



Consumo de sustancias psicoactivas y disfunción sexual masculina: revisión sistemática

Psychoactive substance use and male sexual dysfunction: a systematic review

Iván Gabriel Tocto Maldonado 
igtcto@utpl.edu.ec

Dayra Joselyne García Mendoza 
djpgarcia18@utpl.edu.ec

Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL). Loja, Ecuador

Recibido: 03 de julio 2026 / Aceptado: 28 de agosto 2026 / Publicado: 22 de septiembre 2026

Resumen

Introducción: El consumo de sustancias psicoactivas representa un desafío para la salud sexual masculina debido a la heterogeneidad de la evidencia disponible sobre su impacto específico. **Objetivo:** Analizar la relación entre dichas sustancias y las disfunciones sexuales en hombres adultos. **Método:** Se llevó a cabo una revisión sistemática siguiendo la guía PRISMA 2020 en las bases PubMed, Scopus y Web of Science, abarcando publicaciones entre 2015 y 2025. Tras aplicar los criterios de elegibilidad, se incluyeron siete estudios cuantitativos que permitieron una síntesis narrativa de los hallazgos. **Resultados:** Los principales hallazgos indicaron que el alcohol se asoció significativamente con disfunción en el 64,1% de los dependientes, mientras que la metanfetamina mostró una prevalencia del 68,1% y correlación negativa con la prolactina. Asimismo, los antidepresivos serotoninérgicos (OR=3,2) y las benzodiacepinas (OR=2,14) aumentaron el riesgo, especialmente con insomnio coexistente, whereas el cannabis no presentó asociación significativa. **Conclusión:** Estos hallazgos sugieren que el deterioro sexual varía según el tipo de sustancia y la severidad del consumo. No obstante, la predominancia de diseños transversales limita la inferencia causal. Por consiguiente, se recomienda integrar la evaluación del consumo en la práctica clínica sexual y promover investigaciones longitudinales en Latinoamérica para comprender mejor los factores culturales y temporales implicados.

Palabras clave: Alcohol; Benzodiacepinas; Cannabis; Metanfetamina; Opioids; Psicofármacos.

Abstract

Introduction: Psychoactive substance use represents a challenge to male sexual health due to the heterogeneity of the available evidence regarding its specific impact. **Objective:** To analyze the relationship between psychoactive substance use and sexual dysfunction in adult men. **Method:** A systematic review was conducted following the PRISMA 2020 guidelines using the PubMed, Scopus, and Web of Science databases, covering publications from 2015 to 2025. After applying the eligibility criteria, seven quantitative studies were included, allowing for a narrative synthesis of the findings. **Results:** The main findings indicated that alcohol use was significantly associated with sexual dysfunction in 64.1% of individuals with alcohol dependence, whereas

methamphetamine use showed a prevalence of 68.1% and a negative correlation with prolactin levels. Likewise, serotonergic antidepressants (OR = 3.2) and benzodiazepines (OR = 2.14) increased the risk, particularly in the presence of co-occurring insomnia, whereas cannabis use showed no significant association. **Conclusion:** These findings suggest that sexual impairment varies according to the type of substance and severity of use. However, the predominance of cross-sectional designs limits causal inference. Therefore, integrating substance use assessment into clinical sexual health practice and promoting longitudinal research in Latin America are recommended to better understand the cultural and temporal factors involved.

Keywords: Alcohol; Benzodiazepines; Cannabis; Methamphetamine; Opioids; Psychotropic Drugs.

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas representa un desafío global para la salud pública debido a sus profundas repercusiones físicas y psicológicas. La [Organización Mundial de la Salud \(s. f.\)](#) define la salud sexual como un componente esencial del bienestar integral humano. Por su parte, el informe de la [United Nations Office on Drugs and Crime \[UNODC\] \(2022\)](#) indica que 284 millones de personas consumieron drogas en 2020. Estos datos reflejan una magnitud considerable que exige atención clínica inmediata. Autores como [Ghosh et al. \(2022\)](#) destacan la necesidad de comprender estas interacciones complejas. La literatura actual subraya la urgencia de abordar este fenómeno desde una perspectiva multidisciplinaria y rigurosa.

La función sexual masculina depende de una interacción precisa entre mecanismos vasculares y neurológicos. [Mazzilli \(2022\)](#) explica que cualquier alteración en estos sistemas compromete la respuesta eréctil adecuada. La [American Psychiatric Association \(2022\)](#) define la disfunción eréctil como una dificultad persistente para mantener la erección.

Este trastorno afecta la autoestima y genera ansiedad de desempeño significativa. [Del Río et al. \(2015\)](#) señalan que el conflicto de pareja suele acompañar estas dificultades sexuales. La calidad de vida disminuye notablemente cuando persisten estos síntomas disruptivos. Los profesionales deben considerar estos factores biopsicosociales durante la evaluación clínica rutinaria.

