

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.



**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina. Dirección de Posgrado
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez**

Facultad de Medicina



**GRADO DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES DEPRIMIDOS CON Y SIN
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Tesis para obtener el grado de médico especialista en psiquiatría

DRA. TANIA ORTEGA ROSAS

**Asesor Teórico:
Dr. José Ibarreche Beltrán**

**Asesora Metodológica:
Mtra. Janet Jiménez Genchi**

Ciudad Universitaria, Cd. Mx.

Enero, 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

ÍNDICE

Página

| | |
|----------------------------------|----|
| Resumen | 3 |
| Introducción | 5 |
| Marco teórico | 7 |
| Justificación | 19 |
| Planteamiento del problema | 20 |
| Pregunta de investigación:..... | 21 |
| Objetivos..... | 21 |
| Criterios de selección..... | 23 |
| Tipo de estudio | 24 |
| Instrumentos de medición | 24 |
| Procedimiento..... | 30 |
| Consideraciones bioéticas | 31 |
| Referencias | 66 |
| Anexos | 79 |

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

GRADO DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES DEPRIMIDOS CON Y SIN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Resumen

Introducción: La disfunción sexual (DS), es un problema de salud muy frecuente en la población general, encontrándose esta con mayor prevalencia en pacientes deprimidos, lo cual no suele ser evaluado de forma habitual en la práctica clínica.

Objetivo: El presente estudio buscó determinar el grado de DS en pacientes con Trastorno depresivo mayor (TDM) con y sin tratamiento farmacológico.

Material y método: Se realizó una invitación a los participantes de la consulta externa y urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA), explicándoles mediante un consentimiento informado los riesgos y beneficios del presente estudio, posteriormente aquellos que aceptaron participar fueron evaluados con la Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS) y la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional versión 5 (MINI), para establecer y corroborar el diagnóstico de TDM de los pacientes que no han recibido tratamiento, y la escala Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ), para valorar la función sexual en ambos grupos (con y sin tratamiento farmacológico), así como la escala PRsexDQ SALSEX para evaluar específicamente funcionamiento sexual en pacientes que ya tienen tratamiento farmacológico. Se consideraron a los pacientes vistos por primera vez como “pacientes sin tratamiento”, y los de consulta externa que recibían fármacos antidepresivos como “pacientes con tratamiento”.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

Resultados: Se encontró una mayor prevalencia de DS en pacientes con TDM que no reciben tratamiento antidepresivo en comparación al grupo con tratamiento farmacológico. Ambos grupos reportaron empeoramiento de la vida sexual a partir del episodio depresivo independientemente de haber sido o no tratados farmacológicamente, aunque en menor medida en el grupo tratado.

Conclusiones: Se corroboró la hipótesis de que existe un mejor funcionamiento sexual en pacientes con tratamiento antidepresivo para el TDM. Existió una disminución en el grado de disfrute/placer sexual en ambos grupos pero con mayor severidad en el grupo sin tratamiento farmacológico. La percepción de cambio de la vida sexual fue reportada como peor en dos tercios de los participantes, a raíz del inicio del TDM. Ninguno de los participantes del estudio reportó de forma espontánea la presencia de DS. Continúa siendo subestimada la incidencia real de DS en pacientes con TDM, por lo cual se recomienda su tamizaje en todos los casos.

Palabras clave: Depresión, Trastorno Depresivo Mayor, Disfunción sexual y Antidepresivos.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es un síndrome caracterizado por síntomas cardinales como ánimo depresivo y disminución del interés o placer; sentimientos de desesperanza y culpa patológica; además de presentarse otros con un componente más somático como alteraciones del sueño, del apetito y síntomas físicos entre los cuales están incluidas las DS; dando como resultado una afectación del funcionamiento psicosocial. (1,2) El TDM es uno de los padecimientos mentales más comunes en la población. Según la OMS tiene un alto impacto en disability-adjusted life year (DALY), superando por mucho a las otras enfermedades crónicas existentes. (3–6) De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es actualmente la segunda causa de discapacidad en países desarrollados. (7)

La prevalencia de DS es mayor en los pacientes con TDM que en la población general. Además la relación entre depresión y DS 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)

Existen revisiones sistemáticas de las DS y la insatisfacción que indican que estos problemas son comunes en ambos sexos y en todas las sociedades, siendo más frecuentes en las personas de edad avanzada y en aquellos con enfermedades crónicas, incluyendo el TDM, por lo cual se recomienda realizar su cribado. Las tasas de DS varían considerablemente entre los diversos estudios, probablemente reflejadas por las diferencias de la población de estudio y los tipos de disfunción evaluada. (9)

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

Adicional a esto se encuentran riesgos relacionados al uso de tratamientos antidepresivos con efectos adversos sobre la función sexual, lo cual repercute en la evolución de la enfermedad, perpetuando la sintomatología depresiva, empeorando la calidad de vida y de relación con la pareja en la esfera sexual e incluso condicionando el abandono de tratamientos en algunos casos por dichos motivos. (2,10) Existe un unánime acuerdo en que la incidencia de la DS secundaria al uso de antidepresivos está actualmente subestimada por el clínico y que el psiquiatra (bien por falta de tiempo, de preparación o de interés) apenas interroga a sus pacientes acerca de la actividad sexual previamente y durante el tratamiento con psicofármacos. (11)

Las fichas de los antidepresivos hacen referencia a una incidencia muy escasa de DS (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) Sin embargo también se han estudiado posibles antídotos para la alteración sexual provocada por el uso de antidepresivos. (13)

El presente estudio evaluó el grado de DS en una muestra de pacientes con TDM del HPFBA y diversos parámetros relacionados a su satisfacción sexual y otras funciones relacionadas, con la intención de evaluar comparativamente el funcionamiento sexual en ambos grupos.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

