
Disfunciones sexuales en el alcoholismo

JOSÉ JUAN ÁVILA ESCRIBANO*, ANA PÉREZ MADRUGA**, JUAN CARLOS OLAZÁBAL ULACIA***,
JESÚS LÓPEZ FIDALGO****

* Psiquiatra. Unidad de Alcoholismo. Salamanca.

** Psicóloga. Unidad de Alcoholismo. Salamanca.

*** Médico de Familia. Centro de Salud "San Juan." Salamanca.

**** Doctor en Matemáticas. Departamento de Estadística. Universidad de Salamanca.

Enviar correspondencia a:

José Juan Ávila Escribano. C/Toro, 84-90, 3º D, 37002 SALAMANCA

Recibido: 4 de Noviembre de 2003.

Aceptado: 23 de Junio de 2004.

RESUMEN

La prevalencia de disfunciones sexuales en el alcoholismo es alta y oscila, según distintos estudios, entre el 3,2 % y el 64,4 %. El presente estudio tiene como objetivo investigar la frecuencia de este tipo de alteraciones en una muestra de pacientes alcohólicos que estaban en tratamiento por esta enfermedad. Así mismo, se pretende averiguar los factores que pueden influir en su génesis, además del alcohol. La muestra de estudio comprendía 183 personas, 150 varones y 33 mujeres cuya edad media era de 43 años. Se administró a los pacientes una encuesta autoaplicada y anónima que contenía el Cuestionario de Funcionamiento Sexual de LoPiccolo (SHF). Así mismo se determinaron los niveles de testosterona, estradiol y prolactina.

Los resultados principales fueron: el funcionamiento sexual global era aceptable (puntuación global: $0,415 \pm 0,155$) y significativamente mejor en los varones que en las mujeres; el 45% mantenía relaciones semanalmente, el 69% experimentaba deseo sexual durante la semana, 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. Los niveles de testosterona, estradiol y prolactina estaban en el rango normal; ni el diagnóstico, ni la cantidad de gramos de alcohol consumido, ni la situación de abstinencia o consumo influía en el funcionamiento sexual global. La presencia de enfermedades somáticas y la ingestión de medicamentos, principalmente Cianamida cálcica, empeoraban significativamente el funcionamiento sexual global.

Palabras clave: Dependencia, alcohol, sexualidad, disfunciones sexuales, psicofármacos.

ABSTRACT

The prevalence of sexual dysfunction in alcoholism very frequent and fluctuates between 3.2% and 64.4 %, according different studies. The aim of this research is to study sexual dysfunction frequency in a sample of alcoholic patients who were undergoing treatment for this illness. We also analyse the factors, in addition to alcohol, that could influence these disorders. The study consists of an anonymous, self-administered questionnaire on sexual behaviour, designed by LoPiccolo (SHF), with a sample of 183 individuals, 150 men and 33 women with an average age of 43 years. Levels of testosterone, estradiol and prolactin were also measured.

The main results were as follows: overall sexual functioning was acceptable (overall score: 0.415 ± 0.155), and was significantly better in men than in women; 45% had sexual relations weekly, 69% experienced sexual desire during the week, 81% of men had no problems in reaching and maintaining an erection, 10% referred to premature ejaculation. In the group of women, 10% suffered from vaginismus and 5% from pain during coitus. Levels of testosterone, estradiol and prolactin were within the standard range. Neither the diagnosis, the amount of alcohol consumed nor abstinence or consumption of alcohol influenced overall sexual behaviour. The presence of somatic diseases and the intake of medicaments, particularly calcium cyanamide, significantly diminish general sexual performance.

Key words: alcohol dependency, sexuality, sexual dysfunctions, drugs.

INTRODUCCIÓN

Shakespeare, a través de uno de los personajes de Macbeth, dice que "el alcohol provoca el deseo (sexual), pero disminuye el rendimiento"

("it provokes the desire, but it takes away the performance",), afirmación que tiene plena vigencia en la actualidad. Diferentes estudios fisiológicos experimentales (George y Stonner, 2002) 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.

Aunque, desde una perspectiva clínica, las disfunciones sexuales en el alcoholismo se consideran más frecuentes que en la población general, en la vertiente epidemiológica, desconocemos con exactitud su incidencia y prevalencia y más aún la importancia que puedan tener en el mantenimiento de la abstinencia. Los estudios que se han realizado con el objetivo de determinar la prevalencia de las disfunciones sexuales en el alcoholismo presentan resultados muy dispares. 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%. Estudios más recientes, revisados por nosotros, no muestran una prevalencia tan alta (TABLA 1). 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.

