan una mejoría en su función sexual.*

Cos los datos de la escala IIEF-5, aplicamos la prueba de Mann-Whitney a la muestra total (tabla 36) y obtenemos un p-valor = 0,095 > 0,05, y aplicándola sólo a varones (tabla 37) un valor p= 0,220>0,05. Con estos datos *no podemos decir que la función eréctil mejore con la abstinencia, debido a que, la variable “Puntuación IIEF” no encuentra diferencia entre los pacientes “casos” y “segunda vuelta abstinentes”.* Como dato de interés, no varía la significación al incluir a las mujeres en la muestra.

ESCALA IIEF-5	CASOS 1º contacto N= 53		CASOS 2º contacto N=31		Sig. asint
	MEDIA	DESV.EST.	MEDIAS	DESV.EST.	
PUNTUACIÓN TOTAL	18,74	4,234	19,83	5,373	0,095

-Tabla 36- Resultados IIEF. Muestra total. Abstinentes.

ESCALA IIEF-5	CASOS 1º contacto N= 42		CASOS 2º contacto N=22		Sig. asintót
	MEDIA	DESV.EST.	MEDIAS	DESV.EST.	
PUNTUACIÓN TOTAL	19,47	4,125	19,91	6,030	0,220

-Tabla 37- Resultados IIEF. Solo varones. Abstinentes.

Contestando a la pregunta si mejora la función sexual según la escala SALSEX con la abstinencia, *la respuesta es sí, la función sexual mejora con la abstinencia.* Sin embargo, *no encontramos que la función eréctil mejore al abandonar el consumo de alcohol.* Aceptamos parcialmente la 5ª hipótesis.

8.6. Sexta hipótesis***La calidad de vida de los pacientes con TCA mejora con la abstinencia.***

Recordamos que estudiamos los datos aportados por la escala EQ-5D para valorar el bienestar percibido por el paciente. Trabajamos con una muestra de 31 pacientes, (de los cuales 1 no contestó el cuestionario), que han conseguido la abstinencia en el 2º contacto. Mostramos los resultados de los 5 primeros ítems en la tabla 38:

ESCALA EQ-5D		CASOS 1º Control N= 53	CASOS 2º control N=31	χ² Sig.
MOVILIDAD	Sin problemas	96,2%	96,8%	0,896
	Algún problema	3,8%	3,2%	
	Encamado	0%	0%	
CUIDADO PERSONAL	Sin problemas	79,2%	100%	0,007
	Algún problema	20,8%	0%	
	Incapaz	0%	0%	
ACTIV. VIDA DIARIA	Sin problemas	73,6%	96,8%	0,016
	Algún problema	22,6%	0%	
	Incapaz	3,8%	3,2%	
DOLOR O MALESTAR	No	67,9%	74,2%	0,668
	Moderado	32,1%%	25,8%	
	Severo	0%	0%	
ANSIEDAD O DEPRESIÓN	No	50,9%	71%	0,154
	Moderada	43,4%	22,6%	
	Severa	5,7%	6,5%	
SALUD FRENTE A 12 M ANTES	Mejor	35,8%	83,9%	0,000
	Igual	37,7%	12,9%	
	Peor	26,4%	3,2%	

-Tabla 38- Calidad de vida tras la abstinencia. Variables cualitativas.

Observamos una mejoría significativa en las categorías del “cuidado personal”, “actividades diarias” y la “percepción de salud frente a 12 meses previos”.

En referencia a la categoría “estado de salud actual del 1 al 100”, los resultados también muestran un cambio significativo como exponemos a continuación (tabla 39).

ESCALA EQ-5D	CASOS 1º control N= 53		CASOS 2º control N=31		Sig. asintót. (bilat)
	Media	SD	Media	SD	
ESTADO DE SALUD DEL 1 AL 100	62,45	20,795	76,39	18,411	0,001

-Tabla 39- Calidad de vida tras la abstinencia. Variable cuantitativa.

El valor de $p=0,001 < 0,05$ confirma que existen diferencias altamente significativas entre los pacientes “casos” y los pacientes que han conseguido la abstinencia en el 2º contacto.

Los pacientes con TCA mejoran su calidad de vida al abstenerse en el consumo de esta sustancia. Aceptamos por lo tanto la 6º hipótesis.

Los resultados expuestos nos permiten plantearnos las siguientes **consideraciones**:

Hemos encontrado en este estudio evidencia de la afectación sexual del paciente con TCA, tal y como recoge la bibliografía estudiada. La prevalencia obtenida referida a disfunción sexual global clínicamente relevante es de un 50,9%, pero si añadimos la disfunción sexual “leve”, obtendríamos una prevalencia del 79,2%, cifras acordes con el amplio rango de prevalencia encontrado en diferentes estudios (20-75%) (Arackal, 2007; Dissiz, 2011; Fahrner, 1987). El 26,5% muestra disminución del deseo sexual (frente al 3% de los controles), cifras acordes a las conocidas (20 – 35%), un 17% manifiesta un retraso en la eyaculación o el orgasmo, 15,1% dificultad en la erección o lubricación,

(también similares a las recogidas en otros estudios) y el 37,8% acepta mal los cambios acontecidos. De forma específica, la disfunción eréctil hallada es de un 52,3%, frente al 45% recogido en la literatura o más llamativamente a la observada del 19% en la UTA de Salamanca en el 2004. Observamos que esta prevalencia duplica la hallada en población sana, estimada en España entre el 18,9 y 26% (global de 23,8% como refleja el estudio EDEM). Nuestros controles “sanos” mostraron una prevalencia de disfunción sexual en términos de deseo, eyaculación/orgasmo y aceptación de los cambios del 9,10% y disfunción eréctil en concreto del 12,5%. Es la confianza en conseguir una erección, que esta sea adecuada para permitir la penetración y conseguir mantenerla, los aspectos más llamativamente afectados en este estudio, con una prevalencia del 10,5%, 34,2% y 10,5% respectivamente.

Creemos oportuno mencionar la facilidad con que la escala IIEF-5 fué cumplimentada por las mujeres, que no mostraron objeciones ni fueron necesarias medidas adicionales de entrenamiento para su realización. Consideramos que sin necesidad de variar de modelo en función del sexo, la escala IIEF-5 pudiera ser apta para medir un equivalente a la erección masculina como es la lubricación en las mujeres. Es preciso estudios específicos que ahonden en esta cuestión.

En cuanto a la influencia del tratamiento farmacológico, ya conocido como lesivo para la función sexual (Montejo, 2015; Bart, 2005) y como expone Avila (2004) en pacientes de la misma unidad, en este trabajo, los pacientes sometidos a tratamiento farmacológico una vez incluidos en el estudio, no mostraron peor funcionamiento sexual que aquellos libres de tratamiento. Continuamos preguntándonos sobre la influencia farmacológica en estos pacientes. Sabemos que las dosis empleadas con los diferentes tratamientos estaban dentro de los márgenes terapéuticos. Cabe la posibilidad de que

dentro del espectro de la disfunción sexual exista un nivel umbral por encima del cual ya no detectemos más alteración. Un estudio diseñado específicamente con este objetivo, donde el control del tratamiento fuese más exhaustivo y estrecho, y una muestra que contemplara menor gravedad de consumo, pudiera despejar dudas al respecto. Nuestro segundo control se realizaba después de más de 5 meses de tratamiento, periodo de tiempo suficiente para objetivar cambios atribuibles a la toma de medicación (Montejo, 2015), y si bien las visitas intermedias realizadas con el médico terapeuta de la Unidad nos aportan seguridad respecto a los datos ofrecidos, es posible que un control más estrecho, y explorando a los pacientes en intervalos más breves de su ciclo de tratamiento pudieran ofrecer nuevos datos.

La posibilidad de un efecto umbral sobre el cual no se detecten cambios en la función sexual, podría ser aplicada también como explicación posible al hecho de que presentando una mayor gravedad del TCA, que en este estudio ha sido considerada bajo las vertientes de “cantidad de alcohol, tiempo de consumo y gravedad de la dependencia”, no hayamos registrado una mayor afectación sexual. También la literatura muestra de forma mayoritaria la gravedad del consumo como causa directa de disfunción sexual (Monforte, 1995; Adicciones, 2000). En el presente estudio, la funcionalidad sexual ha sido considerada en general y como disfunción eréctil de forma independiente, sin encontrar esta relación. Ciertamente es que nuestros pacientes muestran una enfermedad grave en su mayoría, si tenemos en cuenta que un 46 % sufre de dependencia grave, ingieren de media 16 UBE al día y la media de años de consumo excesivo se sitúa en 20. Recordemos que un consumo continuado por más de 12 años a dosis superiores a 3UBE/d en mujeres ó 5UBE/d en varones son propicias para el desarrollo de cirrosis hepática (Adicciones, 2010). Pero también es cierto que en la selección previa de los pacientes, excluimos

aquellos con afectación orgánica (hepática, neurológica, psiquiátrica...) conocida. Sin disfunción hepática es posible la existencia de neuropatía autonómica en pacientes con TCA y manifestarse como impotencia por alteración del sistema parasimpático (Ravaglia, 2004). Y como Avila (2004) y otros estudios (MALES II) recogen, es la afectación orgánica uno de los principales determinantes de la disfunción sexual. Debemos pues cuestionarnos la fiabilidad de nuestro despistaje orgánico inicial. También es posible que variaciones por encima del umbral registrado con las herramientas de medida empleadas no puedan ser advertidos.

En cuanto a la reversibilidad de la disfunción sexual con la abstinencia, observamos la sensibilidad de factores como la eyaculación y el orgasmo, el deseo y la tolerancia a los cambios. Pero no hallamos datos que muestren una mejoría de la función eréctil. La bibliografía muestra ambos aspectos. Mandell (1983) objetiva una mejoría en la función sexual tras la abstinencia de hasta un 50%, así como otros estudios hablan de alcanzar la normalidad. Sin embargo, Fahrner (1987) no objetiva cambios tras 9 meses de abstinencia. El hecho de no encontrar mejoría en la función eréctil ¿podría tener su causa en ser este un fenómeno que precisa de un tiempo mayor de abstinencia para su recuperación?. Futuros estudios, con un control exhaustivo de la ingesta de alcohol y un mayor periodo de abstinencia podrían ayudarnos a entender esta situación diferencial.

