

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**DISFUNCIÓN SEXUAL ASOCIADA A TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO**

RENÉ ALEJANDRO LÓPEZ VILLATORO

Tesis

Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría  
Para obtener el grado de  
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría  
Marzo 2,020



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas

## Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.023.2020

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): René Alejandro López Villatoro

Registro Académico No.: 200610039

No. de CUI : 2552854500101

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Psiquiatría**, el trabajo de TESIS **DISFUNCIÓN SEXUAL ASOCIADA A TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO**

Que fue asesorado por: Dr. Carlos Brenner Santizo

Y revisado por: Dra. Gloria Verónica Ocampo Antillón MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **marzo 2020**

Guatemala, 28 de enero de 2020



**Dr. Rigoberto Velásquez Paz, MSc.**  
Director  
Escuela de Estudios de Postgrado



**Dr. José Arnoldo Sáenz Morales, MA.**  
Coordinador General\*  
Programa de Maestrías y Especialidades

/emxc

Ciudad de Guatemala, 26 de septiembre de 2,018

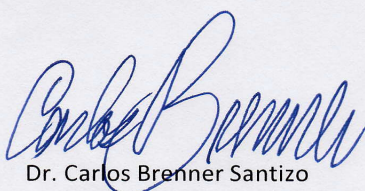
Doctor  
Emigdio Enrique Mendoza Gaitán  
Docente Responsable  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría  
Centro de Atención Integral de Salud Mental  
Presente

Respetable Dr.

Por este medio informo que he **asesorado** a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor **René Alejandro López Villatoro**, carné **200610039** de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, el cual se titula **“Disfunción Sexual Asociada a Tratamiento Antidepresivo”**.

Luego de la asesoría, hago constar que el Dr. López Villatoro, ha concluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad De Tesis De La Unidad De Estudios De Posgrado De La Facultad De Ciencias Médicas.

Atentamente



Dr. Carlos Brenner Santizo

Asesor de Tesis

**Carlos Brenner S.**

MEDICO Y CIRUJANO  
Colegiado 6262

Ciudad de Guatemala, 26 de septiembre de 2,018

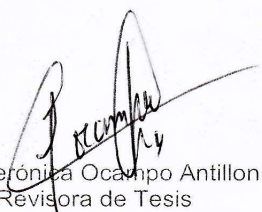
Doctor  
Emigdio Enrique Mendoza Gaitán  
Docente Responsable  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría  
Centro de Atención Integral de Salud Mental  
Presente

Respetable Dr.

Por este medio informo que he **revisado** a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor **René Alejandro López Villatoro**, carné **200610039** de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, el cual se titula "**Disfunción Sexual Asociada a Tratamiento Antidepresivo**".

Luego de la revisión, hago constar que el Dr. López Villatoro, ha concluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad De Tesis De La Unidad De Estudios De Posgrado De La Facultad De Ciencias Médicas.

Atentamente



Dr. Gloria Verónica Ocampo Antillon MSc.  
Revisora de Tesis

Dra. Gloria Ocampo  
Ginecóloga y Obstetra  
Col. No. 10.453



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

A: **Dr. Emigdio Enrique Mendoza Gaitán**  
Docente Responsable  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

De: Dra. María Victoria Pimentel Moreno  
Unidad de Tesis

Fecha Recepción: 26 de septiembre 2018

Fecha de dictamen: 04 de marzo 2019

Asunto: Revisión de Informe Examen Privado  
**RENÉ ALEJANDRO LÓPEZ VILLATORO**

## “DISFUNCIÓN SEXUAL ASOCIADA A TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO”

Sugerencias de la Revisión: **Autorizar examen privado.**

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

**Dra. María Victoria Pimentel Moreno, MSc.**  
Unidad de Apoyo Técnico de Investigación de Tesis  
Escuela de Estudios de Postgrado



Cc. Archivo  
MVPM/karin

---

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala  
Tels. 2251-5400 / 2251-5409  
Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

## INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
2.1 Antidepresivos con acción dual sobre la serotonina y noradrenalina	8
2.2 Antidepresivos tricíclicos	8
2.3 Enfermedades médicas que causan disfunción sexual	11
III. OBJETIVOS	12
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	13
4.1 Tipo de estudio	13
4.2 Población	13
4.3 Selección y tamaño de la muestra	13
4.4 Unidad de Análisis	13
4.5 Criterios	14
4.6 Variables estudiadas	14
4.7 Operacionalización de las variables	14
4.8 Instrumentos utilizados para la recolección de información	16
4.9 Procedimiento para la recolección de información	17
4.10 Procedimientos de análisis de la información	18
4.11 Procedimiento para garantizar aspectos éticos de la investigación	19
V. RESULTADOS	20
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	25
6.1 Conclusiones	28
6.2 Recomendaciones	29
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
VIII. ANEXOS	33

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características epidemiológicas	20
Tabla 2. Nivel de disfunción sexual con tratamiento psicofarmacológico	21
Tabla 3. Tolerancia de los cambios en la disfunción sexual con tratamiento psicofarmacológico	22
Tabla 4. Características epidemiológicas relacionadas a disfunción sexual con tratamiento antidepresivo	23
Tabla 5. Disfunción sexual asociada a tratamiento antidepresivo a los tres meses	23
Tabla 6. Disfunción sexual asociada a tratamiento antidepresivo a los seis meses	24

## RESUMEN

López Villatoro, René Alejandro

Médico y Cirujano

Centro de Atención Integral de Salud Mental

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Contacto: Teléfono +502 40157174 Email: rene\_lopez19@hotmail.com

Autor: René Alejandro López Villatoro, Centro de Atención Integral de Salud Mental, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

**Título: “Disfunción Sexual Asociada a Tratamiento Antidepresivo en Pacientes del Centro de Atención Integral de Salud Mental del IGSS”**

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. En el presente estudio se evaluó el riesgo de disfunción sexual asociado a tratamiento antidepresivo en pacientes con trastornos depresivos y ansiosos. Se llevó a cabo un estudio analítico longitudinal que incluyó a 70 pacientes que asistieron al Centro de Atención Integral de Salud Mental del IGSS durante el año 2,017. La muestra fue no probabilística por conveniencia para identificar pacientes con diagnósticos de trastornos depresivos y ansiosos con tratamiento antidepresivo. Se administró el cuestionario de Experiencia Sexual de Arizona y el test de disfunción sexual secundaria al tratamiento con psicofármacos. Se calculó la asociación entre las variables por riesgo relativo con nivel de confianza del 95%. El riesgo de disfunción sexual asociada a tratamiento antidepresivo a los tres meses presentó una asociación con clomipramina estadísticamente significativo (RR 1.78, 1.12-2.83, p 0.0151), con venlafaxina (RR 1.56, 0.79-3.08, p 0.1971), y escitalopram (RR 1.44, 0.84-2.50, p 0.1879), a los seis meses presentó una asociación con clomipramina estadísticamente significativo (RR 1.94, 1.36-2.78, p 0.0003), con venlafaxina (RR 1.81, 1.14-2.89, p 0.0126), y escitalopram (RR 1.53, 0.95-2.46, p 0.0818). Las características demográficas de mayor riesgo fueron sexo femenino, edades de 31 a 40 años y estado civil casados. El antidepresivo con mayores efectos de disfunción sexual fue la clomipramina, seguida de la venlafaxina y escitalopram.

**Palabras clave:** disfunción sexual, antidepresivo, trastornos depresivos y ansiosos

## I. INTRODUCCIÓN

La sexualidad humana integrada por el cuerpo y la mente, un ente de energía como tal, constituye una de las fuerzas más poderosas de interacción entre las personas (1). La interrelación entre enfermedad mental y disfunción sexual no es un tema nuevo (2). Estudios en distintos países utilizando muestras de población general y muestras clínicas han puesto de manifiesto que la mayoría de los hombres y mujeres consideran de gran importancia el bienestar sexual. En una encuesta realizada en los Estados Unidos, el 91% de los hombres casados y el 84% de las mujeres casadas evaluaban como importante el tener una vida sexual satisfactoria (3). El tratamiento de los trastornos depresivos, al ser fenómenos complejos, debe integrar diversas técnicas. La terapia combinada psicofarmacológica-psicoterapéutica ha demostrado mayor eficacia que cada una de ellas por separado. La elección de las técnicas de tratamiento (farmacológicas, psicoterapéuticas o ambas), debe basarse en un diagnóstico adecuado y en criterios técnicos. Es imprescindible que el terapeuta suministre una información básica del trastorno, del tratamiento y del pronóstico a la persona deprimida y a los familiares (4).

En Guatemala existe una prevalencia de 6.4% de trastorno depresivo y se estima una adherencia al tratamiento antidepresivo entre 60-80% (5). Según la Organización Mundial de la Salud, las disfunciones sexuales constituyen uno de los problemas más importantes que afectan a la salud sexual. Suponen una alteración del proceso del ciclo que caracteriza la respuesta sexual humana o la presencia de dolor durante las relaciones sexuales, viéndose afectado el deseo, la excitación, el orgasmo o la satisfacción sexual. Se estima que un 40-45% de las mujeres y un 20-30% de los hombres presentan algún tipo de disfunción sexual, respectivamente, siendo las más frecuentes la eyaculación precoz y los problemas de erección en ellos, y la inhibición del deseo y los problemas de excitación y orgasmo en ellas (6).

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 800,000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (7).