MARCO TEÓRICO

Trastorno depresivo mayor

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. (14) Se calcula que más de un 20 % de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. (4,14) El TDM es el más frecuente de los trastornos mentales. En el mundo existen más de 350 millones de personas que sufren de depresión según la Organización Mundial de la Salud (OMS). La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento (2012). La prevalencia del TDM a lo largo de la vida se estima en 6.7% (IC 95% 4.2-10.1) para los hombres y 7.5% (IC 95% 4.5-11.3) para las mujeres. (15–17); los resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Psiquiátricas (ENEP) 2003, señalan que 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio. La depresión ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%), e incluso se han reportado tasas en mujeres que llegan a ser 1.5 a 3 veces mayor que las de los hombres. (1,18). La depresión puede aparecer en cualquier época de la vida pero es más frecuente entre los 18 y 44 años de edad, con una edad media de inicio alrededor de los 27 años. (15,17) El TDM muestra una alta prevalencia y se estima que hacia el año 2020 se convertirá en la segunda causa de discapacidad. (19)

El TDM es un síndrome caracterizado por la baja general y primaria del estado de ánimo (hipotimia) acompañada de otros signos y síntomas como disminución del

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

interés o placer, sentimientos de desesperanza y culpa patológica; además de presentarse otros con un componente más somático como alteraciones del sueño, del apetito y síntomas físicos entre los cuales están incluidas las DS; dando como resultado una afectación del funcionamiento psicosocial (ver cuadro 2). (1,2), que puede presentarse secundariamente a una enfermedad médica, consumo de sustancias psicoactivas o de forma primaria o psiquiátrica. Su diagnóstico representa un reto ya que, definir con exactitud los caracteres específicos del trastorno y elaborar un conocimiento etiopatogénico único que da precisión conceptual en otros campos de la medicina, sigue siendo complejo en la práctica clínica. (20)

En la actualidad para establecer el diagnóstico de TDM se utilizan criterios clínicos estandarizados y matemáticamente confiables los cuales son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales en su 5^o versión (DSM-V) y la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE 10). Para establecerse el diagnóstico deben cumplirse 5 síntomas durante al menos dos semanas, con malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas vitales y que se descarte que éstos no son debidos a efectos del consumo de sustancias, enfermedad médica, o un proceso de duelo fisiológico. (1,21)

El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses de 5.8% y 9.5%, respectivamente. (6) Se estima que en el 2020 será la segunda causa de pérdida de años de vida saludable a nivel mundial y la primera en países desarrollados. (14)

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

Función sexual

La respuesta sexual humana fue estudiada en 1966 por el ginecólogo William Masters y la trabajadora social Virginia Johnson (conocidos popularmente por sus dos apellidos juntos: Masters y Johnson), ellos diferenciaron cuatro fases de la respuesta sexual, tanto para hombres como para mujeres, a saber: fase de excitación, de meseta, de orgasmo y de resolución. Las cuatro fases de la respuesta sexual de Masters y Johnson fueron conjuntadas posteriormente en dos básicas: excitación y orgasmo, en lo que se conoció como “la respuesta bifásica”. Posteriormente, Kaplan propuso que se debería considerar una fase más: la del deseo, lo que concretó “la respuesta trifásica”, discutida por los master-johnsonianos que consideraban que el deseo no podía ser mensurable fisiológicamente, tal como se había demostrado en el laboratorio con las dos fases precedentes. Sin embargo, el concepto trifásico: deseo-excitación-orgasmo terminó por imponerse, y con este esquema se comenzaron a trabajar las alteraciones de cada una de estas tres fases, con el nombre de disfunciones (del deseo, de la excitación y del orgasmo). (22,23)

Disfunción sexual

El funcionamiento sexual está influenciado por una serie de factores, siendo la enfermedad mental uno de ellos. Las disfunciones sexuales (DS) son un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por una alteración clínicamente significativa de la respuesta sexual, de la capacidad de experimentar placer con el sexo y/o cambios psicofisiológicos asociados con el ciclo de respuesta sexual (21,24); estas dificultades dan lugar con frecuencia a malestar en las relaciones interpersonales.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

Dichos trastornos se pueden agrupar en los siguientes: Retraso de la eyaculación, Disfunción eréctil (DE), trastorno orgásmico femenino, trastorno del deseo / excitación sexual femenina, trastorno de la penetración/ dolor genito-pélvico, trastorno de deseo sexual hipoactivo masculino, eyaculación precoz, DS inducida por medicamentos/ sustancias, otra DS especificada y DS no especificada. (1) Todos los grandes estudios epidemiológicos que se han ocupado de este tema en la población general encuentran altas tasas de DS, siendo los más comunes el deseo sexual hipoactivo en mujeres y la eyaculación precoz en hombres (25), sin embargo es importante considerar que las DS son altamente prevalentes en los trastornos mentales, siendo que estas pueden ser causadas por la propia psicopatología, aunque también son debidas a la farmacoterapia (26).

Cuadro 1.
Tipos de disfunción sexual (1)

| Tipo | Clave CIE 10 |
|---|--|
| Eyaculación retardada | F52.32 |
| Trastorno eréctil | F52.21 |
| Trastorno Orgásmico femenino | F52.31 |
| Trastorno del interés/excitación sexual femenina | F52.22 |
| Trastorno del dolor genito/pélvico/ penetración | F52.6 |
| Trastorno del deseo sexual hipoactivo en el varón | F52.0 |
| Eyaculación prematura (precoz) | F52.4 |
| DS inducida por sustancias/medicamentos | |
| • Alcohol | Con trastorno por consumo leve (F1x.181) |
| • Opiáceos | |
| • Sedante, hipnótico, ansiolítico | Con trastorno por consumo moderado o grave (F1x.281) |
| • Anfetamina (u otro estimulante) | Sin trastorno por consumo (F1x.981) |
| • Cocaína | |
| • Otra sustancia o sustancias desconocida | |
| Otra DS especificada | F52.8 |
| DS no especificada | F52.9 |

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

Disfunción sexual y Trastorno depresivo mayor

La prevalencia de DS es consistentemente mayor en los pacientes con depresión que en la población general (8,27)

La ausencia o disminución del deseo sexual, o libido, forma parte, desde siempre, de los síntomas depresivos (28,29), y los porcentajes de DS en los pacientes con depresión unipolar se estiman entre el 25 y el 47 %. (10) En un estudio pequeño de pacientes con depresión mayor se observó que la disminución de la excitación en varones y mujeres era más frecuente (40-50 %) que los problemas relacionados con la eyaculación o el orgasmo (15-20 %). (30)