Nuestros resultados concuerdan con los recogidos en la literatura científica respecto a la CdV de estos pacientes que se muestra peor que la presentada en las personas sanas y mejora con la abstinencia al alcohol. Ambos datos son corroborados en este estudio. Las dificultades para el cuidado personal y las actividades de la vida diaria, así como la percepción de mejor salud frente a la presentada 12 meses antes son los factores que significativamente mejoran con la abstinencia, así como la percepción global de salud.

Consideramos que sin ser demasiado exhaustiva la información otorgada por la escala IIEF-5 la facilidad de su aplicación y los resultados aportados cubren adecuadamente las necesidades planteadas al principio del estudio.

No hemos hallado alteraciones hormonales (E, PRL, Tt) en los pacientes reclutados. Tampoco afección tiroidea en ninguno de los casos. Las cifras halladas de los valores hormonales estaban dentro del rango de la normalidad. Este dato coincide con algunos recogidos en la literatura (Avila 2004; Gumus, 1998; Fahrner, 1987) pero contradicen aquellos que muestran a la afectación hormonal como uno de los pilares de la disfunción sexual. Sabemos que el consumo de alcohol inhibe la producción de testosterona, que muchos psicofármacos empleados en el tratamiento de estos pacientes aumentan la producción de PRL y este aumento condiciona una disminución secundaria de Tt (Galdiero, 2012); que el alcohol aumenta la producción de estrógenos a través de la disfunción hepática que provoca y el exceso de estrógenos causa una disminución de testosterona (Jalaboyas, 2013, Emanuele, 2001, González, 2004). Lo cierto es que la edad y la afectación orgánica se muestran como causas directas de los trastornos hormonales encontrados en los pacientes con disfunción sexual por consumo de alcohol, y parece sensato pensar que en edades medias de la vida, con una función hepática conservada, no necesariamente debemos esperar afectación hormonal en pacientes con TCA. Recordemos también la relación opuesta entre los valores de andrógenos y el Índice de Masa Corporal (IMC), y como la obesidad incide en los valores de testosterona (por cada punto de aumento en el IMC, disminuye en un 3,8% el valor total de DHEA). Un estudio donde controláramos el IMC y halláramos los valores tanto de Tt total como de Tt biodisponible, podría aportar nuevos datos sobre esta cuestión.

Comentar como dato complementario que hallamos 3 personas acusadas de cometer delitos violentos, 18 acusados de delitos de tráfico y 2 de alterar el orden público. Todos pertenecientes al grupo de los casos. Ningún paciente acudió a la UTA por orden judicial. Estos datos se muestran concordantes con aquellos estudios que recogen un aumento de conductas violentas, impulsivas y desadaptadas en este tipo de pacientes, en ocasiones en relación directa con los episodios de intoxicación aguda por alcohol (Rehm, 2012, Choudhry, 2014).

La selección de los pacientes para este estudio, excluye a aquellos con mayor compromiso orgánico y psicológico. Es decir, nuestra muestra no es representativa de los pacientes que acuden a la Unidad de Salamanca ni sugiere ser representativa de la población general con problemas por consumo abusivo de alcohol, hecho ya mencionado en el apartado de los sesgos. Dado que la organicidad y la enfermedad mental interfieren negativamente en la esfera sexual, resulta razonable pensar que los datos obtenidos, de haber incluido por igual a todos los pacientes en la muestra, ofrecerían resultados con igual o peor funcionalidad sexual y calidad de vida.

Conviene recordar que las situaciones personales, familiares y laborales de estos pacientes, condicionan su domiciliación y los abandonos son frecuentes. A la hora de plantearnos el cronograma y tiempo de seguimiento, sería útil recordarlo. En este trabajo, nos vimos obligados a flexibilizar las fechas previstas para un segundo contacto con el objetivo de evitar las pérdidas de pacientes. Estas pérdidas superaron las previsiones iniciales y en concreto, un 29% fueron debidas a causas laborales que originaron el cambio de domicilio del paciente. El periodo temporal en el que ha sido realizado este estudio, en medio de una crisis económica importante, puede ser causa de una mayor inestabilidad laboral y de residencia.

Las dificultades para reclutar personas sanas con un nivel de estudios similar a los pacientes con TCA, nos llevaba a la pregunta de por qué nuestros pacientes tienen unos niveles tan generalizadamente bajos de estudios. Realizamos una búsqueda bibliográfica específica posteriormente para este tema, que hemos introducido en el marco teórico referencial, considerando la posibilidad de que las personas con un nivel mínimo de formación tuvieran problemas más acentuados con el consumo de alcohol que aquellas con niveles de formación más altos. Los datos hallados, justifican en parte el bajo nivel de estudios presentado por la mayoría de los pacientes, aunque sería esperable una mayor proporción de éstos con enseñanzas profesionales o grado superior. Puesto que las fuentes de derivación no hacen diferencias socioculturales a la hora de presentar un paciente a la UTA, es posible pensar que los pacientes con un nivel superior de estudios o clase social más elevada puedan buscar otras vías de atención a su problema. Parece más lógico contemplar esta opción que pensar en un mayor índice de ignorancia o despreocupación hacia el problema del alcohol, dado la consabida mayor información disponible a medida que avanzamos en el nivel cultural.

Hemos podido comprobar que la esfera sexual, con todo lo que conlleva funcional y emocionalmente, es muy importante para los pacientes con dependencia al alcohol. Además, partimos de una percepción desfavorable al considerarse estos pacientes menos satisfechos con su vida sexual que las personas sanas. Por esta razón, nuestras actuaciones deberían en la medida de lo posible preservar esta función, interesarnos directamente por ella en futuras entrevistas, y detectar tempranamente posibles daños. El estudio de la función sexual en este tipo de pacientes, justifica a nuestro criterio los recursos empleados actualmente así como esfuerzos futuros.

En cuanto a las implicaciones prácticas recogidas, podemos concluir que explicar al paciente las consecuencias que sobre su vida sexual acarrea el consumo patológico del alcohol, igual que lo hacemos con múltiples aspectos orgánicos, sociales o familiares, puede ser un factor añadido disuasorio hacia el consumo, teniendo en cuenta la importancia que a ese aspecto dan los pacientes. Igualmente, en nuestro manejo terapéutico, cuestionar, atender y proteger los aspectos referidos a la esfera sexual se posicionan como una obligación más en nuestro abordaje.

Por último, señalar que el pequeño tamaño muestral limita la generalización de los resultados. Y dada la prevalencia de afectación sexual encontrada, considerar hasta que punto nuestro despistaje orgánico, realizado solamente con una analítica general y apelando a la correcta información del paciente, es suficiente. La mejora de estos dos aspectos podrían elevar la calidad de futuros estudios.

La respuesta sexual humana es compleja. Factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, de pareja, económicos, éticos, históricos y religiosos influyen poderosamente en su desempeño. La altísima sensibilidad psicofisiológica de la función sexual se intercala con disposiciones emocionales y cognitivas, con dimensiones de la personalidad y con actitudes, lo cual “molesta” al psiquiatra por costarle en muchas ocasiones el abordaje de un fenómeno patológico complicado etiológicamente (Montejo, 2003). El control de estos factores se muestra complejo. Sin embargo, el control de factores como el tabaquismo y la obesidad, de conocido impacto vascular, pueden ser tareas factibles y de interés para afrontar en un futuro próximo.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. *“Para asegurar el*

desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios.” OMS, 2000.

Conclusiones

9. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este trabajo nos permiten expresar las siguientes conclusiones, todas referidas a los pacientes con Trastorno por Consumo de Alcohol de la Unidad de Salamanca.

Conclusión 1ª: Los pacientes con TCA de este estudio son mayoritariamente varones, heterosexuales y monógamos. En algún momento de su vida han tenido problemas serios con su pareja. Viven de ingresos ajenos a su trabajo. Presentan una edad media de inicio del consumo patológico de alcohol de 25 años, llevan consumiendo alcohol una media de 20 años y consumen una media de 16 UBE/d. La dependencia al alcohol es el diagnóstico más frecuente.

Conclusión 2ª: Los pacientes con TCA, presentan mayor alteración de la esfera sexual que las personas sanas y esta se manifiesta tanto por alteraciones en la erección en los varones, como por afectación del deseo, la eyaculación, el orgasmo, así como la tolerancia a estos cambios en ambos sexos.

Conclusión 3ª: Los pacientes con TCA, presentan peor calidad de vida que las personas sanas, enmarcada esta percepción en aspectos como la movilidad, el cuidado diario, las actividades diarias, la percepción de dolor o malestar, ansiedad o depresión y salud en general.

Conclusión 4ª: En los pacientes que presentan una mayor gravedad de consumo de alcohol, bien por la cantidad diaria de alcohol ingerida, por los años de evolución de la enfermedad o por la gravedad de la dependencia, no hemos detectado una mayor afectación de la esfera sexual.

Conclusión 5ª: Los pacientes con TCA con tratamiento farmacológico (Carbimida, Disulfiram, Clorazepato, ISRS, Topiramato, Tiaprizal, Venlafaxina /Duloxetina) no muestran una mayor afectación de la esfera sexual que quienes están libres de estos tratamientos.

Conclusión 6ª: No hemos detectado que la afectación de la función eréctil del varón revierta con la abstinencia al alcohol, pero sí lo hace la disfunción sexual valorada más globalmente y referida a alteraciones de la eyaculación u orgasmo, el deseo sexual y la aceptación de los cambios acontecidos.

Conclusión 7ª: La calidad de vida de los pacientes con TCA mejora con la abstinencia.

Conclusión 8ª: Para los pacientes con TCA, la vida sexual tiene la misma importancia que para las personas sanas, y es considerada como “muy importante”. Solo es superada por la importancia que otorgan a la salud física y a la salud mental, el trabajo y la educación con escaso margen diferencial.