En el Centro de Atención Integral de Salud Mental se da tratamiento a una variedad de trastornos psiquiátricos, los más comunes son los trastornos depresivos que incluyen trastorno de depresión grave sin síntomas psicóticos, trastorno de depresión grave con síntomas psicóticos, trastorno de depresión moderado, trastorno de depresión leve, trastorno distímico, trastorno depresivo recurrente y dentro de los trastornos de ansiedad, incluye el trastorno de ansiedad generalizada y trastorno mixto de ansiedad y depresión. Por lo tanto se evaluó el riesgo de disfunción sexual asociado con la presencia de trastornos depresivos y ansiosos bajo tratamiento de antidepresivos. Dentro de los medicamentos antidepresivos se tomaron por grupo y un representante de uno de ellos, a saber, el escitalopram como un inhibidor de la recaptación de serotonina, la venlafaxina como un antidepresivo dual y la clomipramina como un antidepresivo tricíclico. Los trastornos depresivos y de ansiedad son de los principales motivos de consulta a la unidad de Consulta Externa, según datos obtenidos por la unidad de estadística del Centro de Atención Integral de Salud Mental hubo un total de 16,632 pacientes clasificados bajo alguno de esos diagnósticos; siendo así un total del 59.17% de los motivos de consulta. Por lo que se dedujo que un alto porcentaje de los pacientes que visitan la unidad reciben tratamiento farmacológico con antidepresivos. Por lo que fue importante determinar el riesgo que corren los pacientes que toman estos medicamentos de padecer disfunción sexual secundaria al mismo.

Se evaluó el riesgo de disfunción sexual asociado a tratamiento antidepresivo en pacientes con trastornos depresivos y ansiosos. Se llevó a cabo un estudio analítico longitudinal que incluyó a 70 pacientes que asistieron al Centro de Atención Integral de Salud Mental del IGSS durante el año 2,017. Se administró el cuestionario de Experiencia Sexual de Arizona y el test de disfunción sexual secundaria al tratamiento con psicofármacos. Se calculó la asociación entre las variables por riesgo relativo con nivel de confianza del 95%. El riesgo de disfunción sexual asociada a tratamiento antidepresivo a los tres meses presentó una asociación con clomipramina estadísticamente significativo (RR 1.78, 1.12-2.83, p 0.0151), no siendo así con venlafaxina (RR 1.56, 0.79-3.08, p 0.1971), y escitalopram (RR 1.44, 0.84-2.50, p 0.1879), a los seis meses presentó una asociación con clomipramina estadísticamente significativo (RR 1.94, 1.36-2.78, p 0.0003), y con venlafaxina (RR 1.81, 1.13-2.89, p 0.0126), no siendo así con escitalopram (RR 1.53, 0.95-2.46, p 0.0818). Las características demográficas de mayor riesgo fueron sexo femenino, edades de 31 a 40 años y estado civil casados. El antidepresivo con mayores efectos de disfunción sexual fue la clomipramina, seguida de la venlafaxina y escitalopram.

## II. ANTECEDENTES

La sexualidad humana integrada por el cuerpo y la mente, un ente de energía como tal, constituye una de las fuerzas más poderosas de interacción entre las personas. En la actualidad existe una mayor libertad y desinhibición en la conducta sexual, en tanto búsqueda y acercamiento al otro sexo, pero la funcionalidad en sí misma aún se encuentra en camino de separación. Desde la atención de la salud se prioriza este aspecto de la vida humana, en cuanto a atender y solucionar los problemas que pudieran incidir sobre la sexualidad (1).

La interrelación entre enfermedad mental y disfunción sexual no es un tema nuevo. Entre el 20 y el 50 por 100 de los pacientes hospitalizados por trastornos mentales consideró en un estudio al respecto que su trastorno psiquiátrico interfería en el funcionamiento sexual, que problemas en el funcionamiento sexual podían haber contribuido a su trastorno psíquico, y consideraban la mejoría de dicha actividad como un factor relevante en la posible mejoría del cuadro. Sin embargo, la literatura existente sobre funcionamiento sexual en pacientes psiquiátricos es sensiblemente inferior a la existente en otras enfermedades (2).

La sexualidad humana se reconoce cada vez más por médicos y responsables de las políticas sanitarias como un aspecto importante de la salud y la calidad de vida a lo largo del ciclo vital. Estudios en distintos países utilizando muestras de población general y muestras clínicas han puesto de manifiesto que la mayoría de los hombres y mujeres consideran de gran importancia el bienestar sexual. En una encuesta realizada en los Estados Unidos, el 91% de los hombres casados y el 84% de las mujeres casadas evaluaban como importante el tener una vida sexual satisfactoria (3).

El tratamiento de los trastornos depresivos, al ser fenómenos complejos, debe integrar diversas técnicas. La terapia combinada psicofarmacológica-psicoterapéutica ha demostrado mayor eficacia que cada una de ellas por separado. La elección de las técnicas de tratamiento (farmacológicas, psicoterapéuticas o ambas), debe basarse en un diagnóstico adecuado y en criterios técnicos. Es imprescindible que el terapeuta suministre una información básica del trastorno, del tratamiento y del pronóstico a la persona deprimida y a los familiares (4).

En Guatemala existe una prevalencia de 6.4% de trastorno depresivo y se estima una adherencia al tratamiento antidepresivo entre 60-80% (5). Según la Organización Mundial de

la Salud, las disfunciones sexuales constituyen uno de los problemas más importantes que afectan a la salud sexual. Suponen una alteración del proceso del ciclo que caracteriza la respuesta sexual humana o la presencia de dolor durante las relaciones sexuales, viéndose afectado el deseo, la excitación, el orgasmo o la satisfacción sexual. Se estima que un 40-45% de las mujeres y un 20-30% de los hombres presentan algún tipo de disfunción sexual, respectivamente, siendo las más frecuentes la eyaculación precoz y los problemas de erección en ellos, y la inhibición del deseo y los problemas de excitación y orgasmo en ellas (6).

La prevalencia de disfunción sexual es consistentemente mayor en los pacientes con depresión que en la población general. En un estudio prospectivo realizado en Suiza, la prevalencia global de los problemas sexuales en pacientes con depresión fue aproximadamente el doble que en los controles (50% frente a 24%). El trastorno sexual más frecuente en pacientes deprimidos no tratados es la reducción en el deseo sexual (aproximadamente el 40% de los hombres y el 50% de las mujeres), obteniéndose unas cifras más bajas de dificultades con la erección/eyaculación (22% de los hombres) o el orgasmo (15% de las mujeres). Johnson, Phelps y Cottler hallaron que las personas con depresión eran 5,3 veces más propensas a tener deseo sexual inhibido. Resultados similares se obtuvieron en estudios a gran escala diseñados para evaluar la función sexual en los pacientes deprimidos con y sin tratamiento, encontrando que la disminución de la libido fue reportada por más de dos tercios de estos pacientes. También se ha encontrado una relación entre disfunción sexual y la severidad, duración y recurrencia de un episodio depresivo. Dicha relación parece ser bidireccional, en el sentido de que la presencia de una de ellas puede desencadenar o exacerbar la otra, y el tratamiento de una puede mejorar la otra (6).

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 800,000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (7).

La prevalencia de disfunción sexual es mayor en los pacientes con depresión que en la población general. Por otro lado, el deseo y el funcionamiento sexual se pueden ver afectados por los efectos secundarios de los fármacos antidepresivos (8).

Buckley y Hyde observaron que hubo un tiempo en que se pensaba que la actividad sexual entre los pacientes psiquiátricos ingresados era infrecuente, quizás debido a la apatía y a la anhedonia inherente en enfermedades mentales importantes, o a los efectos secundarios de las medicaciones utilizadas comúnmente para tratar a estos pacientes, o a ambas. Sin embargo, estos autores también observaron que investigaciones recientes indicaban que la actividad sexual entre pacientes con trastornos psiquiátricos es altamente desestimada (9).

Se detectan disfunciones sexuales en tratamientos con antidepresivos en un 55% cuando el médico pregunta directamente. Solo un 5-10% de referencias espontáneas. Un 25% no tolera la irrupción de estos síntomas (10). Si bien la asociación entre el desinterés sexual y la existencia de depresión es un tema conocido desde la clínica, su demostración epidemiológica tiene trascendencia en cuanto da una idea de la magnitud de la problemática, e induce desde otro enfoque, a interrogar a todos los pacientes sobre aspectos de la sexualidad. La disfunción sexual es un efecto adverso común de muchos fármacos que puede tener un impacto muy importante en las relaciones personales, en la calidad de vida y en la capacidad de procrear. Asimismo, es un factor clave en la adherencia al tratamiento farmacológico. Algunos estudios han confirmado que muchos pacientes con hipertensión, depresión o esquizofrenia, abandonan su tratamiento debido a efectos adversos sobre la función sexual (11).

La disfunción sexual se define como la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (deseo, excitación, orgasmo y resolución) que impide que el individuo o la pareja disfrute de la actividad sexual. Puede aparecer de forma gradual o repentina, y presentarse como incapacidad parcial o total de cualquiera de las fases. Las fichas de los antidepresivos hacen referencia a una incidencia muy escasa de disfunción sexual (2-16%), pero la incidencia real casi siempre pasa inadvertida si no se realizan entrevistas dirigidas a explorar este efecto adverso, incluso para algunos antidepresivos puede ser el efecto secundario más frecuente y persistente (12).