Entre los estudios que utilizaron muestras de varones hay que destacar el de Mandell y Miller (1983) quienes comprobaron 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. Fahrner (1987), en un estudio posterior, señaló que el 75% de su muestra presentaba alguna disfunción sexual; también, en el 45% de los casos aquélla estaba en relación directa con la cantidad de alcohol consumido, pero no experimentaba mejoría después de 9 meses de abstinencia.

Más recientemente Schiavi, Stimmel, Mandeli y White (1995) han señalado 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 tampoco presentaban diferencias en la tumescencia nocturna del pene. Los autores concluyeron que el funcionamiento sexual de los pacientes alcohólicos en abstinencia era normal, aunque el grado de satisfacción matrimonial era más pobre.

Los estudios realizados con muestras de mujeres son más escasos. Covington y Kohen (1984) en un estudio comparativo entre mujeres alcohólicas y un grupo control encontraron que el 85 % de las primeras presentaba algún tipo de disfunción y que su funcionamiento sexual global era peor aunque practicaban mayor variedad de actividades sexuales. Klassen y Wilsnack (1986) estudiaron el comportamiento sexual

de las mujeres bajo los efectos del alcohol y comprobaron que cuando las mujeres consumían alcohol presentaban 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). Tampoco encontraron mayor frecuencia de disfunciones sexuales, aunque 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.

Estos mismos estudios señalan una gran variedad de mecanismos a través de los cuales el alcohol puede originar esas alteraciones; así se han citado causas endocrinológicas, bien mediante una alteración de la función testicular, bien por alteración del eje hipotálamo-hipofisario; otra causa puede ser la presencia de lesión hepática severa, el efecto de los diferentes fármacos que el paciente puede estar tomando y, finalmente, se ha invocado un mecanismo neurológico. Tan importante como estas causas biológicas pueden ser las causas psicosociales como la escasa o nula colaboración de la pareja y la presencia de conflictividad familiar. En este sentido, O'Farrel, Choquette, Cutter y Birchler (1997) 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. Estos autores concluyeron que las disfunciones sexuales estaban más en relación con la situación conflictiva familiar que con los factores biológicos.

En nuestro país existen escasas publicaciones sobre este tema. El presente estudio tiene como objetivo investigar la frecuencia de disfunciones sexuales en pacientes alcohólicos tanto en el periodo de consumo de alcohol como en la abstinencia y averiguar que factores, además del alcohol, pueden influir en su génesis

MATERIAL Y MÉTODO

El presente trabajo se realizó en la Unidad de Alcoholismo de Salamanca que está destinada, desde 1985, al tratamiento ambulatorio de pacientes con trastornos por uso de alcohol. Se trata de un estudio descriptivo mediante un corte transversal de una muestra de alcohólicos de ambos sexos en el que se incluyeron a todos los pacientes que acudieron a

la Unidad, bien para iniciar tratamiento o durante el seguimiento terapéutico (evaluación del mismo y de la abstinencia), desde Junio hasta Noviembre del 2002 (un total de 6 meses). El tamaño muestral fue de 183 pacientes, 150 varones (82%) y 33 mujeres (18%) cuya edad estaba comprendida entre los 21 y 68 años.

A todos ellos se les dio una encuesta autoaplicada y anónima que contenía cuestiones sociodemográficas y el Cuestionario de Historia Sexual de LoPiccolo (SHF) (Nowinsky y LoPiccolo, 1979), el cual, mediante 28 preguntas independientes con respuestas de elección múltiple con un formato similar a la escala de Likert, realiza una valoración global de la satisfacción sexual, así como el funcionamiento del sujeto en las distintas fases del ciclo de respuesta sexual (deseo, excitación, orgasmo) y la presencia o no de dolor en el acto sexual. Su fiabilidad y validez han sido bien establecidas, lo que ha favorecido su amplia utilización en otros países para evaluar la conducta y función sexual, tanto para el diagnóstico y evaluación de resultados (Schover, Friedman, Weiler, Heiman y LoPiccolo, 1982) como en la evaluación del impacto de algunas enfermedades crónicas sobre la sexualidad, y concretamente del alcoholismo. La puntuación tiene un carácter invertido, tal que a menor puntuación en el SHF mejor funcionamiento sexual global.