Conclusión 9ª: Los pacientes con TCA presentan un grado de satisfacción con su vida sexual inferior a las personas sanas.

Conclusión 10ª: Los pacientes con TCA muestran unos valores de prolactina, testosterona y estradiol similares a la población sana.

Conclusión 11ª: Los pacientes con TCA insatisfechos con su estado civil, mostraban mayor disfunción eréctil que aquellos satisfechos con dicho estado.

Conclusión 12ª: Los pacientes con TCA que presentan mayor disfunción sexual muestran una peor calidad de vida que aquellos que no manifiestan disfunción sexual.

Conclusión 13ª: Los pacientes con TCA que reconocen problemas con su pareja sexual, presentan mayor dependencia al alcohol.

Referencias Bibliográficas

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbey, A., Saenz, C., & Buck, P. O. (2005). *The cumulative effects of acute alcohol consumption, individual differences and situational perceptions on sexual decision making.* Journal of Studies on Alcohol, 66(1), 82-90.

Abbey, A., Zawacki, T., Buck, P. O., Testa, M., Parks, K., Norris, J., . . . Martell, J. (2002). *How does alcohol contribute to sexual assault? explanations from laboratory and survey data.* Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 26(4), 575-581.

Alvarez, FJ., Fierro, I., Del Río, MC. (2006). *Alcohol-Related Social Consequences in Castille and Leon, Spain.* Alcoholism: Clinical and Experimental Research Vol 30, Issue 4, pp 656–664.

Anderson, M. R., Stevens, M. J., & Pfof, K. S. (2001). *Sex-role strain in alcoholic women.* Substance use & Misuse, 36(5), 653-662.

Arackal, B. S., & Benegal, V. (2007). *Prevalence of sexual dysfunction in male subjects with alcohol dependence.* Indian Journal of Psychiatry, 49(2), 109-112.

Ávila Escribano, J. J., Pérez Madruga, A., Olazabal Ulacia, J. C. (2004). *Disfunciones sexuales en el alcoholismo.* Adicciones, 16(4), 277-286.

Bart, G., Schluger, J. H., Borg, L., Ho, A., Bidlack, J. M., & Kreek, M. J. (2005). *Nalmefene induced elevation in serum prolactin in normal human volunteers: Partial kappa opioid agonist activity?* Neuropsychopharmacology : Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology, 30(12), 2254-2262.

Battaglia, C., Battaglia, B., Mancini, F., Nappi, R. E., Paradisi, R., & Venturoli, S. (2011). *Moderate alcohol intake, genital vascularization, and sexuality in young, healthy, eumenorrheic women. A pilot study.* The Journal of Sexual Medicine, 8(8), 2334-2343.

Bechara, A., Becher, E., Casabe, A., Cheliz, G., Roletto, L., Helien, A., . . . Katz, B. (2002). *Prevalencia de la disfuncion sexual femenina.* Rev. Arg. De Urol., Vol. 67. N°4. Pág. 187.

Beck, I., Jensen, K. S., Jensen, S. B., & Mogensen, N. B. (1981). *Sexual dysfunction among young female alcoholics. an interview study of 30 women, aged 25-39 years, receiving antabuse therapy.* Ugeskrift for Laeger, 143(42), 2755-2757.

Beckman, L. J., & Ackerman, K. T. (1995). *Women, alcohol, and sexuality.* Recent Developments in Alcoholism : An Official Publication of the American Medical Society on Alcoholism, the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism, 12, 267-285.

Billington, C. J., Shafer, R. B., & Morley, J. E. (1990). *Effects of opioid blockade with nalmefene in older impotent men.* Life Sciences, 47(9), 799-805.

Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2012). *Alcohol misuse and violent behavior: Findings from a 30-year longitudinal study.* Drug and Alcohol Dependence, 122(1-2), 135-141.

Borzecki, Z., Wozniak, F., Gojzewski, K., Swies, Z., & Rejowska, J. (1979). *The influence of anticol (disulfiram) on the sexual activity and morphological changes of male gonads.* Annales Universitatis Mariae Curie-Sklodowska.Sectio D: Medicina, 34, 377-381.

Botella, JI., Valero, MA. (2004). Manual de diagnóstico y terapéutica en endocrinología y nutrición.

Buvat, J. (2003). *Hyperprolactinemia and sexual function in men: A short review.* International Journal of Impotence Research, 15(5), 373-377.

Calafat, A(2007). *El abuso de alcohol de los jóvenes en España.* Rev. Adicciones. Vol. 19, Nº. 3, 2007, págs. 217-223.

Campusano, M., Campino,J., (2006), Assessment of androgenic decline in the elderly . Rev Méd Chile 2006; 134: 1123-1128.

Carey, J. C. (2006). *Pharmacological effects on sexual function.* Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 33(4), 599-620.

Casswell, S., You, R. Q., & Huckle, T. (2011). *Alcohol's harm to others: Reduced wellbeing and health status for those with heavy drinkers in their lives.* Addiction (Abingdon, England), 106(6), 1087-1094.

Chen, Y., Li, X., Zhang, C., Hong, Y., Zhou, Y., & Liu, W. (2013). *Alcohol use and sexual risks: Use of the alcohol use disorders identification test (AUDIT) among female sex workers in china.* Health Care for Women International, 34(2), 122-138.

Cheng, J. Y., Ng, E. M., Chen, R. Y., & Ko, J. S. (2007). *Alcohol consumption and erectile dysfunction: Meta-analysis of population-based studies.* International Journal of Impotence Research, 19(4), 343-352.

Chick, J. D. (1988). *Disulfiram reaction during sexual intercourse.* The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science, 152, 438.

Choudhry, V., Agardh, A., Stafstrom, M., & Ostergren, P. O. (2014). *Patterns of alcohol consumption and risky sexual behavior: A cross-sectional study among ugandan university students.* BMC Public Health, 14, 128-2458-14-128.

Christensen, B. S., Gronbaek, M., Pedersen, B. V., Graugaard, C., & Frisch, M. (2011). *Associations of unhealthy lifestyle factors with sexual inactivity and sexual dysfunctions in denmark.* The Journal of Sexual Medicine, 8(7), 1903-1916.

Christensen, J. K. (1973). *Side-effects of disulfiram (antabus). controlled clinical assessment in alcoholism.* Ugeskrift for Laeger, 135(28), 1457-1459.

Christensen, J. K., Ronsted, P., & Vaag, U. H. (1984). *Side effects after disulfiram. comparison of disulfiram and placebo in a double-blind multicentre study.* Acta Psychiatrica Scandinavica, 69(4), 265-273.

Cihan, A., Demir, O., Demir, T., Aslan, G., Comlekci, A., & Esen, A. (2009). *The relationship between premature ejaculation and hyperthyroidism.* The Journal of Urology, 181(3), 1273-1280.

Clark, R.B. (2004). *The natural history of adolescent alcohol use disorders.* Addiction, 99 (Suppl.2), 5-22.

Clayton AH. (2000). *Epidemiology, Classification and Assessment of Sexual Dysfunction.* Proceedings of the American Psychiatric Association Annual Meeting, Chicago, Illinois, USA. American Psychiatric Association, Washington. May 13- 18.

Clayton AH. (2003). *Sexual function and dysfunction in women.* Psychiatr Clin North Am; 26: 673-682.

Cohn, T. J., Foster, J. H., & Peters, T. J. (2003). *Sequential studies of sleep disturbance and quality of life in abstaining alcoholics.* *Addiction Biology*, 8(4), 455-462.

Corona, G., Wu, F. C., Rastrelli, G., Lee, D. M., Forti, G., O'Connor, D. B., . . . EMAS Study Group. (2014). *Low prolactin is associated with sexual dysfunction and psychological or metabolic disturbances in middle-aged and elderly men: The european male aging study (EMAS).* *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 240-253.

Costa, R. M., & Brody, S. (2010). *Immature defense mechanisms are associated with lesser vaginal orgasm consistency and greater alcohol consumption before sex.* *The Journal of Sexual Medicine*, 7(2 Pt 1), 775-786.

Crowe, L. C., & George, W. H. (1989). *Alcohol and human sexuality: Review and integration.* *Psychological Bulletin*, 105(3), 374-386.

Da Silva Lima, A. F., Fleck, M., Pechansky, F., de Boni, R., & Sukop, P. (2005). *Psychometric properties of the world health organization quality of life instrument (WHOQoL-BREF) in alcoholic males: A pilot study.* *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 14(2), 473-478.

Dawson, D. A., Li, T. K., Chou, S. P., & Grant, B. F. (2009). *Transitions in and out of alcohol use disorders: Their associations with conditional changes in quality of life over a 3-year follow-up interval.* *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 44(1), 84-92.

De Dios Blanco, E., Perez, N. (2011). *Alcohol contra sexualidad. Aspectos biológicos y psicosociales en el consumo agudo, a largo plazo y prenatal.* *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*. 8 (1).

Derby, C. A., Mohr, B. A., Goldstein, I., Feldman, H. A., Johannes, C. B., & McKinlay, J. B. (2000). *Modifiable risk factors and erectile dysfunction: Can lifestyle changes modify risk?* *Urology*, 56(2), 302-306.

Diez-Hernández, I. (2003). *La Influencia del Alcohol en la Sociedad.* Osasunaz (Cuadernos de Ciencias de la Salud); 177-190.

Dissiz, M., & Oskay, U. Y. (2011). *Evaluation of sexual functions in turkish alcohol-dependent males.* *The Journal of Sexual Medicine*, 8(11), 3181-3187.

Donnelly, P., & White, C. (2000). *Testicular dysfunction in men with primary hypothyroidism; reversal of hypogonadotropic hypogonadism with replacement thyroxine.* *Clinical Endocrinology*, 52(2), 197-201.

Donovan, D., Mattson, M. E., Cisler, R. A., Longabaugh, R., & Zweben, A. (2005). *Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research.* *Journal of Studies on Alcohol*. Supplement, (15), 119-39; discussion 92-3.