Las sustancias depresoras intervienen directamente en el sistema nervioso central y alteran la respuesta sexual. [Sarkar et al. \(2024\)](#) reportaron una alta prevalencia de disfunción en hombres con dependencia al alcohol. [Diehl et al. \(2016\)](#) observaron que la severidad del consumo correlaciona con mayores déficits sexuales. El alcohol afecta la producción hormonal y la sensibilidad neural necesaria para la excitación. [Afifi et al. \(2025\)](#) mencionan que los opioides también suprimen la libido mediante cambios endocrinos. [Ben-Sheetrit et al. \(2023\)](#) añaden que ciertos psicofármacos potencian estos efectos negativos. La combinación de estas sustancias agrava el deterioro funcional observado en los pacientes clínicos.

Los estimulantes producen efectos agudos que muchos usuarios perciben como facilitadores sexuales temporales. [Bhambhvani et al. \(2020\)](#) advierten que el uso crónico deriva en alteraciones vasculares permanentes. [Navarrete-Anaya et al. \(2025\)](#) indican que la metanfetamina daña los tejidos eréctiles con el tiempo. La cocaína construye los vasos sanguíneos y limita el flujo necesario para la erección.

En este contexto los autores [Morillo et al. \(2002\)](#) sugieren que la ansiedad inducida por estimulantes bloquea la respuesta natural. [Molina Reino y Tapia Cárdenas \(2020\)](#) enfatizan el riesgo cardiovascular asociado a estos compuestos. La percepción inicial de mejora oculta un daño progresivo que requiere intervención temprana.

América Latina enfrenta desafíos específicos relacionados con la disponibilidad de sustancias y normas sociales. El estudio DENSA reveló una prevalencia del 53,4% de disfunción eréctil en la región ([Morillo et al., 2002](#)). Investigaciones en Cuenca confirman tasas similares del 53,5% en poblaciones locales ([Molina Reino & Tapia Cárdenas, 2020](#)). La limitada educación sexual incrementa la vulnerabilidad de los hombres adultos ante estos trastornos. [Diehl et al. \(2016\)](#) destacan el policonsumo como factor agravante en contextos latinoamericanos. [Del Río et al. \(2015\)](#) señalan la falta de servicios especializados en salud sexual masculina. Estos datos regionales justifican la necesidad de estudios locales que consideren variables culturales propias.

La evidencia científica actual presenta resultados heterogéneos respecto al impacto específico de cada sustancia. [Ghosh et al. \(2022\)](#) identificaron inconsistencias metodológicas en la mayoría de los estudios publicados recientemente. [Page et al. \(2021\)](#) recomiendan seguir protocolos estrictos como PRISMA para mejorar la calidad de las revisiones.

La ausencia de diseños longitudinales limita la comprensión de la temporalidad de estos efectos adversos. [Mazzilli \(2022\)](#) critica la falta de estandarización en los instrumentos de evaluación sexual utilizados. [Ben-Sheetrit et al. \(2023\)](#) proponen controlar variables confusoras como la depresión subyacente. Esta dispersión informativa dificulta la formulación de guías clínicas precisas para los profesionales de la salud.

Esta revisión busca aclarar la relación entre el consumo de sustancias y la disfunción sexual masculina, en este sentido se planteó la siguiente interrogante para guiar la revisión, ¿Qué evidencia existe sobre esta asociación en hombres adultos según la literatura reciente? El objetivo principal consiste en identificar los tipos de sustancias estudiadas y la magnitud de sus efectos. Se pretende analizar las limitaciones metodológicas de los trabajos disponibles hasta la fecha. La pregunta orientadora guía la selección crítica de los estudios cuantitativos relevantes. Este análisis permitirá proponer líneas futuras de investigación más rigurosas y representativas. Los hallazgos contribuirán a mejorar las estrategias de prevención e intervención clínica en la región.

Método

Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica para sintetizar la evidencia disponible sobre la asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la disfunción sexual masculina. El reporte del proceso de identificación, selección y extracción de datos siguió los lineamientos de la declaración PRISMA 2020 (Page et al., 2021). Aunque no se registró un protocolo previo en plataformas como PROSPERO, los autores definieron a priori los criterios de elegibilidad y la estrategia de búsqueda para garantizar la transparencia y reproducibilidad del estudio.

La búsqueda bibliográfica se realizó en tres bases de datos electrónicas de alto impacto: PubMed, Scopus y Web of Science. El periodo de cobertura abarcó desde enero de 2015 hasta diciembre de 2025, con el fin de capturar la evidencia más reciente. La estrategia de búsqueda combinó términos controlados (MeSH en PubMed) y palabras clave libres agrupadas en tres bloques conceptuales: (1) población (men, male, adult), (2) exposición (substance use, psychoactive drugs, alcohol, methamphetamine) y (3) desenlace (sexual dysfunction, erectile dysfunction). Se utilizaron los operadores booleanos AND y OR para conectar los conceptos. La última fecha de búsqueda fue el 15 de enero de 2026.