También se recogieron algunas características de la enfermedad alcohólica como gramos de alcohol consumidos, diagnóstico del trastorno por uso de alcohol según los criterios del DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana y tiempo de abstinencia. Así mismo se recogió el tipo de patología somática concomitante que pudiera interferir con el funcionamiento sexual como diabetes, hepatopatía, polineuropatía y depresión; también se recogió el tratamiento farmacológico que el paciente estaba recibiendo en la actualidad como aversivos, antidepresivos, neurolépticos, benzodiazepinas e hipotensores. Se realizaron determinaciones de testosterona, estradiol y prolactina.

Los cuestionarios rellenados eran introducidos en un buzón, lo que garantizaba el anonimato. Esto conllevaba la imposibilidad de controlar el grado de cumplimentación del mismo. De hecho, entre el 20-25% de los sujetos de la muestra no lo contestaron en su integridad.

El tratamiento estadístico se realizó mediante el programa informático SSPS. Se determinaron la frecuencia de las variables cualitativas y la media con desviación típica de las variables cuantitativas. Los estadísticos que se utilizaron para determinar el grado de significación fueron la "t" de Student y el X^2 .

RESULTADOS

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La muestra tenía una edad media de 43,28 años ($\pm 9,74$); las mujeres eran un año mayores, aunque esta diferencia no era significativa ($44,39 \pm 8,08$ años). En cuanto al estado civil, el 26,8% estaba soltero, el 53,6% casado y el 18% separado/divorciado. El 92,3% poseía estudios primarios o graduado escolar y el 84,1% pertenecía a una clase social baja y media baja.

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El 31% de las personas presentaba un diagnóstico de abuso de alcohol y el 69% dependencia del alcohol; cuando se realizó el estudio, la situación de consumo de la muestra era la siguiente: el 83,1% estaba abstinentes y el 16,9 % estaba consumiendo alcohol. La máxima cantidad de gramos de alcohol consumidos a la semana era de $1.190 \pm 68,4$ gr/semanales (mediana: 1.008). Los varones mostraban significativamente mayor consumo que las mujeres (TABLA 2). También los pacientes con dependencia consumían significativamente más alcohol que los pacientes con diagnóstico de abuso (TABLA 2); los pacientes que estaban abstinentes habían consumido más alcohol que los que iniciaban en ese momento el tratamiento, aunque la diferencia no era significativa (TABLA 2).

En el grupo de pacientes abstinentes la abstinencia media era de $10,51 \pm 12,42$ meses (mediana: 6,0); cuando se comparó la abstinencia entre varones y mujeres por una parte y según el tipo de diagnóstico por otra, no se apreciaron diferencias significativas entre los diferentes grupos (TABLA 3).

Presentaban patología somática 58 pacientes (31,7%); cuatro pacientes (2,2%) estaban diagnosticados de diabetes, 16 pacientes (8,7%) presentaban hepatopatía, 12 (6,6%) polineuropatía y 35 (19,1%) depresión. Aunque la tasa de patología somática casi se duplicaba en las mujeres (45,5 versus 28,7% en los varones), esta diferencia no alcanzaba significación estadística (X^2 , $p = 0,061$).

Un total de 120 personas (65,6%) tomaban fármacos; catorce pacientes (7,7%) tenían prescrita Cianamida, 95 (51,9%) Disulfiran, 10 (5,5%) Neurolépticos, 43 (23,5%) Antidepresivos, 35 (19,1) Benzodiazepinas y 13 (7,1%) Hipotensores. El 60,7% de los varones y 87,9% de las mujeres tenían prescrito alguno de los fármacos reseñados, diferencia que era estadísticamente significativa (X^2 , $p = 0,003$). En el grupo de pacientes abstinentes, 109 (71,7%) estaban tomando algún fármaco, mientras que entre aquellos que

consumían alcohol solamente lo hacían 11 (35,5%), diferencia estadísticamente muy significativa (X^2 , $p = 0,000$).

En la **Tabla 4** se exponen los resultados de las determinaciones hormonales practicadas a la muestra, así como el rango normal. Como se puede apreciar tanto los varones como las mujeres presentaban niveles medios de testosterona, estradiol y prolactina comprendidos en el rango normal.