Duany, A., & Hernandez, G. (2012). *Alcohol, función sexual y masculinidad.* *Rev. Cuba. Med. Gen. Integr*; 28(4):611-619, Oct.-Dic.

Emanuele, M. A., & Emanuele, N. (2001). *Alcohol and the male reproductive system.* *Alcohol Research & Health : The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 25(4), 282-287.

Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., & Blumenthal, R. (1993). *Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: A new measure.* *Psychopharmacology Bulletin*, 29(2), 321-326.

Escalante, G. (Ca. 2000). *Historia natural del alcoholismo.* 28 Med-ULA, Revista De La Facultad De Medicina, Universidad De Los Andes. Vol. 2 no 1 – 2. Mérida, Venezuela),

Fabbri, A., Jannini, E. A., Gnessi, L., Moretti, C., Ulisse, S., Franzese, A., . . . Isidori, A. (1989). *Endorphins in male impotence: Evidence for naltrexone stimulation of erectile activity in patient therapy.* *Psychoneuroendocrinology*, 14(1-2), 103-111.

Fabbri, A., Jannini, E. A., Gnessi, L., Moretti, C., Ulisse, S., Franzese, A., . . . Isidori, A. (1989). *Endorphins in male impotence: Evidence for naltrexone stimulation of erectile activity in patient therapy.* *Psychoneuroendocrinology*, 14(1-2), 103-111.

Fahrner, E. M. (1987). *Sexual dysfunction in male alcohol addicts: Prevalence and treatment.* *Archives of Sexual Behavior*, 16(3), 247-257.

Foster, J. H., Marshall, E. J., & Peters, T. J. (2000). *Application of a quality of life measure, the life situation survey (LSS), to alcohol-dependent subjects in relapse and remission.* *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 24(11), 1687-1692. Foster, J. H., Peters, T. J., & Kind, P. (2002). *Quality of life, sleep, mood and alcohol consumption: A complex interaction.* *Addiction Biology*, 7(1), 55-65.

Foster, J. H., Peters, T. J., & Marshall, E. J. (2000). *Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women.* *Alcohol (Fayetteville, N.Y.)*, 22(1), 45-52.

Foster, J. H., Powell, J. E., Marshall, E. J., & Peters, T. J. (1999). *Quality of life in alcohol dependent subjects a review.* *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 8(3), 255-261.

Galdiero, M., Pivonello, R., Grasso, L. F., Cozzolino, A., & Colao, A. (2012). *Growth hormone, prolactin, and sexuality.* *Journal of Endocrinological Investigation*, 35(8), 782-794.

García-Gutierrez, E., Lima Mompó, G., Aldana Vilas, L (2004). *Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales.* Trabajos de Revisión. Hospital Militar Central "Carlos J. Finlay"; 33 (3).

George, W. H., Davis, K. C., Heiman, J. R., Norris, J., Stoner, S. A., Schacht, R. L. (2011). *Women's sexual arousal: Effects of high alcohol dosages and self-control instructions.* *Hormones and Behavior*, 59(5), 730-738.

George, W. H., Davis, K. C., Norris, J., Heiman, J. R., Schacht, R. L., Stoner, S. A., & Kajumulo, K. F. (2006). *Alcohol and erectile response: The effects of high dosage in the context of demands to maximize sexual arousal.* *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 14(4), 461-470.

George, W. H., & Stoner, S. A. (2000). *Understanding acute alcohol effects on sexual behavior.* *Annual Review of Sex Research*, 11, 92-124.

George, W. H., Stoner, S. A., Norris, J., Lopez, P. A., & Lehman, G. L. (2000). *Alcohol expectancies and sexuality: A self-fulfilling prophecy analysis of dyadic perceptions and behavior.* *Journal of Studies on Alcohol*, 61(1), 168-176.

Goh, V. H., & Tong, T. Y. (2011). *The moderating impact of lifestyle factors on sex steroids, sexual activities and aging in asian men.* *Asian Journal of Andrology*, 13(4), 596-604.

González MP, Merino MJ, Sáiz PA, Bascarán MT, Fernández JM, Bousoño M. (2000). *Evaluación de la función sexual.* Psicofármacos y función sexual. Madrid. Ediciones Díaz de Santos.

Grinshpoon, A., Margolis, A., Weizman, A., & Ponizovsky, A. M. (2007). *Sildenafil citrate in the treatment of sexual dysfunction and its effect on quality of life in alcohol*

dependent men: Preliminary findings. Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire), 42(4), 340-346.

Gross, A. M., Bennett, T., Sloan, L., Marx, B. P., & Juergens, J. (2001). *The impact of alcohol and alcohol expectancies on male perception of female sexual arousal in a date rape analog.* Experimental and Clinical Psychopharmacology, 9(4), 380-388.

Gumus, B., Yigitoglu, M. R., Lekili, M., Uyanik, B. S., Muezzinoglu, T., & Buyuksu, C. (1998). *Effect of long-term alcohol abuse on male sexual function and serum gonadal hormone levels.* International Urology and Nephrology, 30(6), 755-759.

Gunther, O., Roick, C., Angermeyer, M. C., & Konig, H. H. (2007). *The EQ-5D in alcohol dependent patients: Relationships among health-related quality of life, psychopathology and social functioning.* Drug and Alcohol Dependence, 86(2-3), 253-264.

Gunther, O. H., Roick, C., Angermeyer, M. C., & Konig, H. H. (2008). *Responsiveness of EQ-5D utility indices in alcohol-dependent patients.* Drug and Alcohol Dependence, 92(1-3), 291-295.

Gutiérrez-Fisac, J.L. (1995). *Indicadores de consumo de alcohol en España .* Med Clin (Barc) 1995; 104: 544-550

Hakansson, W. (1973). *Is disulfiram (antabus) harmful to sexual activity?* Ugeskrift for Laeger, 135(48), 2631-2632.

Haro, J. M. (2006). *Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-españa .* Medicina Clínica, , 445.

Hutton, H. E., McCaul, M. E., Santora, P. B., & Erbeding, E. J. (2008). *The relationship between recent alcohol use and sexual behaviors: Gender differences among*

sexually transmitted disease clinic patients. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 32(11), 2008-2015.

Jackson, G. (2007). *The importance of risk factor reduction in erectile dysfunction.* Current Urology Reports, 8(6), 463-466.

Jensen, S. B. (1977). *Sex habits and sex problems among alcohol addicts. A study of 100 male alcoholics between 30 and 45 years.* Ugeskrift for Laeger, 139(1), 35-40.

Jensen, S. B. (1984). *Sexual function and dysfunction in younger married alcoholics. A comparative study.* Acta Psychiatrica Scandinavica, 69(6), 543-549.

Klassen, A. D., & Wilsnack, S. C. (1986). *Sexual experience and drinking among women in a U.S. national survey.* Archives of Sexual Behavior, 15(5), 363-392.

Koch, J., Berner, W., Hill, A., & Briken, P. (2011). *Sociodemographic and diagnostic characteristics of homicidal and nonhomicidal sexual offenders.* Journal of Forensic Sciences, 56(6), 1626-1631.

Krupnov, A. N., Shustov, D. I., Novikov, S. A., & Kiselev, D. N. (2011). *Peculiarities of erectile dysfunction in men with alcohol dependence.* Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii Imeni S.S.Korsakova / Ministerstvo Zdravookhraneniia i Meditsinskoi Promyshlennosti Rossiiskoi Federatsii, Vserossiiskoe Obshchestvo Nevrologov [i] Vserossiiskoe Obshchestvo Psikhiatrov, 111(11 Pt 2), 55-57.

Lahmek, P., Berlin, I., Michel, L., Berghout, C., Meunier, N., & Aubin, H. J. (2009). *Determinants of improvement in quality of life of alcohol-dependent patients during an inpatient withdrawal programme.* International Journal of Medical Sciences, 6(4), 160-167.

Lee, A. C., Ho, L. M., Yip, A. W., Fan, S., & Lam, T. H. (2010). *The effect of alcohol drinking on erectile dysfunction in chinese men.* International Journal of Impotence Research, 22(4), 272-278.

LoCastro, J. S., Youngblood, M., Cisler, R. A., Mattson, M. E., Zweben, A., Anton, R. F., & Donovan, D. M. (2009). *Alcohol treatment effects on secondary nondrinking outcomes and quality of life: The COMBINE study.* Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 70(2), 186-196.

Luquiens, A., Reynaud, M., Falissard, B., & Aubin, H. J. (2012). *Quality of life among alcohol-dependent patients: How satisfactory are the available instruments? A systematic review.* Drug and Alcohol Dependence, 125(3), 192-202.

Maggi, M., Buvat, J., Corona, G., Guay, A., & Torres, L. O. (2013). *Hormonal causes of male sexual dysfunctions and their management (hyperprolactinemia, thyroid disorders, GH disorders, and DHEA).* The Journal of Sexual Medicine, 10(3), 661-677.

Malet, L., Llorca, P. M., Beringuier, B., Lehert, P., & Falissard, B. (2006). *AlQoL 9 for measuring quality of life in alcohol dependence.* Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire), 41(2), 181-187.

Martin, S., Atlantis, E., Wilson, D., Lange, K., Haren, M. T., Taylor, A., . . . Members of the Florey Adelaide Male Ageing Study. (2012). *Clinical and biopsychosocial determinants of sexual dysfunction in middle-aged and older australian men.* The Journal of Sexual Medicine.

Martínez González, J. M., Grana Gómez, J. L., & Trujillo Mendoza, H. (2010). *Quality of life in patients with alcohol dependence disorder with personality disorders: Relation to psychological adjustment and craving.* Psicothema, 22(4), 562-567.