La demora de la eyaculación y el orgasmo, los síntomas asociados con mayor frecuencia a los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), no son características inherentes de la depresión, a diferencia de la disminución del deseo sexual. También debe tenerse en cuenta que la función sexual fluctúa en la vida normal, y que el deseo y las expectativas sexuales también evolucionan a lo largo del ciclo vital. Asimismo, el deseo sexual está influido por determinados factores psicológicos, como la alegría, la tristeza, el afecto mutuo, los desacuerdos, etc. (31)

La disminución de la libido es un síntoma clásico del TDM, y juega un papel prominente en las formulaciones psicológicas y psicodinámicas en la enfermedad depresiva. Estudios sistemáticos sugieren que la disminución de la libido está presente hasta en un 75 % de los pacientes. (13,28,32)

En la instauración de la enfermedad depresiva, es muy común que debido a la anhedonia disminuya el deseo sexual; además de que más de la tercera parte de los pacientes deprimidos, presentan una pérdida de la tumescencia peneana nocturna,

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

sugiriendo que la depresión llega a tener un impacto neurofisiológico en la respuesta de la vasoconstricción genital. (13)

La depresión y la DE son frecuentemente comórbidas, particularmente en hombres de edad avanzada. La relación entre ambas parece ser bidireccional: ya que la presencia de una de estas alteraciones parece causar o modificar la otra. (13,32)

Según las definiciones y los criterios diagnósticos del DSM IV- TR, la DS asociada a los fármacos y a otras sustancias se caracteriza por una alteración de los procesos del ciclo de la respuesta sexual (deseo/excitación sexual-orgasmo/resolución) o por el dolor asociado a la relación sexual. La DS genera un malestar intenso y dificultades interpersonales, y obedece totalmente a la toma de determinados fármacos. Los síntomas se desarrollan durante el primer mes de la toma de un fármaco, o el empleo del fármaco está relacionado etiológicamente con la alteración funcional. (1,33). Existe controversia en los resultados de diversos estudios, mientras que alguno menciona que la disminución de la libido y la DE en pacientes que usan ISRS, no son sustancialmente diferentes a los reportados en la población general (Rosen 1999); en contraste, otros han reportado que los agentes farmacológicos son la causa de más del 25% de la impotencia masculina. Han demostrado tener efectos en todas las fases de la respuesta sexual, interfiriendo en la erección o eyaculación en el hombre, y en las mujeres, retardando o impidiendo el orgasmo (34), o mayores problemas durante la fase de orgasmo que en la población general, con el uso de ISRS (33,35). Los efectos secundarios indeseables de los ISRS parece que no sólo involucran a diferentes tipos de receptores serotoninérgicos sino también la acción de la serotonina sobre estos receptores en áreas específicas del cuerpo, incluyendo el cerebro, la espina dorsal y el intestino. La estimulación de los receptores serotoninérgicos 2A y 2C en la espina

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

dorsal pueden inhibir los reflejos espinales del orgasmo y la eyaculación, produciendo DS. La estimulación de los receptores 2A mesocorticales de los centros del placer puede reducir la dopamina en dichas áreas y dar lugar a apatía y disminución de la libido. (36)

Otro estudio de Frohlich en el año 2000, menciona que las dificultades sexuales a menudo acompañan a ciertos trastornos que se caracterizan por anomalías en la serotonina periférica. Eso es posible que estas dificultades sexuales resulten, al menos en parte, de la desregulación de la serotonina periférica. Por ejemplo, depresión, que tradicionalmente se ha visto como una enfermedad psicológica, se caracteriza por cambios en el funcionamiento sexual y la evidencia sugiere que la serotonina periférica, medido por niveles de serotonina plaquetaria, es menor en personas deprimidas en comparación con individuos no deprimidos. Además, los niveles de serotonina plaquetaria pueden estar inversamente relacionados con la gravedad de la depresión. Dado que la vasocongestión genital es importante para la excitación sexual normal, y la serotonina es una potente sustancia vasoactiva en los tejidos periféricos, es factible que los cambios en la actividad de la serotonina puedan afectar el funcionamiento sexual. (37)

Se ha planteado la hipótesis de que la DS es muchas veces inducida por los ISRS, esto puede ocurrir con mayor frecuencia en pacientes con una mayor actividad serotoninérgica central, ya que esta mayor actividad serotoninérgica puede inducir la inhibición del deseo sexual, la eyaculación y el orgasmo. En cuanto a la fisiopatología de este efecto, hay evidencia de que la mayor disponibilidad de serotonina inhibe el deseo sexual, la eyaculación y el orgasmo, principalmente a través del agonismo del receptor 5-hidroxitriptamina (5-HT) 2 y 5-HT3. Sin embargo, la DS también se ha

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

relacionado con la disminución de la dopamina, el bloqueo de los receptores adrenérgicos y colinérgicos, la inhibición de la óxido nítrico sintetasa y la elevación de los niveles de prolactina. Por lo tanto, la fisiopatología de la DS inducida por ISRS sigue sin estar clara. (38)

Los datos iniciales sobre incidencia de DS obtenidos de forma retrospectiva presentaban grandes oscilaciones, de entre el 5 y el 75%, dependiendo de la metodología de estudio. En los últimos 10 años se ha observado un incremento muy importante de las publicaciones relacionadas con el tema, y al utilizar cuestionarios específicos se ha detectado un incremento en las cifras de DS (60%), comparadas con las estimaciones iniciales obtenidas por comunicación espontánea de los pacientes (14%). (11)

Los primeros fármacos empleados para el tratamiento de la depresión mayor, los antidepresivos tricíclicos (ATC) y los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO), se asociaban a una alta frecuencia efectos adversos, muchos de ellos de gravedad. Cuando estos eran los antidepresivos que se prescribían con mayor frecuencia se prestaba mucha atención a la detección y el manejo de los efectos adversos que podían comprometer la vida del paciente. En los últimos años, el tratamiento del TDM ha cambiado con la introducción de nuevos fármacos antidepresivos con diferentes mecanismos de acción. Estos nuevos antidepresivos se asocian con efectos adversos de menor gravedad pero que en muchos casos llevan a una falta de adherencia al tratamiento: tal es el caso de las disfunciones sexuales. Por DS se entiende a una alteración en alguna de las fases de la respuesta sexual humana: deseo, excitación, orgasmo y resolución. (39)