3. CARACTERÍSTICAS DEL FUNCIONAMIENTO SEXUAL

En el grupo de estudio predominaba la orientación heterosexual (88%), y aunque en las mujeres había mayor orientación homo y bisexual que en los varones (12,1% versus 4% respectivamente), ésta no era significativa (X^2 , $p = 0,333$). Tenían relaciones sexuales 136 personas (74,3%), el 76,0% de los varones y el 66,7% de las mujeres diferencia estadísticamente no significativa (X^2 , $p = 0,259$); 26 personas (14,2%) mantenían relaciones sexuales con varias parejas, y todos eran varones.

El funcionamiento sexual global de la muestra era aceptable (puntuación global: $0,415 \pm 0,155$) y significativamente mejor en los varones (**TABLA 5**). No había diferencias entre los bebedores y los que se mantenían abstinentes y tampoco había diferencias en el funcionamiento sexual entre los pacientes según el tipo de diagnóstico. El funcionamiento sexual global era significativamente peor en los que tenían patología somática asociada y en este grupo, aquéllos que padecían depresión, eran los que presentaban un funcionamiento más deficiente (**TABLA 5**). El consumo de fármacos también empeoraba de forma significativa el funcionamiento sexual, destacando el efecto perjudicial de la cianamida (**TABLA 6**).

En cuanto a los resultados del funcionamiento de la muestra en las distintas fases del ciclo de respuesta sexual hay que destacar que el 45% de la muestra mantenía relaciones sexuales semanalmente y que en el 35% la frecuencia era menor; el 69% experimentaba deseo sexual con una frecuencia semanal y en el 13% de las personas el deseo era menos frecuente; el 81% de los varones no tenía problemas en alcanzar erección completa ni en mantenerla; solamente el 10,5% refería tener eyaculación precoz; el 24% de los pacientes había notado que la intensidad del orgasmo era menor; el 10% de las mujeres refería vaginismo y un 5% manifestaba tener dolor en el coito; el 20% de la muestra señalaba que la relación sexual con su pareja era poco satisfactoria y el 25% percibía que la relación sexual era poco satisfactoria para su pareja. En la **TABLA 7** se recogen las puntuaciones medias obtenidas en cada uno de los ítems; además, se pue-

de observar que el funcionamiento sexual de las mujeres en las diferentes fases del ciclo sexual era significativamente peor que en los varones; sin embargo las puntuaciones obtenidas en las personas que estaban abstinentes eran similares a las puntuaciones de las personas que consumían alcohol.

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio sugieren que el funcionamiento sexual global de los pacientes alcohólicos es bueno y similar al funcionamiento de la población general. En este sentido Creti, Fichten, Amstel, Brender, Schover, Kalogeropoulos et al. (1998), en un estudio sobre el funcionamiento sexual en una muestra de población general, obtuvieron una puntuación global de 0,37 en los varones y 0,49 en las mujeres, puntuaciones muy similares a las halladas en nuestra muestra. Además, los autores anteriormente citados, encontraron puntuaciones más elevadas en una muestra de pacientes no alcohólicos con disfunciones sexuales (0,66 en varones y 0,68 en mujeres) (**TABLA 8**).

Cuando analizamos, en nuestra muestra, con qué frecuencia se daban las diferentes categorías de disfunción sexual, comprobamos que el 35% de las personas mantenía relaciones sexuales una vez al mes o más esporádicamente, es decir presentaba un trastorno del deseo sexual hipoactivo; los estudios en población general, aunque muestran datos dispares, señalan que entre el 20 y 25% presentan este tipo de trastorno (Sadock, 1997). Por otra parte, menos del 10% de los varones refería un trastorno de la erección, porcentaje muy similar al encontrado en la población general (8-10%) (Sadock, 1997). Tampoco puede decirse que la incidencia de eyaculación precoz en nuestro estudio fuera alta (10,5%), cuando este tipo de trastorno puede afectar al 30% de la población general (Sadock, 1997). En cuanto a las disfunciones sexuales específicas de las mujeres de la muestra hay que señalar que el 10% refería vaginismo y el 5% dispareunia, aunque se desconoce la incidencia de estos trastornos en población general.