Se incluyeron estudios cuantitativos originales (transversales, cohortes, casos y controles o experimentales) que cumplieran con los siguientes criterios: (a) participantes varones adultos (18–75 años); (b) evaluación del consumo de alcohol, opioides, estimulantes, cannabis o psicofármacos; (c) medición de la función sexual mediante instrumentos validados (IIEF-5) o criterios clínicos estandarizados; y (d) publicación en español o inglés. Se excluyeron revisiones narrativas, metaanálisis, estudios de caso único, investigaciones con muestras mixtas sin desglose por sexo, y aquellos donde la disfunción sexual se atribuía exclusivamente a patologías orgánicas graves (diabetes descompensada, daño neurológico severo) sin control estadístico del consumo de sustancias.

Selección de Estudios y Extracción de Datos: Dos revisores independientes examinaron los títulos y resúmenes para descartar registros irrelevantes. Posteriormente, evaluaron el texto completo de los artículos potencialmente elegibles. Las discrepancias se resolvieron mediante consenso o consulta con un tercer revisor. Se diseñó una tabla de extracción de datos estandarizada que recopiló: autor principal, año de publicación, país, diseño metodológico, tamaño muestral, tipo de sustancia evaluada, instrumento de medición sexual y hallazgos principales (medidas de asociación como OR, prevalencias o correlaciones).

Evaluación de la Calidad y Riesgo de Sesgo: Dada la heterogeneidad de los diseños incluidos, se aplicó una evaluación crítica narrativa basada en los dominios de la herramienta Newcastle-Ottawa Scale (NOS) adaptada para estudios observacionales. Se examinaron tres aspectos fundamentales: (1) la representatividad y tamaño de la muestra expuesta; (2) la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados para medir

la disfunción sexual; y (3) el control de factores de confusión clave (edad, comorbilidades psiquiátricas y policonsumo). Cada estudio se clasificó descriptivamente según su rigor metodológico para contextualizar la fuerza de la evidencia presentada.

La búsqueda inicial identificó 131 registros en las bases de datos consultadas. Tras eliminar 21 duplicados, se cribaron 110 títulos y resúmenes, de los cuales se excluyeron 86 por no cumplir con los criterios de elegibilidad. La evaluación a texto completo de los 24 artículos restantes permitió descartar 17 estudios debido a población mixta sin desagregación masculina, ausencia de instrumentos validados de función sexual o falta de análisis específico sobre sustancias psicoactivas. Finalmente, siete investigaciones cumplieron todos los requisitos de inclusión y conformaron la muestra analizada. El diagrama de flujo PRISMA 2020 (Figura 1) ilustra este proceso de selección.