- Martínez González, J. M., Grana Gómez, J. L., & Trujillo Mendoza, H. (2011).** *Longitudinal study on quality of life, craving and psychological adjustment in alcohol-dependent patients: Variations depending on the personality disorders.* Adicciones, 23(3), 227-235.
- Martínez-Jabaloyas, J. M. (2010).** *Hormonal etiology in erectile dysfunction.* Arch. Esp. Urol. Vol.63 no.8 Madrid Oct.,
- Martínez-Jabaloyas, J. M. (2013).** *Prevalence of co-morbidities in patients with erectile dysfunction.* Actas Urologicas Espanolas, 37(1), 33-39.
- Martín-Morales, A., Sánchez-Cruz, J. J., Saenz De Tejada, I., & Rodriguez-Vela, L. (2001).** *Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: Results of the epidemiology erectile dysfunction study.* The Journal of Urology, 166(2), 569-575.
- Mas, M. (2007).** *Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización.* Rev Int Androl. 5(1):11-21, 15.
- Mas, M. (2008).** *Evaluación de la testosterona plasmática en el varón. lo que se debe medir y lo que no.* Rev Int Androl. 6(2):101-14, 101.
- McMunn, V. A. (2008).** *Effect of alcohol consumption on young women's behaviour.* Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain)) : 23(10), 35-41.
- McWaine, D. E., & Procci, W. R. (1988).** *Drug-induced sexual dysfunction.* Medical Toxicology and Adverse Drug Experience, 3(4), 289-306.
- Medras, M., & Jankowska, E. A. (2004).** *Hyperprolactinemia and sexual activity of men--clinical aspect.* Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej, 111(3), 327-331.

Merino MJ, García Plazaola M. (1995). *Antidepresivos y disfunciones sexuales: biología, clasificación y tratamiento.* Rev Asociación Española de Neuropsiq. Vol XV. Num 54. pp 434- 435.

Mialon, A., Berchtold, A., Michaud, P. A., Gmel, G., & Suris, J. C. (2012). *Sexual dysfunctions among young men: Prevalence and associated factors.* The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 51(1), 25-31.

MSPSI. Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad. (2013). *Encuesta Nacional de Salud. Consumo de alcohol. 2011.* Informe monográfico nº1.

Mir Pizzá, J. (2012). *Detección activa de pacientes con disfuncion erectil en atencion primaria.* Espai Terapèutic. Web Foro De Salud, Psicología y Sexología,

Mock, K. (2000). *Epidemiology and age-related risk factors of erectile dysfunction.* Wiener Medizinische Wochenschrift (1946), 150(1-2), 2-3.

Mondaini N; Cai, T., Gontero, P., Gavazzi, A., Lombardi, G., Boddi, V., & Bartoletti, R. (2009). *Regular moderate intake of red wine is linked to a better women's sexual health.* The Journal of Sexual Medicine, 6(10), 2772-2777.

Mones, J (2004). *¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cual es su importancia?* Cir Esp;76(2):71-7,

Monforte, R., Estruch, R., Valls-Sole, J., Nicolás, J., Villalta, J., & Urbano-Márquez, A. (1995). *Autonomic and peripheral neuropathies in patients with chronic alcoholism. A dose-related toxic effect of alcohol.* Archives of Neurology, 52(1), 45-51.

Montejo AL., Aldama, A. (2003). *Sexualidad y salud mental.* ISBN: 84-7429-174-7. Cap 3.

Montejo AL., Riesgo Y., Luque J. (2010). *Estudio sobre la función sexual de pacientes que inician tratamiento con aripiprazol. Estudio naturalístico, abierto, prospectivo y multicéntrico.* Actas Esp Psiquiatr ;38(1):13-21

Montejo AL., Deakin J, Gaillard R, Harmer C. (2015). *Better sexual acceptability of agomelatine (25 and 50 mg) compared to escitalopram (20 mg) in healthy volunteers. A 9-week, placebo-controlled study using the PRSexDQ scale.* J Psychopharmacol. Aug 12.

Morgan, M. Y., Landron, F., Lehert, P., & New European Alcoholism Treatment Study Group. (2004). *Improvement in quality of life after treatment for alcohol dependence with acamprosate and psychosocial support.* Alcoholism. Clinical and Experimental Research, 28(1), 64-77.

Nicolosi, C., Di Leo, R., Girlanda, P., Messina, C., & Vita, G. (2005). *Is there a relationship between somatic and autonomic neuropathies in chronic alcoholics?* Journal of the Neurological Sciences, 228(1), 15-19.

Norris, J., Masters, N. T., & Zawacki, T. (2004). *Cognitive mediation of women's sexual decision making: The influence of alcohol, contextual factors, and background variables.* Annual Review of Sex Research, 15, 258-296.

O'Farrell, T. J., Choquette, K. A., Cutter, H. S., & Birchler, G. R. (1997). *Sexual satisfaction and dysfunction in marriages of male alcoholics: Comparison with nonalcoholic maritally conflicted and nonconflicted couples.* Journal of Studies on Alcohol, 58(1), 91-99.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). *Part I. Consequences of alcohol use.* Global Status Report on Alcohol 2004. Department of Mental Health and Substance Abuse.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2014.* Nota descriptiva N° 349. Enero.

Osborne, V., & Cottler, L. B. (2012). *Subtypes of alcohol dependence and their effect on sexual behavior change.* Substance use & Misuse, 47(3), 318-328.

Pereiro Gómez, C., Serrano Cartón, M. (2006). *Drogas y disfunción sexual.* Adicciones;18(Supl 1): 231-243,

Peters, T. J., Millward, L. M., & Foster, J. (2003). *Quality of life in alcohol misuse: Comparison of men and women.* Archives of Women's Mental Health, 6(4), 239-243.

Pettinati, H. M., Gastfriend, D. R., Dong, Q., Kranzler, H. R., & O'Malley, S. S. (2009). *Effect of extended-release naltrexone (XR-NTX) on quality of life in alcohol-dependent patients.* Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 33(2), 350-356.

Peugh, J., & Belenko, S. (2001). *Alcohol, drugs and sexual function: A review.* Journal of Psychoactive Drugs, 33(3), 223-232.

Pizá, J. M. (2010). *Disfunción eréctil.* Espai Terapeutic. P. De Mallorca.

Ponizovsky, A. M. (2008). *Clinical and psychosocial factors associated with quality of life in alcohol-dependent men with erectile dysfunction.* The Journal of Sexual Medicine, 5(10), 2347-2358.

Pons, J., & Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia.* Ministerio Del Interior, Plan Nacional Sobre Drogas, ISBN: 84-8150-204-9,

Prause, N., Staley, C., & Finn, P. (2011). *The effects of acute ethanol consumption on sexual response and sexual risk-taking intent.* Archives of Sexual Behavior, 40(2), 373-384.

Prieto Castro, R., & Campos, P. (2010). *Epidemiology of erectile dysfunction. risk factors.* Arch. Esp. Urol. Vol.63 no.8 Madrid Oct.

Ramírez-Sánchez, DC; Marínez, KA1, Asúnsolo, A. (2011). *Abuso de alcohol en el medio laboral, factores de riesgo para el consumo, e instrumentos de valoración aplicables en la vigilancia de la salud.* Med. segur. trab. vol.57 no.224.

Ramisetty-Mikler, S., & Ebama, M. S. (2011). *Alcohol/drug exposure, HIV-related sexual risk among urban american indian and alaska native youth: Evidence from a national survey.* The Journal of School Health, 81(11), 671-679.

Ravaglia, S., Marchioni, E., Costa, A., Maurelli, M., & Moglia, A. (2004). *Erectile dysfunction as a sentinel symptom of cardiovascular autonomic neuropathy in heavy drinkers.* Journal of the Peripheral Nervous System : JPNS, 9(4), 209-214.

Rehm, J., Shield, K. D., Joharchi, N., & Shuper, P. A. (2012). *Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: Systematic review and meta-analysis of experimental studies.* Addiction (Abingdon, England), 107(1), 51-59.

Rellini, A. H., & Clifton, J. (2011). *Female orgasmic disorder.* Advances in Psychosomatic Medicine, 31, 35-56.

Rodrigo Sáez, L. (1983). *Trastornos sexuales en los pacientes cirróticos.* Gastroenterología y Hepatología, 6, 552-554.

Roerecke, M., & Rehm, J. (2013). *Alcohol use disorders and mortality: A systematic review and meta-analysis.* Addiction (Abingdon, England),

- Rosen, R. C., Cappelleri, J. C., Smith, M. D., Lipsky, J., & Pena, B. M. (1999).** *Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the international index of erectile function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction.* International Journal of Impotence Research, 11(6), 319-326.
- Sáiz Martínez, P. A., & González García-Portilla, M. P., y Bobes García, J. (2000).** *Therapeutical approach in alcoholic patients.* Trastornos Adictivos;2(3):183-193.
- Salom, M. G., & Jabaloyas, J. M. (2010).** *Testosterone deficit syndrome and erectile dysfunction.* Archivos Espanoles De Urologia, 63(8), 663-670.
- Sánchez-Pardo, L; Navarro, J; Valderrama, JC. (2004).** *Consumo de alcohol y factores asociados.* Sociedad española de toxicomanías. Estudio Internacional sobre género, alcohol y cultura «Proyecto Genacis». Alicante.
- Sarasa-Renedo, A., & Sordo (2014).** *L.Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol.* Revista Española De Salud Pública;88(4): 469-491.
- Saso, L. (2002).** *Effects of drug abuse on sexual response.* Annali Dell'Istituto Superiore Di Sanita, 38(3), 289-296.
- Sathe, R. S., Komisaruk, B. R., Ladas, A. K., & Godbole, S. V. (2001).** *Naltrexone-induced augmentation of sexual response in men.* Archives of Medical Research, 32(3), 221-226.
- Schacht, R. L., George, W. H., Davis, K. C., Heiman, J. R., Norris, J., Stoner, S. A., & Kajumulo, K. F. (2010).** *Sexual abuse history, alcohol intoxication, and women's sexual risk behavior.* Archives of Sexual Behavior, 39(4), 898-906.