Si comparamos nuestros hallazgos con los descritos en otros estudios con pacientes alcohólicos podemos apreciar que la frecuencia de los diferentes trastornos sexuales es más baja en nuestra muestra. Jensen (1984) encontró que el 63% de los pacientes varones alcohólicos y el 10% del grupo control presentaba algún tipo de disfunción sexual, siendo los trastornos más frecuentes la disminución de la libido y las dificultades en la erección. Schiavi, Stimmel, Mandeli et al. (1995) encontraron que en torno al 20% de

pacientes alcohólicos presentaba alguna disfunción sexual, porcentaje ligeramente superior al hallado en el grupo control; asimismo, el deseo sexual hipoactivo (25%) y eyaculación prematura (20%) eran los trastornos más frecuentes. Nirenberg, Liepman, Bejín, Doolittle y Broffman (1990) con una metodología similar a la utilizada en nuestro estudio encontraron que el funcionamiento sexual de los varones alcohólicos abstinentes era similar al del grupo control sano; sin embargo el grado de satisfacción sexual en el periodo de consumo era más bajo por dificultades en la erección, menor excitación sexual y menor deseo de mantener relaciones sexuales en la esposa. En nuestro estudio no encontramos diferencias significativas entre las personas que estaban abstinentes o consumiendo alcohol (TABLA 7); sin embargo, las mujeres alcohólicas presentaban significativamente menor deseo sexual, menor frecuencia para experimentar orgasmo y nivel de excitación sexual más bajo.

Entre las diferentes causas que pueden estar implicadas en el origen de los trastornos sexuales de los pacientes alcohólicos hay que destacar tres: alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis- gonadal, presencia de enfermedades somáticas y el tratamiento concomitante. En relación a la alteración del eje hipotálamo-hipófisis- gonadal provocado por el consumo de alcohol diversos estudios señalan que existen niveles disminuidos de testosterona (Morgan y Pratt, 1982; Emanuele y Emanuele, 2001). En nuestro grupo de estudio los niveles hormonales fueron normales, hallazgo similar al de Schiavi et al. (1995). Este hallazgo puede ser una de las razones por el que el funcionamiento sexual de nuestra muestra presentaba un perfil casi normal. Cuando se realizó la correlación de las distintas variables cuantitativas como funcionamiento sexual global, edad, gramos de alcohol, duración de la abstinencia y distintos niveles hormonales se observaron los siguientes datos significativos (TABLA 9): 1) existía una correlación positiva entre la puntuación del funcionamiento sexual global y la edad; es decir, que aquél empeora con la edad; 2) existía una correlación negativa del funcionamiento sexual con los niveles de testosterona, de manera que el funcionamiento sexual empeora cuando los niveles hormonales disminuyen; 3) la cantidad de alcohol consumido no se correlaciona significativamente con el funcionamiento sexual, pero existe una correlación positiva con los niveles de testosterona.

Algún estudio ha señalado que el Disulfirán provoca trastornos sexuales (Jensen, 1979); en nuestro trabajo el 51% de las personas tenía prescrito este medicamento para el mantenimiento de la abstinencia, sin embargo de todos los medicamentos que los pacientes tomaban, la Cianamida cálcica empeoraba significativamente el funcionamiento sexual. Un hallazgo que aparece en el presente estudio y llama la atención es que el consumo de fármacos empeora el

funcionamiento sexual significativamente, pero este consumo es más importante en los pacientes que se mantenían abstinentes y, sin embargo, este grupo no presenta diferencias significativas en el funcionamiento sexual cuando se le compara con el grupo que no está abstigente; pensamos que es posible que la mayor toma de fármacos, sobre todo la Cianamida, puedan ejercer un efecto perjudicial sobre la sexualidad del grupo abstigente similar al ejercido por el alcohol en el grupo de bebedores.

Anteriormente se ha mencionado que el funcionamiento sexual de las mujeres era peor que el de los hombres; una de las posibles causas es la alta prevalencia de trastornos somáticos que ellas presentaban (la mitad padecía algún trastorno somático).