En una revisión de 200 artículos publicados en Medline y Healthstar se estimó una disfunción sexual entre 30-60% de los pacientes en tratamiento con ISRS. Los ISRS provocan una amplia

variedad de alteraciones sexuales, las más frecuentes: descenso de la libido, disminución de la excitación y retardo en el orgasmo así como otras más extrañas: el priapismo y orgasmo doloroso. La aparición de problemas sexuales debido al tratamiento repercute en la evolución de la enfermedad, en cuanto a mantenimiento de la depresión, e incluso abandono de tratamiento por la alteración sexual. Se producen cambios negativos a nivel de la autoestima, humor y relación con sus parejas con una disminución de la calidad de vida de estos pacientes (12).

Estudios específicos en los que se evalúan las disfunciones sexuales inducidas por ISRS dan un valor mayor que oscila entre el 34% y el 70% (13). Aunque los médicos ahora son conscientes de los efectos adversos potenciales de los fármacos psicotrópicos en las vidas sexuales de los pacientes, estos efectos secundarios tienden a subestimarse o ignorarse en la práctica clínica. Varias medicaciones psicotrópicas pueden causar disfunción en una o más áreas del ciclo de la respuesta sexual (p. ej., interés, excitación fisiológica, orgasmo). Los neurolépticos, los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS), los tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y las benzodiazepinas se han asociado a la disfunción sexual, y todos se prescriben comúnmente a los pacientes psiquiátricos crónicos hospitalizados o ambulatorios. En consideración al hecho de que la disfunción sexual inducida por la medicación puede reducir el cumplimiento del paciente con la medicación y que el tratamiento de la disfunción sexual inducida por la medicación puede ser efectivo, los médicos deberían preguntar rutinariamente a los pacientes acerca de su funcionamiento sexual (14).

Los antidepresivos serotoninérgicos (ISRS, ISRSN y clomipramina) se asocian frecuentemente con la aparición de disfunción sexual en pacientes sexualmente activos superando el 70%. Otros no serotoninérgicos provocan escasos adversos sexuales (bupropion, agomelatina, mirtazapina). Lamentablemente la incidencia real de la disfunción está subestimada por los clínicos ya que las fichas técnicas de los medicamentos muestran cifras inferiores al 25% y las comunicaciones espontáneas de los pacientes no superan el 20-40%. En España se creó y validó un cuestionario específico para este fin (Cuestionario PRSexDQ, también conocido como -SALSEX, -Montejo AL 2000) que ha sido utilizado en amplias muestras de más de 4.000 pacientes. Los estudios con el SALSEX sobre voluntarios sanos demuestran una frecuencia del 80% de DS en varones con vida sexual activa con paroxetina frente a placebo (5%). La disfunción sexual influye notablemente en la adherencia y entre 20-36% consideran el abandono del tratamiento cuando se mide específicamente (cuestionario SALSEX). Sin embargo recientes estudios concluyen que el uso de algunos antidepresivos (duloxetina)

mejora la función sexual cuando remite la sintomatología depresiva por lo que la vida sexual queda ligada íntimamente a la situación clínica. Existen varios grupos en el mundo que han analizado este problema con detenimiento durante los últimos 20 años. El gran uso generalizado de los antidepresivos ha permitido obtener datos clínicos de numerosos grupos de pacientes. Los problemas más frecuentes son el retraso del orgasmo y la disminución del deseo sexual (14).

Para cuantificar mejor la disfunción y medir su grado de aceptación por el paciente podemos utilizar el cuestionario validado PRSexDQ (Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire), también conocido como SALSEX (Montejo AL 2000) que incluye la exploración global de forma breve en 5 ítems y que puede aplicarse en no más de 2-3 minutos. La puntuación máxima de disfunción sexual es de 15 puntos y se subdivide en grados de disfunción: leve (0-5 puntos); moderada (6-10) e intensa (11-15) con un valor de Cronbach en 0.93 (14).

La Escala de Experiencia Sexual de Arizona (ASEX), de McGahuey CA et al., consta de cinco ítems que cuantifican el nivel de deseo sexual en la persona, lubricación vaginal y la capacidad de alcanzar el orgasmo y satisfacción del mismo, abarcando las tres etapas de la respuesta sexual humana (deseo, excitación y orgasmo). Cada ítem es puntuado por el sujeto utilizando una escala tipo Likert de 6 grados, que oscila desde 1 (no disfunción) hasta 6 (disfunción en grado extremo). A mayor puntuación, mayor disfunción sexual. En cuanto a su confiabilidad y validez, la prueba presenta un  $\alpha$  de Cronbach de 0.91, mientras que la confiabilidad del instrumento se refleja en un  $rtt=0,8$  (15).

Un estudio comparó el moclobemide con la paroxetina, sertralina y venlafaxina, los dos primeros mostraron un aumento considerable en los efectos adversos en relación con el moclobemide, mientras que la venlafaxina se situó entre ambos valores. Los medicamentos prescritos pueden causar disfunción sexual por decremento en la libido e incremento en la latencia al orgasmo, dificultades para obtener y mantener la erección también han sido reportadas. La fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram y fluvoxamina han demostrado un aumento considerable de efectos sexuales adversos en los diferentes estudios, los cuales parecen estar relacionados con los efectos agonistas sobre los receptores 5-HT<sub>2</sub>. El uso de ISRS se ha asociado con el doble de riesgo de presentar deseo sexual hipoactivo y un mayor deterioro de la función eréctil; empero, no se han observado diferencias en el flujo sanguíneo peneano. También se ha observado en quienes utilizan ISRS un mayor riesgo (siete

veces más) de eyaculación retardada. En otro estudio se compararon los ISRS (citalopram, fluoxetina y paroxetina) vs mirtazapina y venlafaxina, resultando citalopram el medicamento que con mayor prevalencia generó disfunción sexual con 60% contra 18.2% de mirtazapina que obtuvo la menor prevalencia. Se ha publicado un caso de reversión en la disfunción sexual inducida por fluoxetina con el cambio a escitalopram, y se han reportado, por otro lado, tres casos de priapismo clitorideo y dos de eyaculación espontánea con el uso de citalopram. Los efectos negativos de los ISRS sobre la función sexual se hacen evidentes en diversos metaanálisis realizados; en el estudio de Serreti, se reportó que los antidepresivos que mayor grado de afectación generan sobre la función sexual son, en orden decreciente: sertralina, venlafaxina, citalopram, paroxetina y fluoxetina. Montejo et al reportaron las siguientes tasas de disfunción sexual asociada con antidepresivos en una muestra de 1,022 pacientes (610 mujeres y 412 hombres): citalopram 72.7%, paroxetina 70.7%, venlafaxina 67.3%, sertralina 62.9%, fluvoxamina 62.3%, fluoxetina 57.7%, mirtazapina 24.4% y moclobemide 3.9% (16).

### **2.1 Antidepresivos con acción dual sobre la serotonina y noradrenalina (IRSN)**

En comparación con el escitalopram, la duloxetina demostró tener una menor incidencia de efectos sexuales en el tratamiento a corto plazo (cuatro semanas), se equipararon a las 12 semanas y a los ocho meses fue ligeramente superior para el escitalopram (43.6 vs 33.3%). La Venlafaxina inhibe el orgasmo y la eyaculación en el 12% de pacientes masculinos, menos que los ISRS pero más que la trazodona o la mirtazapina. En un caso se reportó incremento en la libido y erecciones espontáneas. Otros estudios han reportado un decremento en el deseo y orgasmo retardado en aproximadamente 60% de los pacientes que toman venlafaxina, una tasa equivalente a la observada con ISRS (16).

### **2.2 Antidepresivos tricíclicos (ADT)**

Los ADT que causan mayor decremento de la función sexual son la clomipramina, amitriptilina y doxepina. Tasas de 41 y 96% de disfunción sexual fueron reportadas en dos estudios con clomipramina. En sujetos con eyaculación precoz, la clomipramina incrementa la latencia a la eyaculación en aproximadamente 2-8 minutos (25mg en caso necesario) (16).

Se han observado altas prevalencias de disfunción sexual sobre todo en los pacientes tratados con antidepresivos ISRS e IRSN. Algunos estudios sugieren que agomelatina, bupropion, mirtazapina y moclobemida producen menos disfunción sexual, siendo los datos más consistentes con bupropion (17). En las mujeres, una revisión Cochrane sobre estrategias de

manejo de la disfunción sexual inducida por antidepresivos, concluye que la adición de bupropion a dosis altas (150mg dos veces al día) parece ser el enfoque más prometedor estudiado hasta ahora (18).

Cuando la disfunción sexual resulta en un marcado malestar y genera dificultades interpersonales por los efectos de los antidepresivos, que no es posible explicarla por otro trastorno, podemos hablar de disfunción sexual inducida por antidepresivos. Además de una buena historia clínica, resultan útiles diversos instrumentos para evaluar el grado de disfunción sexual; uno de ellos es el Arizona Sexual Experiences Scale, escala de cinco preguntas tipo Likert, que toma 5-10 minutos en realizarse; evalúa el deseo, la excitación, erección (en hombres) o lubricación (en mujeres) y la satisfacción con el orgasmo. Si la disfunción sexual interfiere con la calidad de vida del sujeto, se deben realizar ajustes en su tratamiento dirigidos a disminuir el problema, mismos que deben ser discutidos con el paciente. Recomendamos iniciar con técnicas no farmacológicas, ya que en ocasiones el efecto adverso puede desaparecer gradualmente con el paso del tiempo; tales medidas contribuyen a reducir la ansiedad del paciente, pueden hacer que no empeore el efecto indeseable y contribuyen a mejorar su desempeño; además que, la adición o cambio de medicamento resulta en un gasto extra, otros efectos adversos y/o la inconveniencia de dosis adicionales de medicación y pudiera perderse el efecto benéfico antidepresivo (19).