Schluger, J. H., Ho, A., Borg, L., Porter, M., Maniar, S., Gunduz, M., . . . Kreek, M. J. (1998). *Nalmefene causes greater hypothalamic-pituitary-adrenal axis activation than naloxone in normal volunteers: Implications for the treatment of alcoholism.* *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22(7), 1430-1436.

Seftel, A. (2014). *Re: Low prolactin is associated with sexual dysfunction and psychological or metabolic disturbances in middle-aged and elderly men: The european male aging study (EMAS).* *The Journal of Urology*, 192(1), 179.

Sell, J. L. (2001). *Disfunción sexual eréctil.* *Rev Cubana Endocrinol* , 12(2):115-23.

Senra, M., & González, J. (2007). *Competencias socioemocionales y alcoholismo en mujeres: Revisión y estado actual de la cuestión.* *REOP*. Vol. 18, no 1, 1er Semestre,. Pp. 73-82.

Smith, S. M., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., & Grant, B. F. (2010). *Examining perceived alcoholism stigma effect on racial-ethnic disparities in treatment and quality of life among alcoholics.* *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(2), 231-236.

Stappenbeck, C. A., Norris, J., Kiekel, P. A., Morrison, D. M., George, W. H. (2013). *Patterns of alcohol use and expectancies predict sexual risk taking among non-problem drinking women.* *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74(2), 223-232.

Stewart, S. H., Hutson, A., & Connors, G. J. (2006). *Exploration of the relationship between drinking intensity and quality of life.* *The American Journal on Addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, 15(5), 356-361.

Swerdloff RS, W. C. (2011). *The testis and male sexual function.* Goldman L, schaffer AI, eds. *cecil medicine*. 24th ed. philadelphia, pa: Saunders elsevier; 2011:Chap 242.

Ugochukwu, C., Bagot, K. S., Delaloye, S., Pi, S., Vien, L., Garvey, T., . . . Ishak, W. W. (2013). *The importance of quality of life in patients with alcohol abuse and dependence.* Harvard Review of Psychiatry, 21(1), 1-17.

Van Ahlen, H., Piechota, H. J., Kias, H. J., Brennemann, W., & Klingmuller, D. (1995). *Opiate antagonists in erectile dysfunction: A possible new treatment option? results of a pilot study with naltrexone.* European Urology, 28(3), 246-250.

Ventegodt, S., Merrick, J., & Andersen, N. J. (2003). *Quality of life as medicine. II. A pilot study of a five-day "quality of life and health" cure for patients with alcoholism.* Thes cientific world journal, 3, 842-852.

Vosburgh, H. W., Mansergh, G., Sullivan, P. S., & Purcell, D. W. (2012). *A review of the literature on event-level substance use and sexual risk behavior among men who have sex with men.* AIDS and Behavior, 16(6), 1394-1410.

Waldron, M., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Madden, P. A., & Martin, N. G. (2008). *Alcohol dependence and reproductive onset: Findings in two australian twin cohorts.* Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 32(11), 1865-1874.

Whalley, L. J. (1978). *Sexual adjustment of male alcoholics.* Acta Psychiatrica Scandinavica, 58(4), 281-298.

Zaazaa, A., Bella, A. J., & Shamloul, R. (2013). *Drug addiction and sexual dysfunction.* Endocrinology and Metabolism Clinics of North America, 42(3), 585-592.

Zabala, G., & Núñez, C. (2011). *Disfunción eréctil en población masculina mayor de 35 años en la ciudad de siguatepeque. (Honduras).* Rev. Fac. Cienc. Méd. (Impr.);8(1):9-20, Ene.-Jun.

Anexos

11. ANEXOS

11.1. Escala EuropASI

Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (EuropASI) –

(Modificada y reducida para adaptación a un estudio con pacientes con Trastorno por consumo de Alcohol)

N.º de identificación.

FECHA DE LA ENTREVISTA:

Contacto Telefónico

SEXO: 1. Varón 2. Mujer

CÓDIGO DEL ENTREVISTADOR:

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL:

1. Ciudad grande (> 100.000)

2. Mediana (10-100.000)

3. Pequeña (rural) (< 10.000)

EDADNACIONALIDAD

SITUACIÓN MEDICA

1-¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado por problemas médicos? (incluir sobredosis, delirium tremens, excluir desintoxicaciones).....

2- ¿Hace cuánto tiempo estuvo hospitalizado por última vez por problemas médicos?

Años.....meses.....

3- ¿Padece algún problema médico crónico que continua interfiriendo con su vida?

1- NO 1. SI

4- ¿Está tomando alguna medicación prescrita de forma regular para un problema físico?

1- NO 1. SI

EMPLEO / SOPORTES

0. Años de educación básica:
1. Años de educación superior (universidad / técnicos):
2. Grado académico superior obtenido:
3. ¿Tiene carnet de conducir en vigor? NO... SI...
4. ¿Cuánto duró el periodo mas largo de empleo regular?: años..... meses
5. ¿Cuánto duró el periodo mas largo de desempleo?: años meses
6. Ocupación habitual (o última).....
7. Patrón de empleo usual en los últimos 3 años:.....
 - a. Tiempo completo
 - b. Tiempo parcial (horario regular)
 - c. Tiempo parcial (horario irregular, temporal)
 - d. Estudiante
 - e. Servicio militar
 - f. Retirado / invalidez
 - g. Desempleado (incluir ama de casa)
 - h. En ambiente protegido
8. ¿Cuántos días trabajó en el último mes? (excluir actividades ilegales):
9. ¿recibió dinero de alguna de las siguientes fuentes durante el último mes?

1- Empleo:	0. NO	1. SI
------------	-------	-------

2- Paro:	0. NO	1. SI
3- Ayuda social:	0. NO	1. SI
4- Pensión o seguridad social:	0. NO	1. SI
5- Compañeros familiares o amigos:	0. NO	1. SI
6- Ilegal:	0. NO	1. SI
7- Prostitución:	0. NO	1. SI
8- Otras fuentes:	0. NO	1. SI

11- ¿Cuál es la principal fuente de ingresos que tiene? (utilizar los números del 1 al 8):

12- ¿Tiene deudas?: 0. NO 1. SI

13- ¿Cuántas personas dependen de usted para la mayoría de su alimento, alojamiento, etc?:.....

14- ¿Cuántos días ha tenido problemas de empleo / desempleo en el último mes?:.....

15- ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas de empleo en el último mes?: *.....

16- Escala de gravedad para el entrevistador: **.....

USO DE ALCOHOL

A: Cualquier dosis

1. Edad de inicio:
2. A lo largo de la vida:
3. Ultimo mes:

B: Grandes cantidades

- 1- Edad de inicio:.....

- 2- A lo largo de la vida:.....
- 3- Ultimo mes:
- 4- ¿Cuántas veces ha tenido delirium tremens?:
- 5- Tipo de servicio y nº de veces que ha recibido tratamiento:
 - a. Desintoxicación ambulatoria:
 - b. Desintoxicación residencial:
 - c. Centro de día:
 - d. Hospital psiquiátrico:
 - e. Otro hospital o servicio:
- 6- ¿Cuántos meses duró el periodo mas largo que estuvo abstinentes del alcohol como consecuencia de algún tipo de tratamiento? (meses).....
- 7- ¿Cuántos meses duró el último periodo de abstinencia voluntaria del alcohol? (meses).....
- 8- ¿Hace cuantos meses que terminó esa abstinencia?.....
- 9- ¿Cuánto dinero diría usted que ha gastado en el último mes en alcohol? (€).....
- 10- ¿Cuántos días ha estado recibiendo tratamiento ambulatorio para el alcohol en el último mes? (incluye grupos de autoayuda):
- 11- ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado usted problemas relacionados con el alcohol?.....
- 12- ¿Cuánto le ha molestado en el último mes los problemas relacionados con el alcohol?
*.....
- 13- ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento para el problema del alcohol?
*.....
- 14- Escala de gravedad para el entrevistador **.....

SITUACIÓN LEGAL

- 1- ¿Cuántas veces ha sido acusado en su vida de delitos violentos (violación)?.....
- 2- ¿Cuántas veces ha sido acusado en su vida de alteración del orden público por su conducta sexual?.....
- 3- ¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de conducir embriagado?:
- 4- ¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de delitos de tráfico?:
- 5- ¿El acudir a esta Unidad de Alcoholismo es resultado de ordenamiento judicial?
1- NO 1. SI
- 6- ¿Cómo de serios piensa que son sus problemas actuales legales? *.....
- 7- Escala de gravedad para el entrevistador: **.....

RELACIONES FAMILIARES Y SOCIALES

0. Estado civil:

- 1- Casado 2-Soltero 3-Viudo 4-Separado o divorciado

2- ¿Hace cuanto tiempo que tiene este estado civil? Años.....meses.....

3- ¿Está satisfecho con esta situación?

0. NO 1. Indiferente 2. SI

4- Convivencia habitual en los últimos 3 años.

0. Pareja
1. Pareja e hijos
2. Hijos
3. Padres
4. Familia
5. Amigos
6. Solo

7. No estable

5- ¿Está satisfecho con esta convivencia?

0. NO

1. Indiferente

2. SI

6- ¿Su pareja actual tiene problemas relacionados con el consumo de alcohol?

0. NO

1. SI

7- ¿Ha tenido relaciones próximas, duraderas, personales con alguna de las siguientes personas en su vida?

0. Madre

1. Padre

2. Hermanos / hermanas

3. Pareja sexual / esposo

4. Hijos

5. amigos

8- ¿Ha tenido periodos en los que ha experimentado problemas serios con su pareja sexual?

1- NO

2- SI en el último mes

3- SI a lo largo de la vida.

9- ¿Alguna de las personas anteriormente citadas ha abusado de usted sexualmente?

0. NO

1. SI.....¿quien?.....

10- ¿Cuántos días en el último mes ha tenido problemas serios con su familia?:

11- ¿Cuántos días en el último mes ha tenido problemas serios con otra gente?:

12- ¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes sus problemas familiares?*

13- ¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes sus problemas sociales?: *

14- Escala de gravedad para el entrevistador:

ESTADO PSIQUIÁTRICO

1- ¿Cuántas veces ha recibido tratamiento por problemas psicológicos o emocionales?