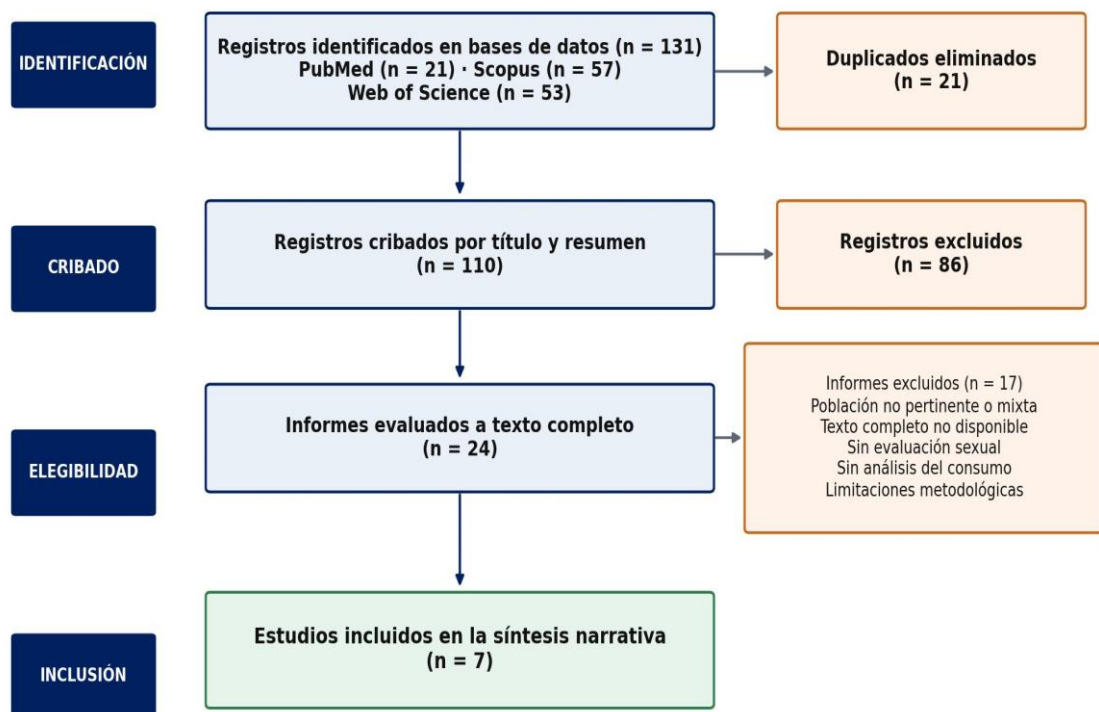


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección según PRISMA 2020

Resultados

Debido a la variabilidad en las sustancias evaluadas, los instrumentos de medición y los diseños metodológicos, no fue viable realizar un metaanálisis cuantitativo. Por lo tanto, se llevó a cabo una síntesis narrativa estructurada por tipo de sustancia (depresoras, estimulantes, cannabis y psicofármacos). Esta aproximación permitió comparar la magnitud de las asociaciones reportadas y discutir las posibles vías fisiopatológicas implicadas, manteniendo una interpretación cautelosa debido a la predominancia de diseños transversales en la literatura seleccionada.

Los estudios incluidos se publicaron entre 2015 y 2025 y procedieron de Arabia Saudita, México, India, Israel, Estados Unidos, Brasil y España. Seis correspondieron a diseños transversales u observacionales y uno a una cohorte retrospectiva. El tamaño muestral osciló entre 124 y 12.302 participantes. La disfunción eréctil constituyó el desenlace evaluado con mayor frecuencia y el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-5) fue el instrumento de medición predominante. La Tabla 1 resume las características metodológicas y los hallazgos principales de cada investigación.

El alcohol mostró la asociación más consistente con el deterioro sexual. [Sarkar et al. \(2024\)](#) reportaron disfunción sexual en el 64,1% de hombres con dependencia alcohólica frente al 6,25% del grupo control ($p < 0,001$). [Diehl et al. \(2016\)](#) confirmaron que la severidad del consumo se vinculaba significativamente con alteraciones sexuales ($p \leq 0,005$), aunque el policonsumo dificultó aislar el efecto exclusivo del etanol. [Del Río et al. \(2015\)](#) observaron mayor afectación eréctil en consumidores de depresores como alcohol y heroína (36,69%) comparado con controles (15,85%; $p < 0,01$).

Tabla 1. Características y hallazgos de los estudios incluidos

ID	Estudio / país	Diseño y muestra	Sustancia	Resultado principal	Consideración metodológica
1	Afifi et al. (2025) Arabia Saudita	Transversal comparativo; n = 124; 18–65 años	Metanfetamina	Disfunción eréctil: 68,1% en consumidores frente a 34,6% en controles (p	Asociación compatible con una vía hormonal; el diseño transversal impide establecer causalidad.
2	Navarrete-Anaya et al. (2025) México	Transversal; n = 183 hombres; 40–70 años	Benzodiacepinas	Mayor riesgo de disfunción eréctil (OR ajustado = 2,14; IC 95%: 1,10–4,15; $p = 0,025$). Con insomnio: OR = 3,96.	Evaluación mediante IIEF-5; posible confusión por insomnio, edad y comorbilidades.
3	Sarkar et al. (2024) India	Transversal comparativo; n = 128; 21–50 años	Alcohol	Disfunción sexual: 64,1% en dependencia al alcohol frente a 6,25% en controles (p	IIEF-5; asociación con ajuste marital y calidad de vida, sin inferencia causal.
4	Ben-Sheetrit et al. (2023) Israel	Cohorte retrospectiva; n = 12.302; 21–49 años	Antidepresivos serotoninérgicos	Mayor riesgo de disfunción eréctil (OR ajustado = 3,2; IC 95%: 2,3–4,4; p	Gran muestra; datos retrospectivos y posible confusión por indicación clínica.
5	Bhambhvani et al. (2020) Estados Unidos	Observacional transversal; n = 325; 18–50 años	Cannabis	No se observó asociación significativa con disfunción eréctil ($p = 0,068$).	Autorreporte y selección de participantes; las diferencias favorables tuvieron relevancia clínica limitada.

6	Diehl et al. (2016) Brasil	Transversal; n = 508; 18–75 años	Alcohol, tabaco, crack y otras drogas	La severidad del consumo se asoció con disfunciones sexuales ($p \leq 0,005$); predominó la eyaculación precoz.	Policonsumo y heterogeneidad de sustancias dificultan atribuir el efecto a una exposición específica.
7	Del Río et al. (2015) España	Transversal; n = 1.007; 18–61 años	Cocaína, alcohol, heroína y cannabis	Disfunción eréctil: 36,69% en consumidores frente a 15,85% en controles (p	Comparación entre grupos de sustancias; persisten factores psicológicos y contextuales no controlados.