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

Es preponderante una evaluación inicial respecto al funcionamiento sexual en paciente con TDM que incluya: indagar sobre algún tratamiento previo, funcionamiento sexual premórbido, trastornos psiquiátricos comórbidos y consumo de sustancias (incluido el tabaco), otros trastornos médicos comórbidos, toma de otros medicamentos concurrentes, incluyendo los medicamentos de venta libre (por ejemplo, la cimetidina está asociada con la DS), funcionamiento sexual durante el episodio depresivo, (40) pero antes del inicio del tratamiento antidepresivo, y el posible contexto interpersonal de la DS (discordia marital, etc.). (41)

Las estrategias utilizadas para tratar la DE inducida por ISRS son: a) disminución de la dosis, b) esperar a que se desarrolle tolerancia, c) cambiar a un antidepresivo que no tenga efectos secundarios en el desempeño sexual (nefazodona, bupropión o mirtazapina) d) utilización de un antídoto.

Se han reportado como antídotos: antagonistas del receptor alfa 2 adrenérgico como la yohimbina (42); antagonistas del receptor 5HT₂ como la nefazodona (43) y ciproheptadina (44–46); antagonistas del receptor 5 HT₃ como el granisertron (47); agonistas de dopamina (40), psicoestimulantes (48); ginkgo biloba (49), citrato de sildenafil (35,50,51) y recientemente fue aprobada la flibanserina en mujeres, descrita como un agonista-antagonista multifuncional de la serotonina, es un agonista del receptor de la serotonina 1A y un antagonista del receptor de la serotonina 2A. (52,53)

A continuación se presenta una guía de abordaje de la DS inducida por ISRS:

1. Iniciar, si es posible, con un antidepresivo que no esté asociado con DS.
2. Esperar la resolución espontánea de los efectos adversos: los efectos adversos tienden a ser más severos en las semanas iniciales de la toma del medicamento y disminuir con el avance del tratamiento. (41)

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

3. Disminuir la dosis: la DS puede ser dosis-dependiente así que la disminución de la misma puede ser útil, esto debe ser tomado con precaución con el objetivo de evitar llegar a una dosis subterapéutica. (41)
4. Interrupción periódica del tratamiento: la DS por fluvoxamina, sertralina y paroxetina ha sido satisfactoriamente tratada con periodos de interrupción en la toma del medicamento (disminuirlo o suspenderlo el fin de semana) (54,55). Esto pudiera no resultar útil con fluoxetina por su larga vida media. (36)
5. Sugerir que la actividad sexual se lleve a cabo justo antes de la toma del antidepresivo: la evidencia de esta estrategia es limitada y puede ser útil sólo para antidepresivos de vida media corta (paroxetina y sertralina). (36)
6. Cambiar a un antidepresivo que tenga una menor incidencia de DS: esta estrategia puede dificultarse en casos en los que el paciente ya ha probado otros antidepresivos sin éxito para su depresión, y el medicamento que le genera problemas de DS sea el único que ha sido útil en mejorar los síntomas depresivos. Lo que deberá discutirse con el paciente, para evaluar riesgo vs beneficio. (36)
7. Uso de un agente secundario para disminuir la DS: diversos medicamentos han sido utilizados en la DS inducida por antidepresivos:
 - a. Agonistas dopaminérgicos y psicoestimulantes: La amantadina 100-200 mg/día ha sido útil en la DS por fluoxetina. (40) Otro estudio arrojó datos contradictorios. Dextroanfetamina y metilfenidato: han sido usados en algunos casos de DS por ISRS y pueden ser especialmente útiles en pacientes con TDAH concomitante; las mujeres reportan aumento de los niveles de excitación y sensación orgásmica y los hombres reportan erecciones más

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

firmer (33,36). La adición de bupropión 75 mg/día o 75 a 150 mg 1-2 horas antes de la actividad sexual puede mejorar la DS secundaria a monoterapia con ISRS (56,57). Una mesa de expertos psiquiatras en el área de DS por antidepresivos concluyeron que agregar un agente dopaminérgico como dextroanfetamina, metilfenidato o bupropión fue la estrategia de primera línea más común para contrarrestar la DS por antidepresivos. (33)

- b. Ciproheptadina (antagonista 5HT₂): 2-8 mg/día o 4-12 mg 1-2 horas antes de la actividad sexual es efectivo en revertir la DS inducida por imipramina, clomipramina e ISRS (44,45). Los pacientes pueden experimentar sedación al día siguiente si se usa en combinación con tricíclicos o IMAOs como resultado de sus propiedades antihistamínicas. Recaída en la depresión, bulimia y pensamientos suicidas han sido reportados con su uso. (44,46)
- c. Yohimbina (antagonista alfa-adrenérgico): 5.4-10.8 mg antes de la actividad sexual ha sido efectivo en reducir la DS por ISRS. Los efectos adversos incluyen náusea y ansiedad (58); sin embargo, otro estudio no encontró mejoría con su uso. (59). Además de que planta que ha mostrado científicamente cierto efecto en contrarrestar los problemas sexuales causados por el consumo de algunos medicamentos para la depresión. Sin embargo, su ingrediente activo, la yohimbina (de donde deriva el término popular yumbina), está prohibido en México por el artículo 169 del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.(60)
- d. Medicamentos que aumentan niveles de acetilcolina: neostigmina (inhibidor de la colinesterasa), ha sido usado para aumentar la libido y revertir la dificultad eyaculatoria en dosis de 7.5-15 mg, 30 minutos antes de la actividad

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

sexual. Betanecol 10-20 mg/día o 30 mg 1-2 horas antes del coito, es útil para tratar la DE causada por los efectos anticolinérgicos de los ADT. Ambos medicamentos deben ser prescritos cuidadosamente en pacientes con enfermedad Parkinson, hipertrofia prostática, enfermedad ácido-péptica o enfermedad cardiovascular. (61)