En ocasiones, al principio del tratamiento, puede ser una opción esperar si ocurre una mejoría espontánea en los efectos secundarios. Un cambio de fármaco, una reducción de dosis, retrasar la toma del medicamento, interrumpir el tratamiento uno o dos días («drug holidays») o añadir otros fármacos, pueden ser estrategias útiles para mejorar la disfunción sexual (20). Entre las posibles desventajas de estas prácticas, está la posibilidad de riesgo de recaídas, de abandonos del tratamiento o de síndrome de retirada. Hay poca evidencia de que los cambios en el tratamiento mejoren la disfunción sexual, pero los expertos opinan que en casos concretos puede ser útil (21). Es muy importante tener en cuenta el equilibrio entre eficacia y tolerabilidad. En general, los tratamientos con antidepresivos se toleran bien, aunque hay diferencias entre algunos medicamentos. En los ensayos clínicos sobre los medicamentos, los medimos según el número de efectos adversos. Por ejemplo, en los ensayos, ciertos fármacos como la desvenlafaxina, la sertralina y la venlafaxina han mostrado un abandono del tratamiento debido a los efectos secundarios superior al 11%. Los medicamentos más nuevos como vortioxetina, agomelatina, vilazodona y duloxetina se sitúan en un rango entre el 4,4% y el 8,5%, aproximadamente. Tenemos que asumir estas diferencias de rango entre los diversos

fármacos, ya que puede ser muy importante. También dependerá de cada paciente, ya que se puede tener una cierta propensión a responder ante esos efectos secundarios. Es un aspecto importante que debemos tener en cuenta (22).

Los efectos secundarios sexuales son extremadamente relevantes e importantes para los pacientes. Se ha sugerido que uno de los medicamentos más modernos, la vilazodona, tiene un perfil más bajo en cuanto a provocar estos efectos secundarios. Sin embargo, las pruebas todavía no son concluyentes para este medicamento en particular. Los ensayos con vortioxetina, respecto a la disfunción sexual, han revelado un 2% de incidencia para la vortioxetina 15mg, 2,5% para el placebo y 3,5% para la duloxetina 60mg. Todos ellos se consideran efectos secundarios de rango inferior. Se debe destacar que uno de los pocos estudios comparativos de vortioxetina y escitalopram sugirió que más del 52% de la muestra pasaba a un funcionamiento sexual normal en el grupo de vortioxetina, en comparación con un 44% aproximadamente en el grupo de escitalopram (23) (24).

Los primeros fármacos utilizados para tratar la depresión mayor fueron los antidepresivos tricíclicos (ATC) y los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO), a los cuales se tenía una buena respuesta, pero se asociaban a una alta frecuencia de efectos adversos, que podían llegar a ser graves. El tratamiento de la depresión cambió con el descubrimiento de los ISRS, ya que estos tienen una muy buena respuesta para resolver los síntomas depresivos, sin tantos efectos adversos como los anteriores, pero no libres de ellos, entre estos efectos las disfunciones sexuales (25).

Los efectos de los medicamentos sobre la sexualidad masculina están más documentados que los de las mujeres. En los hombres, la forma más común de disfunción sexual es la disfunción eréctil. Se estima que un 25% de los casos están producidos por medicamentos. En las mujeres la forma más común es la disminución de la libido (26).

Se han observado altas prevalencias de disfunción sexual sobre todo en los pacientes tratados con antidepresivos ISRS e IRSN. Para el manejo de la disfunción sexual producida por antidepresivos se puede, por una parte, esperar a ver si se da una reducción espontánea de los efectos adversos a medida que pasa el tiempo, o bien reducir la dosis, o interrumpir el tratamiento durante uno o dos días (no aplicable en el caso de fluoxetina, debido a su larga vida media, ni en el de paroxetina y venlafaxina, porque aparece con frecuencia síndrome de retirada). Otra opción es cambiar a un fármaco con menos efectos adversos sexuales, como

bupropion o mirtazapina. Si las estrategias anteriores no son efectivas o viables se puede añadir tratamiento sintomático con un IFD-5 en el caso de los hombres (27).

En las mujeres, una revisión Cochrane sobre estrategias de manejo de la disfunción sexual inducida por antidepresivos, concluye que la adición de bupropion a dosis altas (150 mg dos veces al día) parece ser el enfoque más prometedor estudiado hasta ahora (28).

### **2.3 Enfermedades médicas que causan disfunción sexual**

La diabetes es la enfermedad crónica que con más frecuencia da lugar a una disfunción eréctil. En los varones que padecen diabetes, la disfunción eréctil es una complicación más de la enfermedad. Hasta un 35-75% de los diabéticos pueden llegar a padecer este problema en algún momento de la enfermedad. Un buen control de la diabetes disminuye la probabilidad de aparición de la disfunción eréctil (29).

La hipertensión arterial es un problema frecuente que afecta aproximadamente al 20-40% de la población. Hasta un 25-30% de los varones que padecen hipertensión, manifiestan trastornos en la respuesta sexual, siendo el problema más frecuente la disfunción eréctil (29).

Los problemas de corazón representan un 38-78% de los varones afectados por infarto de miocardio presenta problemas de erección. Las principales causas físicas de disfunción eréctil en los pacientes con problemas de corazón son la aterosclerosis, porque produce dificultad en la llegada de sangre al pene, y algunos fármacos. En caso de Angor/Infarto Agudo de Miocardio (según grado de afectación) puede aparecer disminución de interés y del deseo. En la Enfermedad Oclusiva Aórtica o la Arterioesclerosis, puede aparecer déficit en la excitación. En todos los casos, es preciso valorar un factor más, la medicación utilizada, que a resultas puede ser la causa y no la enfermedad que se trata (30).

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo General**

Determinar la asociación entre disfunción sexual y tratamiento antidepresivo.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

3.2.1 Determinar las características epidemiológicas de los pacientes con diagnósticos de trastornos depresivos y ansiosos que se ven afectados por disfunción sexual asociada al tratamiento antidepresivo.

3.2.2 Identificar qué porcentaje de pacientes con trastornos depresivos y ansiosos tienen complicaciones sobre el funcionamiento sexual bajo tratamiento antidepresivo.

3.2.3 Establecer la magnitud de relación entre tratamiento antidepresivo y la presencia de disfunción sexual en pacientes con trastornos depresivos y ansiosos mediante el cálculo de riesgo relativo.

## IV. MATERIAL Y MÉTODOS

### 4.1 Tipo de estudio

Estudio Analítico Longitudinal

### 4.2 Población

Pacientes de 18 a 50 años que consultaron a los servicios del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

### 4.3 Selección y tamaño de la muestra

Muestreo no probabilístico, por conveniencia. Pacientes de 18 a 50 años con diagnósticos de trastornos depresivos y ansiosos que estuvieron bajo tratamiento antidepresivo, se calculó la muestra en 68 pacientes con un intervalo de confianza del 95%, utilizando un efecto de diseño de 1.

### 4.4 Unidad de Análisis

Respuestas obtenidas con el instrumento diseñado para el efecto.

**4.4.1 Unidad Primaria de Muestreo:** Pacientes de 18 a 50 años con diagnósticos de trastornos depresivos y ansiosos que estuvieron bajo tratamiento antidepresivo.

**4.4.2 Unidad de Información:** Pacientes de 18 a 50 años que consultaron y llevaron un seguimiento en los servicios del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con diagnóstico de trastornos depresivos y ansiosos con tratamiento antidepresivo.

## 4.5 Criterios

### 4.5.1 Criterios de Inclusión

Pacientes de 18 a 50 años con diagnóstico de trastornos depresivos y ansiedad con tratamiento antidepresivo que acudieron al Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y que estuvieron de acuerdo en firmar el Consentimiento Informado.

### 4.5.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes de 18 a 50 años con enfermedades comorbidas que no fueron descritas en el estudio.
- Pacientes con antecedente de disfunción sexual según escala de ASEX (Arizona Sexual Experience Scale).

**4.6 Variables estudiadas:** Nivel de disfunción sexual con tratamiento psicofarmacológico, tipo de tratamiento antidepresivo, edad, sexo y estado civil.