Nota. IIEF-5 = Índice Internacional de Función Eréctil; OR = razón de momios; IC 95% = intervalo de confianza del 95%.

Respecto a los estimulantes, Afifi et al. (2025) encontraron disfunción eréctil en el 68,1% de usuarios dependientes de metanfetamina versus 34,6% en controles ($p < 0,001$). Este estudio también documentó una correlación negativa entre prolactina sérica y función eréctil ($\rho = -0,286$; $p = 0,017$). En contraste, Bhambhvani et al. (2020) no hallaron asociación significativa entre el consumo de cannabis y disfunción eréctil ($p = 0,068$), aunque reconocieron limitaciones en la medición de dosis y composición de la sustancia.

En cuanto a psicofármacos, Ben-Sheetrit et al. (2023) identificaron un riesgo elevado de disfunción eréctil en usuarios de antidepresivos serotoninérgicos (OR ajustado = 3,2; IC 95%: 2,3–4,4). Navarrete-Anaya et al. (2025) reportaron que las benzodiacepinas aumentaban el riesgo (OR ajustado = 2,14; IC 95%: 1,10–4,15) y que la coexistencia de insomnio potenciaba esta asociación (OR = 3,96; IC 95%: 1,51–10,40). Estos hallazgos subrayan la necesidad de considerar simultáneamente la medicación, los síntomas psiquiátricos de base y la calidad del sueño en la evaluación clínica.

Discusión

Los siete estudios incluidos se publicaron entre 2015 y 2025 y procedieron de Arabia Saudita, México, India, Israel, Estados Unidos, Brasil y España. Seis correspondieron a diseños transversales u observacionales y uno a una cohorte retrospectiva. El tamaño muestral osciló entre 124 y 12.302 participantes. La disfunción eréctil constituyó el desenlace evaluado con mayor frecuencia y el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-5) fue el instrumento de medición predominante. Esta distribución ofrece diversidad geográfica, pero la predominancia de diseños no experimentales limita la atribución causal directa. La Tabla 1 resume las características metodológicas y los hallazgos principales de cada investigación seleccionada para esta revisión sistemática actual.

La asociación más consistente se observó para las sustancias depresoras como el alcohol y los opioides. Sarkar et al. (2024) informaron disfunción sexual en el 64,1% de los

hombres con dependencia alcohólica frente al 6,25% de los controles ($p < 0,001$). Diehl et al. (2016) también hallaron que la severidad del consumo se asociaba significativamente con disfunciones sexuales ($p \leq 0,005$), aunque el policonsumo impide aislar el efecto exclusivo del etanol. Del Río et al. (2015) observaron mayor afectación eréctil en consumidores de depresores comparado con controles. Estos hallazgos respaldan la exploración rutinaria del patrón de consumo en la práctica clínica habitual.

Respecto a los estimulantes, Afifi et al. (2025) encontraron disfunción eréctil en el 68,1% de usuarios dependientes de metanfetamina versus 34,6% en controles ($p < 0,001$). Este estudio documentó una correlación negativa entre prolactina sérica y función eréctil ($p = -0,286$; $p = 0,017$). En contraste, Bhambhvani et al. (2020) no hallaron asociación significativa entre el consumo de cannabis y disfunción eréctil ($p = 0,068$). La aparente diferencia entre efectos agudos y crónicos ayuda a comprender resultados variables en la literatura. Los datos disponibles no permiten establecer umbrales de dosis ni trayectorias temporales precisas actualmente.

En cuanto a psicofármacos, Ben-Sheetrit et al. (2023) identificaron un riesgo elevado de disfunción eréctil en usuarios de antidepresivos serotoninérgicos (OR ajustado = 3,2; IC 95%: 2,3–4,4). Navarrete-Anaya et al. (2025) reportaron que las benzodiacepinas aumentaban el riesgo (OR ajustado = 2,14; IC 95%: 1,10–4,15) y que la coexistencia de insomnio potenciaba esta asociación. La depresión y la ansiedad pueden afectar por sí mismas la función sexual, lo que genera confusión por indicación clínica. La evaluación debe distinguir entre efectos adversos farmacológicos, síntomas residuales del trastorno mental y factores relacionales o contextuales presentes en la consulta.

Los resultados son congruentes con la revisión de alcance de Ghosh et al. (2022), que reunió 65 artículos sobre disfunción sexual en adultos con trastornos por consumo de sustancias. En ambos trabajos, la disfunción eréctil fue la alteración más estudiada y el alcohol concentró una parte importante de la evidencia. Ghosh et al. también identificaron gran heterogeneidad de instrumentos y baja calidad global de la evidencia disponible. La presente revisión aporta un recorte más reciente y específico para hombres, pero su inclusión de solo siete estudios reduce la amplitud de la síntesis. Esto exige interpretar los hallazgos con mayor cautela metodológica y prudencia científica absoluta.