1- Tratamiento hospitalario:

2- Tratamiento ambulatorio:

2- Recibe pensión por incapacidad psíquica?

0. NO 1. SI

3- ¿Ha pasado un periodo de tiempo significativo a lo largo de su vida (no directamente debido al uso de alcohol o drogas) en el cual usted...

1- Experimentó depresión severa	0. NO	1. SI
2- Experimentó ansiedad o tensión severa	0. NO	1. SI
3- Experimentó problemas para comprender, concentrarse o recordar	0. NO	1. SI
4- Experimentó alucinaciones	0. NO	1. SI
5- Experimentó problemas para controlar conductas violentas	0. NO	1. SI

6- Recibía medicación prescrita por problemas emocionales o psicológicos	0. NO	1. SI
7- Experimentó ideación suicida severa	0. NO	1. SI
8- Realizó intentos suicidas	0. NO	1. SI
9- Cuantas veces intentó suicidarse		
10- ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado estos problemas psicológicos / emocionales?		

4-¿Cuánto le han preocupado o molestado en el último mes estos problemas psicológicos o emocionales? *.....

5- ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento para esos problemas psicológicos?: *.....

6- A cumplimentar por el entrevistador: Durante la entrevista el paciente se presentaba...

1- francamente deprimido / retraído	0. NO	1. SI
2- francamente hostil	0. NO	1. SI
3- francamente ansioso / nervioso	0. NO	1. SI
4- con problemas para interpretar la realidad, trastornos del pensamiento, ideación paranoide	0. NO	1. SI
5- con problemas de comprensión, concentración o recuerdo	0. NO	1. SI
6- con ideación suicida	0. NO	1. SI

7- Escala de gravedad para el entrevistador: **.....

SUMARIO DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE (*)

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderado
- 3. Considerable
- 4. Extrema

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR (**).

Miden estimaciones de necesidad de tratamiento en cada área. El rango de la escala oscila de 0 (no necesita ningún tratamiento) hasta 9 (tratamiento necesario en situación de riesgo vital. Cada escala está basada en historia de síntomas problema, estado actual y valoración subjetiva de sus necesidades de tratamiento en cada área.

PERFIL DE GRAVEDAD

PROBLEMAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9
MÉDICOS									
EMPLEO / DEPORTES									
ALCOHOL									
DROGAS									
LEGAL									
FAMILIAR / SOCIAL									
PSICOLÓGICO									

11.2. Escala KINSEY modificada

Escala de evaluación de la actividad sexual, modificada del Kinsey Institute (Montejo et al, 2006).

1. ¿En qué grado es importante el sexo para usted?

1. Nada importante
2. Poco importante
3. Importante
4. Muy importante
5. Extremadamente importante

2. ¿En qué grado está satisfecho con su actividad sexual?

2. Muy satisfecho
3. Algo satisfecho
4. Ni satisfecho, ni insatisfecho
5. Algo insatisfecho
6. Muy insatisfecho

3. ¿Cuál de estos términos utilizaría para describirse a sí mismo?

2. Heterosexual
3. Bisexual
4. Homosexual
5. No lo sabe con exactitud

4. Actualmente:

1. Mantengo una relación sexual exclusivamente monógama (solamente con la misma pareja)

2. Mantengo una relación sexual no monógama (alguno de los dos o ambos mantenemos relaciones sexuales con otra pareja)

3. No mantengo una relación sexual

5. Por favor, piense en un mes típico (por ejemplo, que no haya estado de vacaciones o más ocupado de lo habitual) de los últimos seis meses. ¿Con qué frecuencia tuvo un coito con una pareja?

1. Ninguna

2. 1 a 3 veces al mes

3. 1 vez a la semana

4. 2 o 3 veces a la semana

5. 4 veces a la semana o más

6. Por favor, piense en un mes típico (por ejemplo, que no haya estado de vacaciones o más ocupado de lo habitual) de los últimos seis meses. ¿Con qué frecuencia tuvo una relación sexual (no necesariamente un coito) con una pareja?

1. Ninguna

2. 1 a 3 veces al mes

3. 1 vez a la semana

4. 2 o 3 veces a la semana

5. 4 veces a la semana o más

7. Por favor, piense en un mes típico (por ejemplo, que no haya estado de vacaciones o más ocupado de lo habitual) de los últimos seis meses. ¿Con qué frecuencia se masturbó durante ese mes?

1. Ninguna

1. 1 a 3 veces al mes
2. 1 vez a la semana
3. 2 o 3 veces a la semana
4. 4 veces a la semana o más

8. En los últimos seis meses, ¿ha mantenido alguna vez relaciones sexuales por dinero o para cubrir una necesidad material?

1. Sí
0. No

9. En los últimos seis meses, ¿ha pagado (con dinero u otros bienes materiales) alguna vez por mantener relaciones sexuales?

1. Sí
10. No

11.3. Escala SEXSAM. CUESTIONARIO DE SEXUALIDAD Y SALUD MENTAL.

(AL Montejo. Universidad de Salamanca)

Queremos conocer mejor cómo afectan las relaciones emocionales y sexuales a su vida en general. Su ayuda resulta de un gran valor para ayudar a futuros pacientes Sea lo más sincero posible en las respuestas por favor.

1. Valore del 1 (nada importante) a 10 (muy importante) los siguientes aspectos de su vida:

Familia...	Espiritualidad...
Amigos...	Salud mental...
Relaciones íntimas...	Salud física...

Educación... Situación económica...

Trabajo...

2. Valore de 1-10 el grado de satisfacción de su actividad sexual.

Con una pareja estable...

Relaciones sin compromiso con la misma pareja...

Relaciones sin compromiso con distintas parejas...

Relaciones con profesionales del sexo...

Masturbación...

No disfruto de relaciones sexuales. ¿Por qué?...

3. Valore de 1-10 el grado de satisfacción de las siguientes conductas sexuales:

Besos... Caricias...

Abrazos... Masajes...

Sexo OraL... Coito...

4. Cuando tiene actividad sexual (relaciones de pareja o masturbación), puntúe de 1-10 lo más importante para usted:

Por el placer físico... Para poder tener hijos...

Para buscar afecto y cariño... Para buscar compañía...

Por dinero... Otras cosas (especificar)...

5. Valore de 1-10 los siguientes aspectos de su vida cuando NO tiene relaciones sexuales habituales:

Estado de ánimo... Apetito...

Sueño... Ansiedad...

Sentido del humor... Autoestima...

Mejoría de la enfermedad...

6. Valore de 1-10 los siguientes aspectos de su vida cuando SÍ tiene relaciones sexuales habituales:

Estado de ánimo...	Apetito...
Sueño...	Ansiedad...
Sentido del humor...	Autoestima...
Mejoría de la enfermedad...	

7. ¿Cree que los tratamientos que toma para su enfermedad empeoran su vida sexual?:

(Puntúe de 1 a 10) 1= no empeoran, 10= empeoran mucho)

8. ¿Alguna vez ha abandonado el tratamiento aunque sea por periodos cortos debido a los problemas sexuales que le causaban?

SI... NO...

9. Si es así: ¿Cuáles son los que más le han empeorado la vida sexual? (Describir)

10. ¿Cuáles cree que son los mejores porque respetan la vida sexual?

11. ¿Cree que los Psiquiatras y Psicólogos se preocupan de la vida sexual de sus pacientes? (Puntúe de 1 a 10: 1= nada; 10= mucho)

12. ¿Cree que ha recibido una adecuada educación sexual durante su vida? (1= nada; 10= mucho) ¿Dónde?

13. ¿Usa algún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales esporádicas? (rodear)

SÍ/ SI... NO... A VECES... ¿Cuál?

14. ¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual por tener relaciones sexuales? SÍ... NO ...

11.4. Escala PRSexDQ-SALSEX.

Las preguntas que siguen se refieren a diversos aspectos de la función sexual del paciente que pueden verse afectados por la toma de psicofármacos. Todas las preguntas deberá dirigirlas al paciente directamente, excepto la pregunta B, que debe ser contestada por el entrevistador. El cuestionario sirve para ambos sexos.

A. Desde que toma el tratamiento farmacológico ha notado algún tipo de alteración en la actividad sexual (excitación, erección, eyaculación, orgasmo) ?

1- SÍ... 2- NO... 0- No toma tratamiento actualmente...

B. ¿ El paciente comunica espontáneamente esta alteración o fue preciso interrogarle expresamente para descubrir la disfunción sexual?

1- SÍ Comunicó espontáneamente... 2- NO Comunicó espontáneamente...

1.- ¿ Ha notado descenso en su deseo de tener actividad sexual o en el interés por el sexo?

0.- Ningún problema...

1.- Descenso leve. Algo menos de interés...

2.- Descenso moderado. Bastante menos interés...

3.- Descenso severo. Casi nada o nulo interés...

2.- ¿ Ha notado algún retraso en la eyaculación/orgasmo ?

0.- Ningún retraso...

1.- Retraso leve o apenas apreciable...

2.- Retraso moderado y claramente apreciable...

3.- Retraso intenso, incluso puede NO tener eyaculación/orgasmo...

3.- ¿ Ha notado incapacidad para eyacular/o tener orgasmo durante la relación sexual?

0.- Nunca.

1.- A veces: menos del 25% de las ocasiones..

2.- A menudo: 25-75% de las ocasiones.

3.- Siempre o casi siempre: más del 75% de las ocasiones.

4.- ¿ Ha notado dificultades de la erección o del mantenimiento de la misma una vez que inicia la actividad sexual? (lubricación vaginal en las mujeres)

0.- Nunca.

1.- A veces: menos del 25% de las ocasiones..

2.- A menudo: 25-75% de las ocasiones.

3.- Siempre o casi siempre : más del 75% e las ocasiones.

5.- ¿ Cómo acepta los cambios en la relación sexual que nos ha comentado anteriormente?

0.-No ha habido disfunción sexual

1.- Bien. Ningún problema por este motivo.