- e. Trazodona: puede incrementar la libido cuando es utilizada como tratamiento adyuvante con otros antidepresivos (62)
- f. Buspirona (agonista serotoninérgico parcial 1A) a dosis de 30 mg/día puede revertir la DS por ISRS a través de dos mecanismos: agonista serotoninérgico parcial y antagonista alfa-adrenérgico. (63)
- g. Mirtazapina: Puede revertir la DS por ISRS sin disminuir la eficacia antidepresiva al hacer el cambio a este medicamento. La prevalencia de DS producida por la mirtazapina es mucho menor que la de los ISRS debido a su diferente mecanismo de acción: bloqueo sobre receptores 5HT₂ postsinápticos (cuya estimulación se ha relacionado íntimamente con la aparición de alteraciones en la eyaculación y el orgasmo) combinado con su efecto noradrenérgico. (11)
- h. Sildenafil y tadalafil (agonistas óxido nítrico) facilitan la erección por inhibición de la fosfodiesterasa-5, resultando en un incremento del óxido nítrico con vasodilatación del cuerpo cavernoso. Contraindicado en pacientes bajo tratamiento con nitratos. (35)
- i. Remedios herbales: Ginkgo-biloba 60-180 mg puede ayudar en la DS vasoconstrictiva. Cohen reportó un estudio con Ginkgo-biloba en el cual 91% de las mujeres y 71% de los hombres que tomaban antidepresivos tuvieron

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

resolución de la DS. Se debe tener precaución con el uso de este medicamento por la falta de información científica y reportes de hematomas subdurales espontáneos con su uso crónico. Efectos adversos incluyen alteraciones gastrointestinales y cefalea. (49)

- j. Pregabalina: Se han reportado dos casos en la literatura de remisión de los efectos sexuales adversos de citalopram agregando pregabalina al tratamiento farmacológico. (64)
- k. Flibanserina: Es un agonista y antagonista multifuncional de la serotonina (agonista del receptor 5-hidroxitriptamina [5-HT] 1A y antagonista del receptor 5-HT2A), actualmente es el único fármaco aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) para el trastorno del deseo sexual hipoactivo, que es la DS más común en mujeres. (53,63)

JUSTIFICACIÓN

El ejercicio de la sexualidad es una parte fundamental en la vida de todos los seres humanos. La salud sexual, puede ser afectada por múltiples factores, llamándose a estas condiciones DS, entre la etiología de estas se encuentran: 1) enfermedades médicas (hipertensión arterial, enfermedades vasculares o diabetes por ejemplo), 2) diversos tratamientos farmacológicos incluyendo psicofármacos y 3) trastornos del estado de ánimo (TDM), el cual es poco valorado por los clínicos, provocando un subdiagnóstico de esta patología. Existe una estrecha relación entre la presencia de síntomas depresivos y los reportes de dificultades sexuales e insatisfacción (1), lo cual ha motivado diversos estudios sobre el tema.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

Esta investigación pretende identificar en pacientes mexicanos con TDM qué áreas de la función sexual se afectan con mayor frecuencia, tanto por el TDM en sí, como por el uso de antidepresivos, o la combinación de ambos factores. La aparición de DS debido al tratamiento repercute en la evolución de la enfermedad, empeorando la sintomatología del TDM, produciendo cambios negativos a nivel de la autoestima, del humor y la relación con sus parejas con una disminución de la calidad de vida de estos pacientes o propiciando el abandono de los psicofármacos. (2)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestra sociedad, aún existe un tabú generalizado acerca de la sexualidad, que incluso alcanzan el ámbito de las evaluaciones clínicas de manera bidireccional. Este recelo se incrementa en la presencia de las DS, lo cual a su vez contribuye sobre las afectaciones en diversas áreas vitales (problemas de pareja, familiares, sociales, incremento de psicopatología y comorbilidades, calidad de vida, abandono de tratamientos, entre otros). En el TDM tanto por la propia enfermedad como por sus tratamientos, las DS son más prevalentes que en la población general (1,6,14); sin embargo, es un cuestionamiento que no se hace de forma rutinaria dentro de la semiología, pese a que la salud sexual es un rubro relevante dentro de las necesidades básicas del hombre. (65) Por lo previamente escrito, se considera importante el investigar esta problemática en los pacientes, ya que permitiría detectarlos y atenderlos de forma adecuada y oportuna.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Existen diferencias estadísticamente significativas en la función sexual en pacientes con TDM con tratamiento farmacológico comparados con pacientes con TDM sin tratamiento farmacológico que asisten al servicio de consulta externa y urgencias?

OBJETIVOS

Objetivo general:

1. Determinar el grado de DS en pacientes con TDM con y sin tratamiento farmacológico.

Objetivos particulares:

1. Determinar el impacto de los antidepresivos en la función sexual.
2. Determinar el impacto del grado de la depresión en la función sexual.

HIPÓTESIS

- Ⓢ H₁: La DS en pacientes deprimidos es mayor en los NO tratados farmacológicamente que en los tratados.
- Ⓢ H₀: La DS en pacientes deprimidos NO es mayor en los NO tratados farmacológicamente que en los tratados.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

Cuadro 2.
Operacionalización de variables

| Variable | Definición conceptual | Definición de la medición | Tipo de variable | Dependiente o independiente |
|--------------------------|--|--|------------------|-----------------------------|
| Género | Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras, hombres de mujeres | Masculino o femenino | cualitativa | Independiente |
| Depresión según el grado | Trastorno clínico caracterizado por alteración persistente del estado de ánimo el cual es bajo. | Leve, moderada o severa | cualitativa | Independiente |
| Edad | Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento. | 0 al infinito en años | cuantitativa | Independiente |
| Estado civil | Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. | Soltero, casado, separado, divorciado, en unión libre, viudo | cualitativa | Independiente |
| Grado de Función sexual | Está referida a la actividad relacionada con los órganos, glándulas y hormonas sexuales. Así mismo debemos estudiar que la función sexual está comprendida en: • Impulso o deseo sexual • Erotismo • Autocontrol | Adecuada, disfunción leve, moderada, severa | cualitativa | Dependiente |

MUESTRA

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

Muestreo: por cuotas y por tiempo (ingresarán al estudio los pacientes que sean candidatos según los criterios de selección y que sean valorados en consulta externa y el servicio de urgencias).