### 4.7 Operacionalización de las variables

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Operacionalización de Variable	Tipo de Variable	Escala de Medición	Instrumento
Nivel de Disfunción Sexual con tratamiento psicofarmacológico	Es la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (deseo, excitación, orgasmo y resolución) que impide que el individuo o la pareja disfrute de la actividad sexual. Puede aparecer de forma gradual o repentina, y presentarse como incapacidad	<ul style="list-style-type: none"><li>• Leve</li><li>• Moderada</li><li>• Severa</li></ul>	Escala autoadministrada de 5 preguntas con valores de 0 a 3 puntos cada una. Se realiza la sumatoria al final, y valores entre 1-5 disfunción leve, 6-10 disfunción moderada y 11-15 disfunción intensa.	Cualitativa	Ordinal	Cuestionario

	parcial o total de cualquiera de las fases.					
Tipo de Tratamiento Antidepresivo	Medicamentos psicotrópicos utilizados para tratar los trastornos depresivos mayores, diversos trastornos de ansiedad y otros.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escitalopram (ISRS)</li> <li>• Venlafaxina (Antidepresivo Dual)</li> <li>• Clomipramina (Antidepresivo Tricíclico)</li> </ul>	Se evaluará en expediente clínico de cada paciente terapéutica utilizada y se clasificará de acuerdo al grupo psicofarmacológico: ISRS, Dual, Tricíclico.	Cualitativa	Nominal	Expediente Clínico
Edad	Tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta un momento determinado	Dato de la edad en años anotado en el cuestionario	Años	Cuantitativa discreta	Razón	Cuestionario
Sexo	Condición orgánica masculina o femenina de los animales o plantas.	Identidad sexual indicada por la persona en el cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>	Cualitativa	Nominal	Cuestionario
Estado Civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.	Dato del estado civil anotado en el cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero/a</li> <li>• Divorciado/a</li> <li>• Casado/a</li> <li>• Viudo/a</li> <li>• Unido/a</li> </ul>	Cualitativa	Nominal	Cuestionario

#### 4.8 Instrumentos utilizados para la recolección de información

Se utilizó un instrumento de recolección de datos que incluyó los datos referentes a la información relevante obtenida durante la entrevista con cada participante del estudio, y además se aplicó a cada participante un test de disfunción sexual al primer contacto, para este fin se utilizó el Cuestionario de Experiencia Sexual de Arizona (ASEX), aquellos que presentaron una disfunción sexual de base no se tomaron en cuenta en el estudio, haciendo que si se tomaran en cuenta aquellos que no presentaron disfunción sexual según resultados del cuestionario. Cuando el participante estuvo bajo tratamiento psicofarmacológico se administró el cuestionario PRSexDQ-SALSEX de Montejo et al. El Cuestionario SALSEX se administró a los pacientes en dos ocasiones a lo largo del año. A los 3 meses y a los 6 meses de haber iniciado tratamiento psicofarmacológico para observar si los fármacos habían tenido efecto alguno en su evolución. El cuestionario ASEX solo se administró al inicio de la toma de muestra.

El cuestionario SALSEX consta de 7 ítems: A + B + 5 ítems específicos. Los ítems A y B evaluaron la presencia de algún tipo de alteración en la actividad sexual tras el inicio del tratamiento con un psicofármaco (ítem A) y si su comunicación al médico fue espontánea o bien la información se obtuvo solo mediante el uso del cuestionario (ítem B). Los siguientes 5 ítems evaluaron la intensidad o frecuencia de las siguientes alteraciones de la función sexual mediante una escala Likert de 0 (menor intensidad o frecuencia posible) a 3 (mayor intensidad o frecuencia posible):

- Ítem 1. Descenso de la libido (0=no; 1=leve; 2=moderado; 3=severo).
- Ítem 2. Retraso de orgasmo / eyaculación (0=no; 1=leve; 2=moderado; 3=severo).
- Ítem 3. Ausencia de orgasmo / eyaculación (0=nunca; 1=ocasionalmente; 2=con frecuencia; 3=siempre).
- Ítem 4. Disfunción eréctil/lubricación vaginal (0=nunca; 1=ocasionalmente; 2=con frecuencia; 3=siempre).
- Ítem 5. Evalúa el grado de tolerancia o aceptación de los cambios en la función sexual desde 0 (no ha habido disfunción sexual) a 3 (mala tolerancia).

0=No ha habido disfunción sexual.

1=Buena: El paciente no muestra preocupación ante la disfunción sexual.

2=Aceptable con reparos: El paciente se siente molesto ante la disfunción sexual aunque no

ha pensado abandonar el tratamiento por este motivo).

3=Mala: El paciente se siente muy preocupado ante la disfunción y ha pensado en abandonar el tratamiento.

Interpretación de los resultados: Puede obtenerse una puntuación general total de la escala mediante la suma de los puntos obtenidos en los ítems 1-5 obteniéndose una puntuación total entre 0 (ninguna disfunción sexual) a 15 puntos (máxima disfunción sexual). Los datos en pacientes y en voluntarios sanos, demostraron que una puntuación de 1 en el primer ítem (descenso de libido leve) puede confundirse con situaciones clínicas normales y pasajeras. Se consideró que existe disfunción cuando el cuestionario es  $\geq 2$  puntos con el fin de no dar falsos negativos siendo la intensidad como sigue:

- Leve entre 2-5 puntos (siempre que ningún ítem supere 2 puntos).
- Moderada entre 6-10 (siempre que ningún ítem supere 3 puntos).
- Severa entre 11-15 o bien cualquier ítem=3.

La Escala de Experiencia Sexual de Arizona (ASEX) consta de cinco ítems que cuantifican el nivel de deseo sexual en la persona, lubricación vaginal y la capacidad de alcanzar el orgasmo y satisfacción del mismo, abarcando las tres etapas de la respuesta sexual humana (deseo, excitación y orgasmo). Cada ítem es puntuado por el sujeto utilizando una escala tipo Likert de 6 grados, que oscila desde 1 (no disfunción) hasta 6 (disfunción en grado extremo). A mayor puntuación, mayor disfunción sexual. Una puntuación total  $>18$  o una puntuación  $>5$  en cualquiera de los elementos, o tres elementos con puntuación individual  $>4$  fue indicativo de disfunción sexual clínicamente significativa.

#### **4.9 Procedimiento para la recolección de información**

El lugar de la recolección de datos se realizó en el Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; se solicitó la colaboración y autorización del director. La recolección se realizó en un tiempo estipulado de 1 año. Para obtener la información de la variable Nivel de Disfunción Sexual se hizo con el cuestionario de disfunción sexual secundaria al tratamiento con psicofármacos (PRSexDQ-SALSEX) de Montejo et al., esto lo llenaron los pacientes captados en la unidad. A todo paciente que se le invitó a participar en la investigación, se le realizó el Cuestionario de Experiencia Sexual de Arizona (ASEX) para detectar disfunción sexual, aquellos que la tuvieron presente no se tomaron en cuenta para él

estudio, haciendo óptima la muestra aquellos que no presentaron disfunción sexual al momento de iniciar tratamiento psicofarmacológico.

- Se presentó protocolo inicial a comité médico docente.
- Se identificó a las personas que participaron en el estudio de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión.
- Se recolectó la información por medio del instrumento de recolección de datos.
- Se ingresaron los datos al programa Epi Info versión 7.2.
- Se analizaron los resultados obtenidos.

Se elaboraron indicadores para describir las características de los pacientes, tales como sexo, edad y estado civil, así como aspectos clínicos, y los indicadores para establecer adherencia y dar respuesta a los objetivos del estudio. Para ello, se calcularon promedios (medias y porcentajes), e intervalos de confianza al 95%, con un margen de error del 10%.

Debido a que se consideró importante conocer la presencia de asociación entre la adherencia y la función sexual; se llevó a cabo cruces, evaluando la asociación con pruebas de Chi cuadrado. Con el software EPI INFO se construyeron los indicadores y se obtuvo la estadística descriptiva y resultados con Chi cuadrado, y con el software StatXact se validaron los resultados de Chi cuadrado obteniéndose valores-p exactos.

Para la recolección de datos se pasaron dos cuestionarios autoadministrados, en la que se explicaron los objetivos del estudio y como requisito esencial se obtuvo la autorización del director del Centro de Atención Integral de Salud Mental. A continuación se solicitaron los datos indicados en el instrumento de recolección. Las boletas de recolección fueron llenadas por el paciente. Los datos obtenidos de los participantes fueron recopilados por el investigador del estudio. Los datos obtenidos se trasladaron directamente del instrumento de recolección de datos a Epi Info versión 7.2.

#### **4.10 Procedimientos de análisis de la información**

El análisis de los datos se realizó trasladando las tablas obtenidas de Epi Info a Microsoft Office Excel, para darles formato y orden.

**4.10.1 Procesamiento de datos:** Se realizó una revisión de control de calidad de la información de cada uno de los instrumentos aplicados. Se ingresó la información en el programa de computación Epi Info versión 7.2, el cual permite el ingreso de todos los datos del instrumento de recolección. Se revisaron las incongruencias de la información que se ingresen al programa.

#### **4.11 Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación**

En el presente estudio no se realizó ninguna intervención directa, procedimiento invasivo o experimental sobre la población estudiada, y según la clasificación de riesgo se encuentra dentro de la categoría I de la OMS. Se tomó en cuenta la confidencialidad del paciente y no se utilizó para otra causa. Se tuvo como requisito importante el consentimiento informado de los participantes. La información se presentó a las autoridades del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, a la Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas una vez finalizado. Se solicitó la autorización al autor de ambos cuestionarios, adjunto en anexos hojas de autorización.