La evidencia sobre el cannabis presenta un perfil incierto que requiere análisis detallado y riguroso por parte de la comunidad científica actual. Bhambhvani et al. (2020) no hallaron asociación significativa con disfunción eréctil, aunque reconocieron limitaciones metodológicas importantes en su diseño transversal específico. Este resultado negativo no implica seguridad absoluta ni efecto protector demostrado científicamente en poblaciones diversas. La variabilidad extrema en la composición química de las cepas disponibles complica cualquier generalización prematura sobre sus efectos reales en la población masculina adulta. Los profesionales deben mantener

cautela interpretativa hasta disponer de datos más robustos y controlados experimentalmente en futuros estudios longitudinales específicos que aclaren estas dudas persistentes.

Los efectos bifásicos del tetrahidrocannabinol explican parcialmente esta inconsistencia observada en estudios recientes de alta calidad metodológica publicada. Dosis bajas pueden producir estimulación leve mientras cantidades altas generan sedación profunda y ansiedad paradójica inesperada para el usuario común. [Mazzilli \(2022\)](#) destaca que la respuesta individual depende de tolerancia previa y contexto de consumo específico siempre presente en la historia clínica. Esta dualidad funcional dificulta establecer patrones lineales claros entre frecuencia de uso y deterioro funcional sexual masculino observado clínicamente en consultas especializadas de salud mental y urología actuales que buscan precisión diagnóstica absoluta en sus evaluaciones rutinarias.

La proporción exacta entre cannabidiol y tetrahidrocannabinol determina gran parte del impacto fisiológico real observado en los pacientes evaluados recientemente a nivel global. El cannabidiol posee propiedades ansiolíticas documentadas que podrían contrarrestar efectos negativos del tetrahidrocannabinol sobre la excitación sexual natural del hombre adulto. [Ghosh et al. \(2022\)](#) señalan que la mayoría de estudios no diferencian estas variantes químicas fundamentales en sus análisis estadísticos preliminares realizados hasta la fecha. Esta omisión metodológica limita severamente la capacidad para extraer conclusiones precisas sobre mecanismos de acción específicos involucrados en la respuesta sexual humana masculina actual que requiere mayor detalle técnico en futuras investigaciones.

La vía de administración modifica significativamente la biodisponibilidad y velocidad de aparición de efectos psicoactivos sistémicos en el organismo humano sano o enfermo. La inhalación produce picos rápidos mientras la ingestión oral genera liberación sostenida pero impredecible farmacocinéticamente según cada metabolismo individual particular. [Del Río et al. \(2015\)](#) advierten que el policonsumo frecuente confunde aún más estos perfiles farmacocinéticos variables entre sujetos de diferentes contextos sociales y económicos. Los clínicos deben indagar específicamente sobre método de consumo durante la evaluación inicial rutinaria realizada en consulta privada para obtener datos precisos que guíen el tratamiento adecuado siempre aplicado con rigor ético.

Las expectativas culturales y sociales moldean la percepción subjetiva del desempeño sexual experimentado por los usuarios de manera determinante en su bienestar emocional general. En contextos donde el cannabis se normaliza como afrodisíaco popular, los usuarios reportan menor insatisfacción independientemente de función objetiva medida con instrumentos validados internacionalmente. [Molina Reino y Tapia Cárdenas \(2020\)](#) observan que factores psicosociales influyen notablemente en la

autoevaluación de problemas sexuales masculinos en nuestra región latinoamericana específica. Esta variable psicológica debe considerarse siempre junto a indicadores biomédicos objetivos disponibles actualmente en la práctica clínica diaria para una comprensión integral del caso presentado por el paciente.

El sistema endocannabinoide regula procesos clave relacionados con la libido y respuesta vascular genital masculina mediante mecanismos complejos aún no totalmente elucidados. La activación crónica de receptores CB1 puede alterar la señalización dopaminérgica necesaria para la motivación sexual adecuada siempre presente en el deseo humano. Afifi et al. (2025) sugieren que cambios neuroadaptativos podrían explicar diferencias individuales marcadas en sensibilidad a efectos adversos potenciales de estas sustancias. Se requieren investigaciones neurobiológicas específicas para aclarar estos mecanismos complejos completamente desconocidos hasta la fecha actual en la literatura científica especializada en salud sexual masculina y adicciones comportamentales graves.