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

1. Pacientes que acudan al servicio consulta externa y urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que cuenten con el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente o episodio depresivo.
2. Pacientes de ambos sexos.
3. Pacientes que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.
4. Pacientes entre 18- 45 años de edad, debido a que el estudio se llevará a cabo en consulta externa y urgencias.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con cuadro psicótico.
2. Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar.
3. Pacientes portadores de cáncer, diabetes mellitus, hipertensión arterial o enfermedad neurológica o reumatológica concomitante.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

4. Pacientes con abuso o dependencia a sustancias tales como solventes, marihuana, cocaína u opioides.

Criterios de eliminación:

1. Pacientes que no completen la escala.
2. Pacientes que no cuenten con la carta de consentimiento informado firmada.
3. Pacientes que soliciten su retiro del estudio.
4. Pacientes con trastornos de personalidad, que acudan en crisis.
5. Pacientes que no cumplan para trastorno depresivo por puntuación en las escalas MINI y HDRS
6. Procesamiento inadecuado de datos de alguno de los participantes de la muestra.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal, descriptivo, relacional y comparativo.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN UTILIZADOS

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional versión 5.0 (MINI) (apartado de depresión):

La MINI es una entrevista estructurada heteroaplicada (el médico la utiliza como base para llevar a cabo su interrogatorio) dividida en módulos que corresponde a los principales diagnósticos psiquiátricos. En su uso clínico no siempre es necesario aplicarla entera, ya que hay preguntas que dirigen al siguiente módulo cuando no se han cumplido los criterios iniciales del trastorno estudiado y su continuación resultaría improductiva. (66) Es una herramienta de tamizaje, la cual se encuentra validada en México. (67)

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

Escala de depresión de Hamilton (HDRS): La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale; HDRS) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. (68,69) La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios. (70,71) Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte: No deprimido: 0-7; Depresión ligera/menor: 8-13; Depresión moderada: 14-18; Depresión severa: 19-22; Depresión muy severa: >23. (68,71,72) Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25%. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo. (70,72)

Changes in Sexual Functioning Questionnaire CSFQ-C

El cuestionario Cambios en el funcionamiento sexual (CSFQ) es un breve instrumento que evalúa y rastrea los cambios en el funcionamiento sexual asociado con la enfermedad mental y los efectos de la medicación, ha sido desarrollado para responder a esta necesidad. Ha demostrado su utilidad para describir el funcionamiento sexual antes y durante el inicio de la enfermedad y durante el tratamiento, lo que permite al médico determinar los cambios asociados con las intervenciones. El CSFQ es un instrumento diseñado para evaluar de manera sistémica cambios en la función sexual en poblaciones de pacientes con enfermedad y/o susceptibilidad de experimentar efectos adversos del deseo sexual asociados al tratamiento. Preferiblemente debe administrarse mediante entrevista clínica semiestructurada, pero puede ser autoaplicado. Existen versiones específicas para varones (de 36 ítems) y para mujeres (de 34 ítems), aunque los primeros 21 ítems son comunes para ambos sexos. Consta de 21 ítems fundamentales que evalúan 5 dimensiones de la función sexual: deseo sexual/frecuencia, deseo/interés sexual, placer, arousal/excitación, orgasmo. Los ítems restantes (24 en varones y 22 en mujeres) proporcionan información relevante para la historia clínica. (73,74)

Este instrumento clínico y de investigación fue desarrollado para su uso con pacientes heterosexuales y orientación homosexual; con preguntas de frecuencia que se dice que son igualmente adecuados para la actividad homosexual o heterosexual. (75)

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

Cada ítem es respondido en una escala tipo Likert de 5 opciones de respuesta, que se refiere a frecuencia, satisfacción o cambio. Es posible obtener una puntuación global para varones y mujeres específicamente, a partir de la suma de los 12 ítems de las 5 dimensiones mencionadas y de 2 ítems adicionales que evalúan, respectivamente, disminución de arousal en mujeres y dolor/ erecciones prolongadas en varones y dolor en el orgasmo, y donde puntuaciones más altas indican mejor función sexual. Se han estudiado sus propiedades psicométricas demostrando poseer avanzada fiabilidad en términos de consistencia interna y test-retest, y adecuada validez en vergente/devergente discriminante. Existe una versión traducida al español adecuadamente validada y adaptada, y con la que se ha demostrado que el CSFQ posee sensibilidad a los cambios. Los dominios o subescalas se estudian individualmente para determinar alteración, de cada uno de estos existen puntos de corte para definir la presencia o no de DS, sin embargo del puntaje total de la escala no existen puntos de corte y sólo se considera que a mayor puntuación existe mejor funcionamiento sexual, o bien, que a menor puntuación, existe menor funcionamiento sexual. El tiempo de administración es relativamente breve, entre 15 y 20 min, y su corrección e interpretación es rápida y simple: cuanto mayor sea la puntuación, mejor será el funcionamiento sexual. La CSFQ nos permite distinguir entre pacientes que, después de haber tenido un funcionamiento psicosocial normal, desarrollar DS y que nunca han tenido un adecuado ajuste psicosexual. (76) La fiabilidad interna del cuestionario se evaluó por separado en los hombres y en las mujeres para cada una de las cuatro dimensiones de la CSFQ y para el cuestionario en su conjunto. En todos los casos excepto para el deseo / frecuencia, el coeficiente de Cronbach fue mayor que 0,80. En cuanto a test-retest fiabilidad, los valores de los coeficientes de Spearman e

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

intraclase, la correlación obtenida para el conjunto de los pacientes fue 0.905 ($p < .001$) y 0,946 (IC95% 0,918 - 0,96), respectivamente. La fiabilidad del interexaminador fue también muy alta. El coeficiente de correlación (r de Spearman) entre los dos observaciones fue 0,872 ($p < 0,001$), y un coeficiente de correlación intraclase de 0,93 (IC95% 0,86 - 0,96). En las tres áreas de confiabilidad (interno, test-retest e inter-rater), los coeficientes obtenidos fueron mayor que 0,80. El análisis factorial demostró diferencias en la construcción interna de la CSFQ americana y su equivalente español. Este instrumento ha sido adaptado y validado al castellano, utilizando una muestra de 580 sujetos. Las propiedades psicométricas de la versión en español de la CSFQ indican que es un instrumento válido para uso clínico en el tratamiento pacientes deprimidos. (77) Sin embargo no existe una validación específica en población mexicana, y esta escala anteriormente no se había aplicado para estudios dicha población.

Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos (PRSEXDQ- SALSEX).

Este instrumento evalúa aspectos de la función sexual del paciente que pueden verse afectados por la toma de psicofármacos, fue diseñado en el año 1996 en español y fue posteriormente validado a varios idiomas, la cual tiene dos objetivos: Medir y cuantificar los problemas sexuales que aparecen por la toma de psicofármacos, fundamentalmente antidepresivos y antipsicóticos y valorar la interferencia de los problemas sexuales en la adherencia al tratamiento y el riesgo de abandono. Es realizado mediante entrevista clínica directa, de forma heteroaplicada, siendo utilizado en ambos sexos variando los enunciados de las preguntas entre orgasmo/ eyaculación y DE/ lubricación vaginal. Consta de 7 ítems. Los ítems 1 y 2 (A y B) evalúan la

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

presencia de algún tipo de alteración en la actividad sexual inducida por psicofármacos y si su comunicación al médico es espontánea. Los siguientes 4 ítems evalúan la intensidad o frecuencia de las siguientes alteraciones de la función sexual inducida por psicofármacos mediante una escala de respuesta de 0 puntos (menor intensidad o frecuencia posible, no ha existido DS), 1 punto (buena función sexual), 2 puntos (Aceptable con reparos, paciente molesto por DS pero que no ha pensado abandonar tratamiento) a 3 puntos (mayor intensidad o frecuencia posible de DS, paciente preocupado por la disfunción que ha pensado abandonar tratamiento) en las siguientes dimensiones: descenso de la libido, retraso de orgasmo / eyaculación, ausencia de orgasmo / eyaculación, impotencia / disminución de la excitación sexual. Un ítem adicional evalúa la dimensión de la tolerancia del paciente a los cambios en la función sexual utilizando una escala de respuesta de 0 (no ha habido DS) a 3 (mala tolerancia). Puede obtenerse una puntuación final total de la escala mediante la suma de los puntos obtenidos en los ítems 3-7, obteniéndose una puntuación total de 0 (ninguna DS) a 15 puntos (máxima DS posible). En voluntarios sanos se ha encontrado una puntuación de 1, lo cual es normal en condiciones clínicas normales y pasajeras. Entre 0 y 3 puntos se considera sin DS, 4-5 puntos se considera disfunción leve, de 6 a 10 puntos moderada y disfunción grave entre 11 y 15 puntos o bien cualquier ítem=3. Se consideró que existía disfunción cuando el cuestionario puntuaba ≥ 2 puntos. Este instrumento posee adecuada fiabilidad (0.93) en términos de consistencia interna, adecuada validez convergente/divergente y discriminante, y sensibilidad a los cambios (87%), alta correlación con impresión clínica global de DS ($r= 0.79$) y moderada correlación con HDRS ($r=0.63$). (78) En la búsqueda en bases de datos no se

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

encontraron estudios en población mexicana en donde se haya utilizado esta escala como método de medición.

PROCEDIMIENTO

Se solicitó la aprobación del proyecto de Tesis por parte del Comité de Ética en Investigación del HPFBA, una vez obtenida esta, se solicitó la colaboración a las jefaturas de consulta externa y urgencias para la realización del proyecto. La captación de usuarios con diagnóstico de TDM de ambos servicios se realizó en el periodo comprendido entre junio de 2016 y febrero de 2017, a los cuales se les invitó a participar en el presente estudio, previa explicación de las características de la investigación y firma del consentimiento válidamente informado, se les realizó la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI al grupo de pacientes sin tratamiento antidepressivo y la HDRS a ambos grupos (con y sin tratamiento farmacológico), una vez confirmado el diagnóstico de TDM, se les solicitó a los participantes contestaran la Escala Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ) en ambos grupos y la escala SALSEX en el grupo de pacientes con tratamiento farmacológico.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis exploratorio de los datos, se estimaron las frecuencias y porcentajes para los datos cualitativos, se realizaron las mediciones de tendencia central y dispersión para los datos cuantitativos. Debido a que el estudio es comparativo se utilizará la prueba de chi cuadrada y T de student, para comparar los grupos de deprimidos de acuerdo a grados de severidad y uso de distintos medicamentos.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Todos los participantes firmaron un consentimiento escrito bajo información que fue evaluado y aprobado por el comité de ética en investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Se considera un estudio con riesgo mínimo dado que los datos se obtienen únicamente por interrogatorio directo y escalas aplicadas; los investigadores están comprometidos a respetar la confidencialidad de datos sensibles (datos personales), y respetar la libertad del retiro del consentimiento de participación en cualquier momento del proyecto. El proyecto cumplió con los ordenamientos de la normatividad del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la Declaración de Helsinki versión 2013 y demás normas éticas. Fue evaluado y aprobado por comité de ética en investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Los resultados obtenidos en el presente proyecto tendrán solo un propósito científico.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

RESULTADOS

Se llevó a cabo el análisis estadístico, utilizando el programa SPSS v.24, realizando la estimación de un análisis exploratorio de los datos, se estimaron las frecuencias y porcentajes para los datos cualitativos, se realizaron las mediciones de tendencia central y dispersión para los cuantitativos. Debido a que el estudio es comparativo se utilizará la prueba de chi cuadrada y T de student, para comparar los grupos de deprimidos de acuerdo a grados de severidad y uso de distintos medicamentos

Para la presente investigación se analizaron los datos de 60 pacientes, los cuales se encontraban divididos en dos grupos, el primer grupo (n=30) estaban en tratamiento con antidepresivo y el segundo grupo (n=30) sin tratamiento farmacológico.

De los 30 pacientes en el grupo con tratamiento, 21 pacientes (70%) son del sexo femenino y 9 pacientes (30%) del sexo masculino. En relación a la escolaridad se encontró 1 paciente (3.3%) con primaria completa, 8 pacientes (26.7%) con secundaria, 7 pacientes (23.3%) con bachillerato, 5 pacientes (16.7%) con licenciatura y 9 pacientes (30%) con estudios de posgrado. Respecto a su estado civil, se encontró que 20 pacientes (66.7%) refirieron ser solteros, 5 pacientes (16.7%) ser casados, 3 pacientes (10%) ser separados y 2 pacientes (6.7%) ser divorciados. La edad media de esta población fue de 29.77 años, con una desviación estándar de 6.62.