## V. RESULTADOS

**Tabla 1**  
**Características epidemiológicas**  
**Disfunción Sexual Asociada a Tratamiento Antidepresivo. CAISM\*, IGSS\***  
**Guatemala 2,017**

<b>Características epidemiológicas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Edad* (Años)</b>		
18 a 30	22	32
31 a 40	29	41
41 a 50	19	27
<b>Sexo</b>		
Femenino	44	63
Masculino	26	37
<b>Estado Civil</b>		
Casado	34	49
Soltero	27	38
Unido	6	9
Divorciado	2	3
Viudo	1	1

n: 70 casos

\*Media edad: 36 años, DE: +/- 7.47

\*CAISM: Centro de Atención Integral de Salud Mental

\*IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

**Tabla 2**  
**Nivel de disfunción sexual con tratamiento psicofarmacológico**  
**Disfunción Sexual Asociada a Tratamiento Antidepresivo. CAISM\*, IGSS\***  
**Guatemala 2,017**

<b>Nivel de disfunción sexual con tratamiento psicofarmacológico</b>	<b>3 Meses</b>	<b>6 Meses</b>	<b>%</b>
<b>Escitalopram</b>			
No Disfunción Sexual	20	17	51
Leve	11	11	31
Moderada	4	8	17
Severa	1	0	1
<b>Clomipramina</b>			
No Disfunción Sexual	4	1	16
Leve	9	6	41
Moderada	2	7	25
Severa	3	4	18
<b>Venlafaxina</b>			
No Disfunción Sexual	7	3	31
Leve	3	6	28
Moderada	6	7	41
Severa	0	0	0

n: 70, \*3 meses: 70; \*6 meses: 70

\*CAISM: Centro de Atención Integral de Salud Mental

\*IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

**Tabla 3**  
**Tolerancia de los cambios en la disfunción sexual con tratamiento psicofarmacológico**  
**Disfunción Sexual Asociada a Tratamiento Antidepresivo. CAISM\*, IGSS\***  
**Guatemala 2,017**

<b>Tolerancia de los cambios en la disfunción sexual</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Deseo Sexual</b>				
Ningún problema	9	17	26	37
Leve	7	15	22	32
Moderado	10	9	19	27
Severo	0	3	3	4
<b>Retraso Orgasmo</b>				
Ningún problema	7	22	29	41
Leve	9	13	22	32
Moderado	9	6	15	21
Severo	1	3	4	6
<b>Incapacidad Orgasmo</b>				
Ningún problema	10	25	35	50
Leve	9	10	19	27
Moderado	6	6	12	17
Severo	1	3	4	6
<b>Dificultad Erección/ Lubricación Vaginal</b>				
Ningún problema	20	31	51	73
Leve	5	8	13	18
Moderado	0	4	4	6
Severo	1	1	2	3
<b>Tolerancia de cambios en la relación sexual</b>				
Ningún problema	7	12	19	27
Leve	5	14	19	27
Moderado	13	18	31	44
Severo	1	0	1	2

n: 70, \*3 meses: 70; \*6 meses: 70

\*CAISM: Centro de Atención Integral de Salud Mental

\*IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

**Tabla 4**  
**Características epidemiológicas relacionadas a disfunción sexual con tratamiento**  
**antidepresivo. CAISM\*, IGSS\***  
**Guatemala 2,017**

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>RR*</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
Edad 31-40	29	1.98	1.09-3.58	0.0242
EC Casado	34	1.79	1.29-2.49	0.0005
Sexo Femenino	44	1.61	1.10-2.35	0.0132

\*RR: riesgo relativo

\*CAISM: Centro de Atención Integral de Salud Mental

\*IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

**Tabla 5**  
**Disfunción sexual asociada a tratamiento antidepresivo a los tres meses. CAISM\*,**  
**IGSS\***  
**Guatemala 2,017**

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>RR*</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
Clomipramina	14	1.78	1.12-2.83	0.0151
Venlafaxina	9	1.56	0.79-3.08	0.1971
Escitalopram	16	1.44	0.84-2.50	0.1879

\*RR: riesgo relativo

\*CAISM: Centro de Atención Integral de Salud Mental

\*IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

**Tabla 6**  
**Disfunción sexual asociada a tratamiento antidepresivo a los seis meses. CAISM\*,**  
**IGSS\***  
**Guatemala 2,017**

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>RR*</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
Clomipramina	17	1.94	1.36-2.78	0.0003
Venlafaxina	13	1.81	1.14-2.89	0.0126
Escitalopram	19	1.53	0.95-2.46	0.0818

\*RR: riesgo relativo

\*CAISM: Centro de Atención Integral de Salud Mental

\*IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

## VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

La interrelación entre enfermedad mental y disfunción sexual no es un tema nuevo. Entre el 20 y el 50 por 100 de los pacientes hospitalizados por trastornos mentales consideró en un estudio al respecto que su trastorno psiquiátrico interfería en el funcionamiento sexual, que podía haber contribuido a su trastorno psíquico, y consideraban la mejoría de dicha actividad como un factor relevante en la posible mejoría del cuadro (2).

Los nuevos antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina son más seguros y con un perfil de efectos secundarios menos problemático que el de los antidepresivos convencionales (tricíclicos). Sin embargo, un efecto común a todos estos fármacos es la inhibición de la libido en mayor o menor grado, y el retraso de la inhibición de la eyaculación y del orgasmo (2).

Por otra parte, la prevalencia de depresión, disfunción sexual y los factores de riesgo asociados pueden variar en relación a la población estudiada, los criterios diagnósticos, y los instrumentos de evaluación. La combinación de instrumentos de medida de la función sexual, los síntomas depresivos y la severidad de la depresión, puede ayudar a identificar las asociaciones entre ellos y así contribuir a adecuar las intervenciones para mejorar la salud de los pacientes (6).

La prevalencia de disfunción sexual es mayor en los pacientes con depresión que en la población general. Además la relación entre depresión y ansiedad y disfunción sexual parece ser bidireccional, en el sentido que la presencia de una de ellas puede desencadenar o exacerbar la otra, y el tratamiento de una puede mejorar la otra. Por otro lado, el deseo y el funcionamiento sexual se pueden ver afectados por los efectos secundarios de los fármacos antidepresivos (8).

Existe un gran número de pacientes que ocultan su problema, por ello es imprescindible la realización de una historia psicosexual previa al inicio de la toma de un antidepresivo con la finalidad de analizar cambios posteriores. En el presente estudio, se evaluaron 70 pacientes con una edad promedio de 36 años (36, DE +/- 7.47, min. 21 máx. 50). (Tabla 1)

Dentro del grupo de pacientes identificados con disfunción sexual asociada al uso de antidepresivo, los comprendidos entre 31 a 40 años mostraron mayor riesgo (RR 1.98, 1.09-3.58, p 0.0242). (Tabla 4)

De los pacientes entrevistados, 44 son de sexo femenino y 26 de sexo masculino, siendo las primeras quienes mostraron mayor asociación en comparación a los hombres para presentar disfunción sexual asociada al uso de antidepresivos (RR 1.61, 1.10-2.35, p 0.0132), existiendo una asociación al factor de riesgo. (Tabla 4)

De los que indicaron estar casados al momento del estudio, se encontró que presentan un riesgo alto de disfunción sexual asociada a tratamiento antidepresivo, siendo estadísticamente significativo (RR 1.79, 1.29-2.49, p 0.0005). (Tabla 4)

Con respecto a la disfunción sexual asociada al uso de antidepresivo, 70 casos fueron identificados en el momento de iniciar el estudio. Los 70 pacientes se evaluaron a los tres y seis meses de estar tomando antidepresivo. Los que estuvieron con tratamiento de escitalopram, el 51% no reportó disfunción sexual, el 31% disfunción sexual leve y el 17% disfunción sexual moderada; los que estuvieron con tratamiento de clomipramina, el 16% no reportó disfunción sexual pero el 41% reportó disfunción sexual leve y los que estuvieron con tratamiento de venlafaxina, el 31% no reportó disfunción sexual, el 28% reportaron disfunción sexual leve y el 41% disfunción sexual moderada. (Tabla 2)

En el deseo sexual, el 37% no refirió ningún problema pero el 32% reportó deseo sexual disminuido de forma leve; el 41% no presentó retraso en el orgasmo, pero sí un 32% lo reportó de manera leve; en la incapacidad para alcanzar el orgasmo, el 50% no reportó problema, pero un 27% lo notó de manera leve; un 73% no presentó dificultad para la erección o lubricación vaginal, pero un 18% lo reportó de manera leve y en cuanto a la tolerancia de la aceptación de los cambios a nivel sexual, un 27% refirieron no tener problema para continuar con el tratamiento antidepresivo, y un 27% refieren que si les molestó la disfunción pero que no pensarón en abandonar el tratamiento pero que si interfirió en sus relaciones de pareja. (Tabla 3)

Los antidepresivos serotoninérgicos (ISRS, ISRSN y clomipramina) se asocian frecuentemente con la aparición de disfunción sexual en pacientes sexualmente activos superando el 70%. Otros no serotoninérgicos provocan escasos adversos sexuales (bupropion, agomelatina, mirtazapina). Lamentablemente la incidencia real de la disfunción está subestimada por los clínicos ya que las fichas técnicas de los medicamentos muestran cifras inferiores al 25% y las comunicaciones espontáneas de los pacientes no superan el 20-40% (14).

La disfunción sexual asociada a tratamiento antidepresivo a los tres meses presenta una asociación de riesgo con clomipramina estadísticamente significativo (RR 1.78, 1.12-2.83, p

0.0151), no siendo así con venlafaxina (RR 1.56, 0.79-3.08, p 0.1971), y con escitalopram que no tuvieron un valor estadísticamente significativo (RR 1.44, 0.84-2.50, p 0.1879). (Tabla 5)

La disfunción sexual asociada a tratamiento antidepresivo a los seis meses presenta una asociación de riesgo con clomipramina estadísticamente significativo (RR 1.94, 1.36-2.78, p 0.0003), y con venlafaxina (RR 1.81, 1.14-2.89, p 0.0126), no siendo así con escitalopram que no tuvo un valor estadísticamente significativo (RR 1.53, 0.95-2.46, p 0.0818). (Tabla 6)

Es importante resaltar que los resultados se obtuvieron de una muestra comprendida en su totalidad por pacientes con diagnóstico psiquiátrico y al ser está limitada es posible que los datos obtenidos no reflejen con completa exactitud el comportamiento de una población mayor.