La calidad del sueño constituye un mediador crucial frecuentemente ignorado en investigaciones previas existentes mundialmente sobre salud sexual y consumo de drogas. Navarrete-Anaya et al. (2025) demostraron que el insomnio potencia riesgos asociados a psicofármacos y probablemente también a cannabinoides sintéticos de nueva generación. El cannabis altera arquitectura del sueño REM esencial para recuperación hormonal nocturna óptima del organismo humano adulto sano. Evaluar hábitos de descanso permite identificar vías indirectas mediante las cuales esta sustancia afecta indirectamente la salud sexual integral masculina. Los profesionales deben incluir preguntas sobre higiene del sueño en sus protocolos de evaluación clínica rutinaria actual.

El policonsumo representa la norma más que la excepción en poblaciones clínicas reales atendidas diariamente en centros de salud mental. Diehl et al. (2016) enfatizan que aislar efectos exclusivos del cannabis resulta prácticamente imposible cuando existe uso concurrente de alcohol o tabaco habitual. Esta interacción sinérgica amplifica daños vasculares y neurológicos acumulativos progresivamente con el tiempo de exposición a las sustancias. Los protocolos de evaluación deben registrar exhaustivamente todas las sustancias consumidas simultáneamente para evitar atribuciones erróneas simplistas peligrosas para el paciente. Esta precisión diagnóstica mejora la eficacia de las intervenciones terapéuticas multidisciplinarias implementadas en la práctica clínica contemporánea.

La duración del consumo establece diferencias críticas entre efectos agudos reversibles y daños estructurales permanentes graves en el sistema sexual. Bhambhani et al. (2020) incluyeron principalmente usuarios ocasionales cuyas trayectorias difieren radicalmente de dependientes crónicos severos estudiados en otros contextos clínicos. Sarkar et al. (2024) muestran cómo años de exposición continua correlacionan con

deterioro funcional mucho más pronunciado e irreversible tras el abandono del hábito. Distinguir estos perfiles temporales resulta esencial para pronosticar recuperación potencial tras intervención terapéutica oportuna adecuada implementada correctamente por especialistas en salud sexual y adicciones conductuales complejas.

Las implicaciones clínicas exigen integración sistemática de preguntas sobre consumo en anamnesis sexual rutinaria obligatoria para todo profesional de la salud mental. Psicólogos deben preguntar directamente, pero sin juicio moral: ¿consume alguna sustancia regularmente? ¿Nota cambios en su respuesta sexual desde que inició ese consumo habitual?. [Ben-Sheetrit et al. \(2023\)](#) recomiendan usar escalas visuales simples para cuantificar percepciones subjetivas de cambio funcional percibido por el paciente consultante voluntariamente en cada sesión terapéutica realizada profesionalmente. Esta apertura comunicativa facilita la detección temprana de problemas asociados al uso de sustancias psicoactivas en la población masculina adulta.

Un algoritmo práctico incluye tres pasos fundamentales aplicables inmediatamente en consulta privada actual eficiente y basada en evidencia científica sólida. Primero, evaluar función sexual basal mediante IIEF-5 estandarizado validado internacionalmente ampliamente aceptado por la comunidad urológica global. Segundo, registrar patrón detallado de consumo incluyendo frecuencia cantidad y vía administración específica utilizada habitualmente por el paciente evaluado cuidadosamente durante sesión inicial completa realizada profesionalmente siempre con ética y rigor científico absoluto. Este registro detallado permite establecer líneas base claras para monitorear cambios futuros tras intervenciones terapéuticas específicas diseñadas para cada caso particular.

Tercero, monitorear cambios tras reducción o abstinencia supervisada médicamente cuando sea pertinente clínicamente indicado por el equipo tratante. [Ghosh et al. \(2022\)](#) destacan que mejora espontánea tras cesación confirma relación causal probable fuerte evidente claramente observable en la evolución del paciente. Esta aproximación pragmática empodera a profesionales latinoamericanos para intervenir efectivamente incluso ante evidencia científica limitada disponible actualmente regionalmente hablando específicamente en nuestro contexto local particular determinado geográficamente ubicado así mismo culturalmente definido precisamente ahora en la práctica clínica diaria de nuestros servicios de salud pública y privada.

Conclusión

La evidencia revisada muestra una asociación entre determinadas sustancias psicoactivas y el deterioro de la función sexual masculina. Los hallazgos fueron más consistentes para alcohol y heroína, y también señalaron mayor riesgo con metanfetamina, antidepresivos serotoninérgicos y benzodiazepinas. En contraste, el estudio disponible sobre cannabis no identificó una asociación significativa con

disfunción eréctil, resultado que no permite afirmar ausencia de riesgo ni un efecto beneficioso.

La magnitud y la dirección de la relación varían según la sustancia, la severidad del consumo y las características clínicas. Debido al predominio de diseños transversales, no puede establecerse causalidad. La práctica clínica debe incorporar preguntas sensibles y no estigmatizantes sobre consumo y salud sexual, emplear instrumentos validados y considerar factores médicos, psicológicos y relacionales. La producción de evidencia longitudinal y culturalmente pertinente constituye una prioridad para orientar la prevención, la evaluación y la intervención en contextos latinoamericanos.