A la hora de valorar adecuadamente los hallazgos encontrados en nuestro estudio hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones: primera, entre el 20-25% de los sujetos de la muestra no contestaron a las diferentes preguntas del cuestionario SHF de LoPiccolo; una de las razones puede ser la falta de comprensión del enunciado ya que el nivel socio-cultural de los pacientes era bajo; otra razón pudo ser la aparición de sentimientos de vergüenza ante el tipo de cuestiones planteadas. En todo caso, nos pareció más adecuado exponernos a una falta de cumplimentación de algunas preguntas que revisar los cuestionarios para garantizar la misma, lo que podría conllevar por una parte a una percepción de pérdida del anonimato y por otra a la posibilidad de que las respuestas así contestadas no fueran fiables. Segunda, el cuestionario de LoPiccolo no está validado en nuestro país, si bien ha sido ampliamente utilizado en otros países para la evaluación del impacto de algunas enfermedades crónicas, entre ellas el alcoholismo, sobre la sexualidad. Tercero, si bien el tamaño muestral global es importante, las submuestras correspondientes al número de pacientes que consumía alcohol al inicio del estudio y al número de mujeres eran escasos y cuarto, no poseemos grupo control. A pesar de todas estas limitaciones, nuestros resultados son equiparables a los obtenidos en otros estudios similares.

REFERENCIAS

- Bergman B., Brismar B. y Ruusa J. (1996): Cohabiting relationships and sexual interest of male alcoholics. *J. Addict. Dis.*; 15: 53-63.
- Covington S.S. y Kohen J. (1984): Women, alcohol, and sexuality. *Adv. Alcohol Subst. Abuse*; 4: 41-56.
- Creti L., Fichten C.S., Amsel R., Brender W., Schover L.R., Kalogeropoulos D. y Libman E. (1998): Global sexual functioning: a single summary score for Nowinski

- and LoPiccolo's sexual history form (SHF). En Davis CM, Yarber WL, Bauseman R, Schreer G, Davis SL, editors. *Handbook of sexuality-related measures*. Sage Publications.
- Emanuele M. A. y Emanuele N. (2001): Alcohol and the male reproductive system. *Alcohol Research and Health*, 25: 282-287.
- Fahrner E.M. (1987): Sexual dysfunction in male alcohol addicts: prevalence and treatment. *Arch. Sex. Behav.*, 16: 247-57.
- George W. H. y Stoner S.A. (2000): Understanding acute alcohol effects on sexual behavior. *Annu. Rev. Sex. Res.*, 11: 92-124.
- Jensen S. B. (1979): Sexual customs and dysfunction in alcoholics. *Brit. J. Sex. Med.*, 6: 29-32
- Jensen S. B. (1984): Sexual function and dysfunction in younger married alcoholics. *Acta Psychiatr. Scand.*, 69: 543-549.
- Klassen A. D. y Wilsnack S. C. (1986): Sexual experience and drinking among women in a U.S. national survey. *Arch. Sex. Behav.*, 15: 363-392.
- Mandell W. y Miller C. M. (1983): Male sexual dysfunction as related to alcohol consumption: a pilot study. *Alcohol. Clin. Exp. Res.*, 7: 65-9.
- Morgan M. Y. y Pratt O. E. (1982): Sex and alcohol. *Brit. Med. Bull.*, 38: 43-52.
- Nirenberg T.D.; Liepman M.R.; Bejín A.M.; Doolittle R.H. y Broffman T.E. (1990): The Sexual relationship of male alcoholics and their female partners during of drinking and abstinence. *J. Stud. Alcohol*, 51: 565-568.
- Nowinski J.K. y LoPiccolo J. (1979): Assessing sexual behaviors in couples. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 5: 225-43.
- O'Farrell T.J., Choquette K.A., Cutter H.S. y Birchler G.R. (1997): Sexual satisfaction and dysfunction in marriages of male alcoholics: comparison with nonalcoholic maritally conflicted and nonconflicted couples. *J. Stud. Alcohol.*; 58 :91-99.
- Sadock V.A.: Sexualidad humana normal y disfunciones sexuales. En: Kaplan H.I. y Sadock B.J., *Tratado de Psiquiatría/VI*, sexta edición, vol. 2.; Buenos Aires, Intermédica Editorial, 1997; 1121-1246.
- Schiavi R.C.; Stimmel B.B.; Mandeli J. y White D. (1995): Chronic alcoholism and sexual male sexual function. *Am. J. Psychiatry*, 152: 1045-1051.
- Schover L.R., Friedman J.M., Weiler J., Heiman J.R., y LoPiccolo J. (1982): Multiaxial problem-oriented system for sexual disfunctions: an alternative to DSM-III. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39: 614-9.
- Whalley L.J. (1978): Sexual adjustment of male alcoholics. *Acta Psychiatr. Scand.*, 58: 281-98.