Sería recomendable y deseable ampliar los resultados de este estudio incluyendo población con otros diagnósticos médicos y extender los alcances en futuras investigaciones con el fin de identificar mayores efectos en cuanto a la disfunción sexual con el uso de antidepresivos y otros fármacos afines.

## **6.1 CONCLUSIONES**

- 6.1.1 De los pacientes con disfunción sexual asociada al uso de antidepresivos, los factores epidemiológicos que mostraron mayor riesgo son, sexo femenino, edades de 31-40 años, y estado civil casados.
- 6.1.2 El porcentaje de pacientes con trastornos depresivos y ansiosos bajo tratamiento antidepresivo que presentaron disfunción sexual de leve a severa son: 16% con escitalopram; 23% con venlafaxina y 28% con clomipramina.
- 6.1.3 La magnitud de relación entre tratamiento antidepresivo y la presencia de disfunción sexual en pacientes con trastornos depresivos y ansiosos es estadísticamente significativo con venlafaxina y clomipramina.

## 6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Es imprescindible la realización de una historia psicosexual previa al inicio de la toma de un antidepresivo con la finalidad de analizar cambios posteriores.
- 6.2.2 Tomando en cuenta el riesgo calculado para los pacientes que utilizan antidepresivos y disfunción sexual es recomendable valorar la evaluación rutinaria de los efectos con el fin de un abordaje completo de la condición particular de cada paciente.
- 6.2.3 Considerando la asociación identificada en este estudio con el uso de antidepresivo y disfunción sexual sería deseable el desarrollo de nuevos estudios con el fin de identificar características de los antidepresivos como tianeptina e imipramina que son de uso diario en la unidad de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- 6.2.4 Tomando en cuenta el riesgo calculado para los pacientes que están con tratamiento antidepresivo y la asociación de presentar disfunción sexual, es recomendable iniciar con escitalopram como primera opción, venlafaxina como segunda opción, y por ultimo clomipramina, según sea el caso, considerando que es la que mayores efectos secundarios reportó, según sea el caso.
- 6.2.5 Es importante considerar los efectos secundarios a nivel sexual del uso de los antidepresivos como un problema importante capaz de causar disfuncionalidad, por lo que se recomienda investigar acerca de los mismos en los pacientes con tratamiento tomando en cuenta el aumento del uso de antidepresivos para distintas patologías.
- 6.2.6 Implementar una clínica de consejería sexual para el seguimiento de los pacientes que presentan disfunción sexual y quieran abordar el tema.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serfaty EM. Depresión y sexualidad. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero-15 de Marzo 2000 [citado 12 Feb 2016]; Conferencia 10-CI-E: [19 pantallas]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa10/conferencias/10\\_ci\\_e.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa10/conferencias/10_ci_e.htm)
2. Salvador Carulla L, Rodríguez Blázquez C, Salas D, Magallanes T. Sexualidad y enfermedad mental crónica [internet]. Madrid, España [citado 11 Feb 2016]. Disponible en: [http://www.feaps.org/biblioteca/sexualidad\\_ydi/28\\_sexualidad.pdf](http://www.feaps.org/biblioteca/sexualidad_ydi/28_sexualidad.pdf)
3. Benedito Monleón M<sup>a</sup> Carmen, Carrió Rodríguez M<sup>a</sup> Carmen, Valle del Valle Gema del, Domingo González Agustín. Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología depresiva. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [revista en internet]. 2004 Dic [citado 12 Feb 2016]; (92): 165-176. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021157352004000400009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352004000400009&lng=es).
4. mentesabiertas.org [internet]. Madrid; 2015. [citado 11 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.mentesabiertas.org/principal/quienes-somos/asociacion-psicologia-madrid/ama>
5. Lopez, V, Kohn, R, Calgua, E. García, C. et al. Encuesta nacional de salud mental: Descripción epidemiológica de trastornos de salud mental en hombres y mujeres de 18 a 65 años de edad realizada en la República de Guatemala mayo-julio 2009. [Trabajo para optar la Licenciatura de medicina. Guatemala: Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, 2009. [consulta: 16 Jun 2016].
6. Marina P, García Portilla MP, Jiménez L, Palicio L, Trabajo P, Bobes J. Función sexual en pacientes deprimidos: relación entre síntomas depresivos y disfunción sexual. Revista de Neuropsiquiatría [internet]. 2013 [citado 13 Feb 2016]; 76 (3): 161-172. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3720/372036945006.pdf>
7. Sierra JC, Vallejo Medina P, Santos iglesias P, Lameiras Fernandez M. Validacion del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire en población española. Revista Elsevier [internet]. 2012 [citado 11 Jun 2016]; 44 (9). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validacion-del-imassachusetts-general-hospital-sexual-90151786#elsevierItemBibliografias>
8. Organización Mundial de la Salud. La depresión. Nota descriptiva N. 369 [internet]. 2016 [citado 11 de Jun 2016]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
9. Díaz Morfa J. El paciente esquizofrénico y su sexualidad: conductas y trastornos sexuales. Revista ELSEVIER [internet]. 2006 [citado 04 Abril 2016]; 13 (1). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-el-paciente-esquizofrenico-su-sexualidad-13085382#elsevierItemsResumenes>

10. Sapetti A. Antidepresivos y las disfunciones sexuales. Revista sexovida [internet]. 2016 [citado 07 Agosto 2016]; Disponible en: <http://www.sexovida.com/psiquiatria/antidepresivos.htm>
11. MacLean F, Lee A. Drug-Induced sexual dysfunction and infertility. Pharmaceutical J. [internet]. 1999 [citado 07 Agosto 2016]; 262(7047): 780-4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6148848>
12. Regal Faraldo M, Fernandez Hierro J, Paz Esquete J. Disfunción sexual asociada a tratamiento antidepresivo. Revista Orixinais [Internet]. 2011 [citado 4 abril 2016]; Volumen 18: 101-106. Disponible en: [http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/18\\_2\\_orixinal\\_4.pdf](http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/18_2_orixinal_4.pdf)
13. Daray FM, Pérez Roldán ML, Rebok F. Efectos adversos sexuales inducidos por antidepresivos: detección y manejo. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría [internet]. 2012 [citado 7 Agosto 2016]; 17 (3): 213-226. Disponible en: [http://www.alcmeon.com.ar/17/67/03\\_daray.pdf](http://www.alcmeon.com.ar/17/67/03_daray.pdf)
14. Montejo AL, Majadas S. Disfunción sexual por antidepresivos ¿Qué se puede hacer? Revista Capsulas de formación en depresión. Cursos rápidos online de resolución de dudas clínicas sobre la depresión [internet]. [citado 13 abril 2016]; Disponible en: [http://massformacionmedica.com/formacion/capsula01/capsules1\\_print.pdf](http://massformacionmedica.com/formacion/capsula01/capsules1_print.pdf)
15. Ruiz íñiguez, Raquel. Evaluación de la efectividad de un programa de educación para la salud sexual en personas con diagnóstico de esquizofrenia y que sufren de disfunción sexual [internet]. [citado 13 abril 2016]; Biblioteca Lascasas, 2013; 9(2). Disponible en: <http://index-f.com/lascasas/documentos/lc0717.php>
16. Vásquez Urbina SP, Secin Diep R. Disfunción sexual asociada a antidepresivos. Revista Medigraphic [internet]. 2012 [citado 13 abril 2016]; 10 (1): 20-29. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2012/am121d.pdf>
17. La Torre A, Giupponi, G, Duffy D, Conca A. Sexual dysfunction related to psychotropic drugs: a critical review part I: antidepressants. Pharmacopsychiatry [internet]. 2013 [citado 07 Agosto 2016]; 45:1 91-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23737245>.
18. Taylor MJ, Rudkin L, Bullemor-Day P, Lubin J, Chukwujekwu C, Hawton K. Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. Cochrane Database of Systematic Reviews [internet]. 2013 [citado 07 Agosto 2016]; Issue 5. Art. No.: CD003382. DOI: 10.1002/14651858.CD003382.pub3. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15495050>.
19. Bousoño García M, Bascaran Fernández MT, Saiz Martínez P, Gonzales García P. La disfunción sexual como pieza clave en los tratamientos con antidepresivos a largo plazo. Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo [internet]. 1999 [citado 13 abril 2016]; 6 (1): 14-20. Disponible en: [http://www.unioviedo.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/1999/1999\\_Bousoño\\_Disfuncion.pdf](http://www.unioviedo.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/1999/1999_Bousoño_Disfuncion.pdf)