2.- Regular. Le molesta la disfunción aunque no ha pensado abandonar el tratamiento por este motivo. Interfiere en sus relaciones de pareja.

3.- Mal. Le molesta mucho la disfunción sexual. Ha pensado en abandonar el tratamiento por esta causa o interfiere gravemente las relaciones de pareja.

Puntuación total de 0 a 15_____

11.5. Escala IIEF-5.

Fecha

Cada pregunta tiene cinco respuestas posibles. Marque con un 1 círculo aquella que mejor describa su situación en /os últimos 6 meses. Porfavor, asegúrese que escoge una única respuesta para cada pregunta.

1). ¿Cómo clasificaría su confianza en poder conseguir y mantener una erección?

1-Muy baja 2-Baja 3-Moderada 4- Alta 5-Muy alta

2). Cuando tuvo erecciones con la excitación sexual, ¿con qué frecuencia sus erecciones fueron lo suficientemente *rígidas para la penetración*?

0- No he tenido actividad sexual

1- Nunca o casi nunca

2- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)

3- A veces (Aproximadamente la mitad de las veces)

4- La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)

5- Casi siempre o siempre

3) Durante el acto sexual, ¿con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?

1- No he realizado el acto sexual

2- Nunca / casi nunca

3- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)

4- A veces (Aproximadamente la mitad de las veces)

5- La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)

6- Casi siempre o siempre

4) Durante el acto sexual, ¿qué grado de dificultad tuvo para mantener la erección hasta el final de la relación sexual?

1. No he realizado el acto sexual

2. Extremadamente difícil

3. Muy difícil
4. Difícil
5. Ligeramente difícil
6. No difícil

5) Cuando intentó el acto sexual, ¿con que frecuencia fue satisfactorio para usted?

0- No he realizado el acto sexual

1. Nunca o casi nunca
2. Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
3. A veces (Aproximadamente la mitad de las veces)
4. La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
5. Casi siempre o siempre

3- Puntuación total: _____

11.6. Escala EQ-5D.

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de hoy.

Movilidad

- 1- No tengo problemas para caminar _
- 2- Tengo algunos problemas para caminar _
- 3- Tengo que estar en la cama _

Cuidado personal

- 1- No tengo problemas con el cuidado personal _

2- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme _

3- Soy incapaz de lavarme o vestirme _

Actividades cotidianas (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o durante el tiempo libre)

1- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas _

2- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas _

3- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas _

Dolor/malestar

1- No tengo dolor ni malestar _

2- Tengo moderado dolor o malestar _

3- Tengo mucho dolor o malestar _

Ansiedad/depresión

1- No estoy ansioso ni deprimido _

2- Estoy moderadamente ansioso o deprimido _

3- Estoy muy ansioso o deprimido _

Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es: (POR FAVOR, PONGA UNA CRUZ EN EL CUADRO)

1- Mejor _

2- Igual _

3- Peor _

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que se pueda imaginar y con un 0 el peor estado de salud que se pueda imaginar.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o

malo que es su estado de salud en el día de hoy. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del termómetro que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

11.7. Escala EIDA

Intente recordar un período de tiempo en los últimos 6 meses en los que usted haya bebido mucho. Ahora marque (X) en la casilla correspondiente a la frecuencia con que las siguientes manifestaciones le ocurrieron durante ese período.

Durante ese período de tiempo que bebía mucho

1. Me despertaba sudando _ _ _ _ _
2. Me temblaban las manos a primera hora de la mañana _ _ _ _ _
3. Tenía náuseas a primera hora de la mañana _ _ _ _ _
4. Todo mi cuerpo temblaba violentamente si no bebía algo _ _ _ _ _
5. Me despertaba completamente bañado en sudor _ _ _ _ _
6. Temía que llegase la hora de levantarme _ _ _ _ _
7. Temía encontrarme con alguien a primera hora de la mañana _ _ _ _ _
8. Me sentía próximo a la desesperación al despertarme _ _ _ _ _
9. Me sentía muy nervioso al despertarme _ _ _ _ _
10. Me sentía asustado al despertarme _ _ _ _ _
11. Me gustaba beber alcohol por la mañana _ _ _ _ _
12. Tenía ganas de beber alcohol al despertarme _ _ _ _ _

13. Me tomaba lo antes posible y de un trago las primeras copas de la mañana _ _ _ _
14. Bebía por la mañana para calmar los temblores _ _ _ _
15. Sentía una fuerte necesidad de beber alcohol al despertarme _ _ _ _
16. Bebía más de 4 copas de licor al día (el equivalente es una botella de vino u 8 cañas de cerveza) _ _ _ _
17. Bebía más de 8 copas de licor al día (el equivalente son 2 botellas de vino o 16 cañas de cerveza) _ _ _ _
18. Bebía más de 16 copas de licor al día (el equivalente son 3,5 de vino o 32 cañas de cerveza) _ _ _ _
19. Bebía más de 32 copas de licor al día (el equivalente son 7 botellas de vino o 64 cañas de cerveza) _ _ _ _
20. Llegaba a beber en menos de 1 hora 8 copas de licor (el equivalente son 2 botellas de vino o 18 cañas de cerveza) _ _ _
21. Después de haber tomado algunas copas me apetecía seguir bebiendo _ _ _ _
22. Cuando comenzaba a beber me resultaba muy difícil parar hasta que no estaba bastante bebido _ _ _ _
23. No bebía alcohol hasta después de haber finalizado mis tareas (trabajo, estudio, reuniones, etc.) _ _ _ _
24. Si bebía alcohol, no sobrepasaba el límite que me había propuesto _ _ _ _
25. Había días en los que conseguía no beber nada _ _ _ _
26. Por la mañana comenzaría a sudar _ _ _ _
27. Tendría temblor en las manos _ _ _ _
28. Tendría náuseas _ _ _ _
29. Mi cuerpo temblaría _ _ _ _
30. Mis deseos por beber serían

Puntuación total ____ (preguntas 23 a 25 puntúan en sentido inverso)

11.8. Hoja de datos de clínicos.

DATOS DE CONSUMO Y TRATAMIENTO
Nº inclusión
Fecha
Diagnóstico
UBE/d
Tratamiento actual
Signos / síntomas organicidad
Valor Testosterona
Valor Estradiol
Valor Prolactina

11.9. Consentimiento informado

HOJA INFORMATIVA PARA EL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Evaluación de disfunción sexual en pacientes con Trastorno por Consumo de Alcohol.

Su médico le invita a participar en un programa de investigación médica en el que se quieren estudiar algunos aspectos de la enfermedad que usted sufre y del tratamiento que recibe que será realizado en otros centros de salud y hospitales españoles.

Se le propone que conteste un cuestionario que incluye preguntas sobre su enfermedad, su tolerancia al tratamiento y su satisfacción con la actividad sexual en general. El tratamiento que recibirá será el mismo que si no participara en el estudio y está orientado a la mejoría clínica y la búsqueda de los menores efectos secundarios posibles.

Su participación y colaboración en este estudio es absolutamente voluntaria entendiendo que su consentimiento está destinado a mejorar la evolución clínica de su enfermedad.

Tanto usted como otras personas pueden beneficiarse de su participación en este programa de investigación aportando nuevos datos que servirán para mejorar la calidad de vida y el manejo clínico de su enfermedad.

Los resultados obtenidos serán incluidos en una base de datos y serán objeto de análisis estadístico conservando siempre su anonimato y sin permitir que personas ajenas tengan acceso a su historial clínico, acorde con la legislación de protección de datos vigente. Estos datos podrán ser usados finalmente con fines médicos o de divulgación científica de los resultados.

Cualquier duda sobre esta información consúltela con su médico.

Paciente:

Médico:

Firma:

Firma:

Fecha:

Fecha

11.10. Principales complicaciones del abuso del alcohol. (García-Gutierrez, E. 2004)

- Afectaciones neurológicas

Neuropatía periférica distal, cefalea, temblores, convulsiones (sobre todo en personas predispuestas a la epilepsia), miopatía alcohólica aguda, degeneración cerebelosa, daño cortical difuso con demencia alcohólica, lesiones degenerativas del cerebro, médula espinal y nervios periféricos (en casos avanzados), falta de fuerza muscular, calambres y dolores en las piernas y los brazos, accidentes vasculares encefálicos. Intoxicación

alcohólica aguda, síndrome de abstinencia, ambliopía alcohol-tabaco, pelagra, manifestaciones tóxico- metabólicas, enfermedad de Marchiafava-bignami, mielinosis central de la protuberancia.

- Efectos sobre el aparato digestivo y glándulas anexas

Glositis, esofagitis, gastritis, diarreas, úlcera gastro-duodenal; várices esofágicas; cáncer gástrico, de la boca y del esófago; hepatitis, hígado graso, cirrosis hepática, pancreatitis aguda hemorrágica y pancreatitis crónica.

- Efectos sobre el aparato cardiovascular

Aterosclerosis temprana, hipertensión arterial, infarto del miocardio, cardiomiopatías.

- Efectos sobre el aparato genitourinario

Disfunción sexual, reducción de hormonas masculinas por la acción de alcohol sobre el testículo y la hipófisis, reducción de la entrada de sangre en los cuerpos cavernosos debido a la aterosclerosis temprana, deformidades del niño al nacer y graves trastornos de la inteligencia o la conducta en los casos menos severos (feto alcohólico). Trastornos vesicales. Cáncer de vejiga.

4- Afectación psiquiátrica

Depresión con ideas y conducta suicidas, pesadillas, insomnio, celos enfermizos, alucinaciones auditivas y visuales, delirios de daño y persecución, alteraciones de conducta.

5- Otros efectos negativos sobre la salud.

Tendencia a neoplasias, inmunosupresión de los alcohólicos sensible a la vitamina E, el síndrome alcohólico-fetal.

“No se emplee el día en beber, pues el tiempo debe llamarse con las ocupaciones de cada uno, ni tampoco beba la noche que destine a engendrar los hijos”

Platón. 430 años a.d.c.