Acerca de

Contribución de los autores: Los autores contribuyeron a la conceptualización del estudio, al desarrollo metodológico, al análisis e interpretación de los datos, a la redacción del manuscrito y a la revisión crítica de su contenido intelectual.

Financiamiento: Los autores declaran que no recibieron financiamiento para esta investigación.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

Objetos de ciencia abierta: <https://doi.org/10.33996/repsi.v9i25.245>

Cómo citar: Tocto Maldonado, I. G., & García Mendoza, D. J. (2026). Consumo de sustancias psicoactivas y disfunción sexual masculina: revisión sistemática. *REPSI, Revista Ecuatoriana De Psicología*, 9(25), 1-14. <https://doi.org/10.33996/repsi.v9i25.245>

Referencias

- Afifi, S. Y., Fekry, M., Almaghrabi, A. M., & Ali, M. I. (2025). Sexual dysfunction and serum prolactin level in a sample of patients with methamphetamine dependence in Eastern Province in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Middle East Current Psychiatry*, 32, 29. <https://doi.org/10.1186/s43045-025-00524-y>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Ben-Sheetrit, J., Hermon, Y., Birkenfeld, S., Gutman, Y., Csoka, A. B., & Toren, P. (2023). Estimating the risk of irreversible post-SSRI sexual dysfunction (PSSD) due to serotonergic antidepressants. *Annals of General Psychiatry*, 22, 15. <https://doi.org/10.1186/s12991-023-00447-0>
- Bhambhani, H. P., Kasman, A. M., Wilson-King, G., & Eisenberg, M. L. (2020). A survey exploring the relationship between cannabis use characteristics and sexual function in men. *Sexual Medicine*, 8(3), 436–445. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.06.002>

- Del Río, F. J., Cabello, F., & Fernández, I. (2015). Influence of substance use on the erectile response in a sample of drug users. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(1), 37–43. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.10.002>
- Diehl, A., Pillon, S. C., dos Santos, M. A., Rassool, G. H., & Laranjeira, R. (2016). Sexual dysfunction and sexual behaviors in a sample of Brazilian male substance misusers. *American Journal of Men's Health*, 10(5), 418–427. <https://doi.org/10.1177/1557988315569298>
- Ghosh, A., Kathiravan, S., Sharma, K., & Mattoo, S. K. (2022). A scoping review of the prevalence and correlates of sexual dysfunction in adults with substance use disorders. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(2), 216–233. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.11.018>
- Mazzilli, F. (2022). Erectile dysfunction: Causes, diagnosis and treatment: An update. *Journal of Clinical Medicine*, 11(21), 6429. <https://doi.org/10.3390/jcm11216429>
- Molina Reino, D. M., & Tapia Cárdenas, J. P. (2020). Prevalencia y caracterización de disfunciones sexuales masculinas en el personal de la Unidad académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, año 2019. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 38(1), 53–63. <https://doi.org/10.18537/rfcm.38.01.08>
- Morillo, L. E., Díaz, J., Estevez, E., Costa, A., Méndez, H., Dávila, H., Medero, N., Rodriguez, N., Chaves, M., Vinuesa, R., Ortiz, J. A., & Glasser, D. B. (2002). Prevalence of erectile dysfunction in Colombia, Ecuador, and Venezuela: A population-based study (DENSE). *International Journal of Impotence Research*, 14(Suppl. 2), S10–S18. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3900893>
- Navarrete-Anaya, V., Delgado-Enciso, I., Hernández-Fuentes, G. A., Diaz-Martinez, J., Delgado-Enciso, O. G., Sánchez-Arizmendi, A., Figueroa-Gutiérrez, A., Aguilar-Cota, J., Venegas-Ramírez, J., Calvo-Soto, P., Carrasco-Peña, K. B., Fuentes-Murguía, M., Ríos-Silva, M., & Guzmán-Esquivel, J. (2025). Insomnia and benzodiazepine use as risk factors for erectile dysfunction: Clinical evidence and in silico analysis of physicochemical properties. *Journal of Clinical Medicine*, 14(19), 6951. <https://doi.org/10.3390/jcm14196951>
- Organización Mundial de la Salud. (s. f.). Salud sexual. <https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Sarkar, B., Ali, A., & Paul, F. A. (2024). Sexual dysfunction, marital adjustment, and quality of life among male persons with alcohol dependence syndrome attending tertiary healthcare institution in Northeast India: A cross-sectional study. *Journal of Psychosexual Health*, 6(2), 163–170. <https://doi.org/10.1177/26318318241276993>

United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2022). *World drug report 2022*.
https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_1_spanish.pdf



Este artículo está bajo la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).