20. Pacheco Yañez L. Síndrome de disfunción sexual. En: Pacheco Yañez L, Medrano Albeniz J, editores. Psicofarmacología aplicada en atención primaria. Barcelona: Editorial Glosa [internet]. 2007 [citado 07 Agosto 2016]; 427-34.
21. Hackett G, Dean J, Kell P, Price D, Ralph D, Speakman M, Wylie K. British Society for Sexual Medicine. Guidelines on the Management of Erectile Dysfunction. [internet]. Pag 26-34. [citado 07 Agosto 2016]. Disponible en: [http://www.bssm.org.uk/downloads/BSSM\\_ED\\_Management\\_Guidelines\\_2007.pdf](http://www.bssm.org.uk/downloads/BSSM_ED_Management_Guidelines_2007.pdf).
22. Lam RW. Novedades en la investigación sobre antidepresivos. Puesta al día sobre la eficacia y la tolerabilidad de los antidepresivos. Medscape education [internet]. 2015 [citado 08 Agosto 2016], pág. 1-19. Disponible en: [http://img.medscapestatic.com/images/837/676/837676\\_transcript\\_spa.pdf](http://img.medscapestatic.com/images/837/676/837676_transcript_spa.pdf)
23. Pierz KA, Thase ME. A review of vilazodone, serotonin, and major depressive disorder. Prim Care Companion CNS Disord [internet] 2014; [citado 08 Agosto 2016]. 16(1). pii: PCC.13r01554. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4048143/>
24. Deardorff WJ, Grossberg GT. A review of the clinical efficacy, safety and tolerability of the antidepressants vilazodone, levomilnacipran and vortioxetine. Expert Opin Pharmacother [internet]. 2014 [citado 08 Agosto 2016]; 15(17): 2525-2542. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25224953>
25. Hirsch M, Bimbaum R. Sexual dysfunction caused by selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs): Management. [internet] 2015 [citado 17 Agosto 2016]. UpToDate. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/sexual-dysfunction-caused-by-selective-serotonin-reuptake-inhibitors-ssris-management>
26. Conaglen HM, Conaglen JV. Drug-induced sexual dysfunction in men and women. Austr Prescr. [internet] 2013 [citado 17 Agosto 2016]; 36:42-5. Disponible en: <http://www.australianprescriber.com/magazine/36/2/42/5>. Accedido el 11/09/2013
27. La Torre A, Giupponi G, Duffy D, Conca A. Sexual dysfunction related to psychotropic drugs: a critical review part I: antidepressants. Pharmacopsychiatry [internet]. 2013 [citado 17 Agosto 2016]. 45:191-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23737245>. Accedido el 11/09/2013.
28. Taylor MJ, Rudkin L, Bullemor-Day P, Lubin J, Chukwujekwu C, Hawton K. Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. Cochrane Database of Systematic Reviews [internet]. 2013 [citado 17 Agosto 2016]. Issue 5. Art. No.: CD003382. DOI: 10.1002/14651858.CD003382.pub3. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15495050>. Accedido el 11/09/2013.
29. Madina&Azparren. Causas de la disfunción eréctil o impotencia. M&A. Salud urológica y sexual [internet]. 2016 [citado 11 Jun 2016]; Disponible en: <http://www.madina-azparren.com/salud-sexual/disfuncion-erectil-impotencia/causas/>
30. Antona A. Disfunciones sexuales. Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Instituto de Salud Pública. Servicio de Promoción, Prevención y Salud Ambiental [internet]. 2013 [citado 17 Agosto 2016]; Pag 1-35. Madrid. Disponible en: [http://www.madridsalud.es/saludsexual/pdf/disfunciones\\_sexuales\\_resumen\\_curso.pdf](http://www.madridsalud.es/saludsexual/pdf/disfunciones_sexuales_resumen_curso.pdf)

## VIII. ANEXOS

### 8.1 Anexo No. 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

**Título del protocolo:** Disfunción Sexual Asociada a Tratamiento Antidepresivo en Pacientes del Centro de Atención Integral de Salud Mental del IGSS

**Investigador principal:** Dr. René Alejandro López Villatoro

**Sede donde se realizara el estudio:** Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

No. Afiliación: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tipo de Antidepresivo: \_\_\_\_\_

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

#### **JUSTIFICACION DEL ESTUDIO**

El objetivo del presente estudio es identificar la relación que existe en pacientes de 18 a 50 años de edad con diagnóstico de trastornos depresivos y ansiedad con tratamiento de antidepresivos y su funcionamiento sexual. Esta investigación aportara información relevante para empezar a tratar complicaciones sobre el funcionamiento sexual de estos pacientes, que es un tema que no se aborda por el estigma que existe y que puede agravar la sintomatología del paciente en el caso de los trastornos depresivos y de ansiedad a pesar de estar recibiendo tratamiento psicofarmacológico.

Los resultados del estudio se podrán generalizar al tratamiento de pacientes con diferentes diagnósticos que acuden al Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto

Guatemalteco de Seguridad Social, logrando abordar en ellos temas de sexualidad y tratarlos, teniendo mejores resultados en la resolución de problemas y pronóstico de los pacientes.

### **OBJETIVO DEL ESTUDIO**

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo determinar la asociación que existe entre la disfunción sexual y tratamiento antidepresivo, obteniendo datos con los que se puede evaluar la importancia relativa de los distintos factores de riesgo. Esto ayudara a construir modelos predictivos para estas alteraciones y entender que factores pueden tener un mayor impacto.

### **BENEFICIOS DEL ESTUDIO**

Este estudio ayudara a tener un mejor entendimiento de los factores de riesgo que están involucrados con estas alteraciones y los medicamentos antidepresivos a utilizar. Por ejemplo, que medicamento tiene mejores beneficios de acuerdo a las características del paciente. En su turno esta información puede ser usada para respaldar la toma de decisiones tanto al nivel individual como al nivel del sistema de salud.

En lo personal los resultados obtenidos serán proporcionados a los médicos que le darán el seguimiento (en el caso de pacientes que captados a través de Instituciones de Salud) o de manera personal a los participantes.

### **ACLARACIONES**

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- No recibirá pago por su participación.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el investigador.

- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_

he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha:

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). \_\_\_\_\_

la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del Investigador.

Fecha: \_\_\_\_\_

8.2 Anexo No. 2: PRSexDQ-SALSEX (Montejo et al 2000)

**CUESTIONARIO DE DISFUNCIÓN SEXUAL SECUNDARIA AL TRATAMIENTO DE  
PSICOFÁRMACOS**

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** M F

**Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **Mes:** 3 6

• Soltero/a \_\_\_\_\_ Casado/a \_\_\_\_\_ Divorciado/a \_\_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_\_ Unido/a \_\_\_\_\_

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

- Si
- No
- No toma tratamiento actualmente

**B. ¿El paciente comunica espontáneamente esta alteración o fue preciso interrogarle expresamente para descubrir la disfunción sexual?**

- Si comunico espontáneamente
- No comunico espontáneamente

**C. ¿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.

**D. ¿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 eyaculaciones/orgasmo

**E. ¿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

**F. ¿Ha notado dificultades de la erección o del mantenimiento 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% de las ocasiones

**G. ¿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

### 8.3 Anexo No. 3: ESCALA ARIZONA DE EXPERIENCIA SEXUAL (ASEX)

Edad:

Sexo: M F

Estado Civil:

- Soltero/a\_\_\_\_\_ Casado/a\_\_\_\_\_ Divorciado/a\_\_\_\_\_ Viudo/a\_\_\_\_\_ Unido/a\_\_\_\_\_

**A. ¿Qué tan fuerte es su deseo sexual?**

1. Demasiado fuerte
2. Muy fuerte
3. Un poco fuerte
4. Algo débil
5. Muy débil
6. Ausente

**B. ¿Con que facilidad esta excitado sexualmente?**

1. Extremadamente fácil
2. Muy fácil
3. Algo fácil
4. Algo difícil
5. Muy difícil
6. Nunca

**C. (Para los hombres) ¿Puede fácilmente obtener y mantener una erección?**

1. Extremadamente fácil
2. Muy fácil
3. Algo fácil
4. Algo difícil
5. Muy difícil
6. Nunca

**D. (Para mujeres) ¿Cuan fácilmente se humedece su área vaginal?**

1. Extremadamente fácil
2. Muy fácil

3. Algo fácil
4. Algo difícil
5. Muy difícil
6. Nunca

**E. ¿Con que facilidad puede alcanzar el orgasmo?**

1. Extremadamente fácil
2. Muy fácil
3. Algo fácil
4. Algo difícil
5. Muy difícil
6. Nunca

**F. ¿Queda satisfecho/a en sus orgasmos?**

1. Extremadamente satisfactorio
2. Muy satisfactorio
3. Un poco satisfactorio
4. Algo poco satisfactorio
5. Extremadamente insatisfactorio
6. Nunca alcanzo el orgasmo

**8.4 Anexo No. 4: CARTA AUTORIZACION USO DE CUESTIONARIO PRSEXDQ-SALSEX**



Salamanca, 15/06/2016

Dr. Ángel Luis Montejo González, Director Científico de la Asociación Española de Sexualidad y Salud Mental

**OTORGA PERMISO PARA EL USO DEL CUESTIONARIO PRSEXDQ-SALSEX**

A Don **Rene Alejandro Lopez Villatoro**

Signature: Dr. Ángel Luis Montejo González  
University of Salamanca

8.5 Anexo No. 5: CARTA AUTORIZACION USO ESCALA ASEX



Dear Dr.Villatoro

Thanks for your response.

This e-mail will serve as written permission to use the ASEX scale in the investigator-initiated trial described below. There is no license fee attached to the use.

Please let us know if you require English copies of the instructions, scoring guidelines, or the scales themselves. Please also keep in mind that the ASEX cannot be modified in any way without express permission from the Department of Psychiatry, University of Arizona.

We wish you good luck in your research.

Take care,

Joe

—

Joseph Yee, M.B.A.

Regulatory Coordinator

University of Arizona Department of Psychiatry

1501 N. Campbell Ave. Box 245002

Room #7423

Tucson, AZ 85724

Phone: (520)730-2249

Fax: (520)626-6050

### **PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO**

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "Disfunción Sexual Asociada a Tratamiento Antidepresivo en Pacientes del Centro de Atención Integral de Salud Mental del IGSS" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.