De los 30 pacientes sin tratamiento, 26 pacientes (86.7%) fueron del sexo femenino y 4 pacientes (13.3%) del sexo masculino. En relación a la escolaridad, 3 pacientes (10%) refirieron tener estudios de primaria, 8 pacientes (26.7%) con secundaria, 11 pacientes (36.7%) con bachillerato, 7 pacientes (23.3%) de licenciatura, y 1 paciente (3.3%) con posgrado. Respecto a su estado civil, 12 pacientes (40%) refirieron ser solteros, 7

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

pacientes (23.3%) ser casados, 6 pacientes (20%) ser separados, 3 pacientes (10%) vivir en unión libre, 1 paciente (3.3%) ser divorciado y 1 pacientes (3.3%) ser viudo. La edad media de esta población fue de 29.67 años, con una desviación estándar de 8.079 (Ver cuadro 3).

Cuadro 3.
Datos sociodemográficos

| Variable | Grupo control n=30 | Grupo con tratamiento antidepresivo n=30 |
|--------------|-----------------------|--|
| Sexo | | |
| Masculino | 4 | 9 |
| Femenino | 26 | 21 |
| Edad (media) | 29.67 | 29.77 |
| Escolaridad | | |
| Primaria | 3 | 1 |
| Secundaria | 8 | 8 |
| Bachillerato | 11 | 7 |
| Licenciatura | 7 | 5 |
| Posgrado | 1 | 9 |
| Estado civil | | |
| Soltero | 12 | 20 |
| Casado | 7 | 5 |
| Separado | 6 | 3 |
| Divorciado | 1 | 2 |
| Unión libre | 3 | 0 |
| Viudo | 1 | 0 |

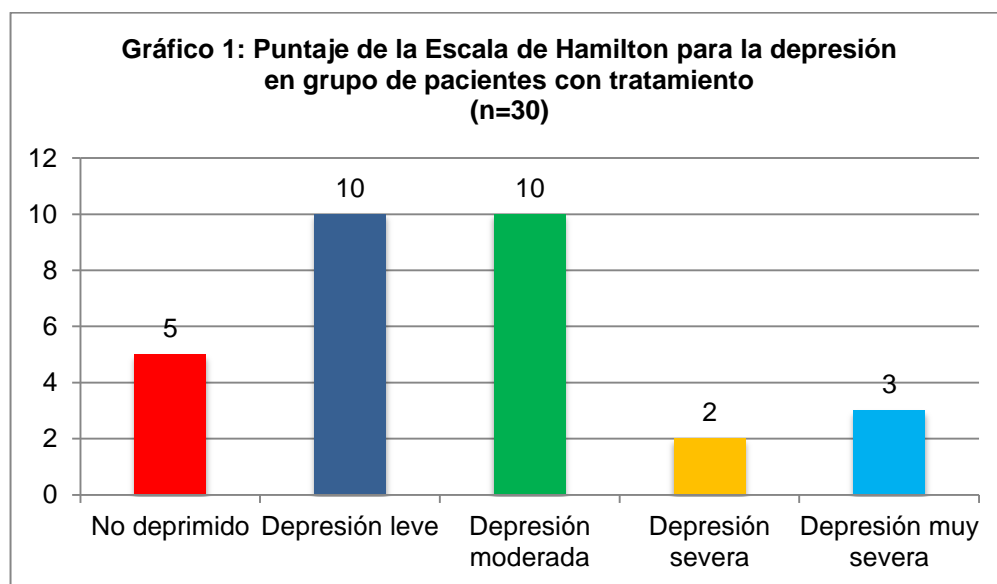
De los 30 pacientes con tratamiento farmacológico se reportó la toma de diversos fármacos antidepresivos, los más frecuentes de la muestra fueron por orden de frecuencia: 7 pacientes con Escitalopram (23.3%), 6 pacientes con Fluoxetina (20%) y 5 pacientes con Sertralina (16.7%), el resto de valores se encuentran reportados abajo. (Ver cuadro 4).

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

Cuadro 4.
Tipo de antidepresivos utilizados

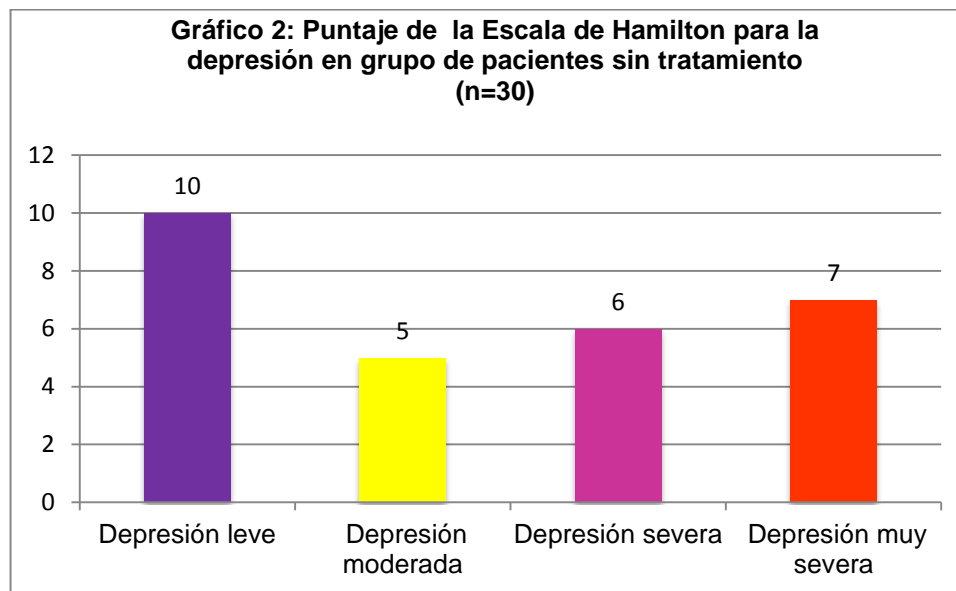
| Fármaco | Frecuencia (n) | Porcentaje (%) |
|----------------|----------------|----------------|
| Sertralina | 5 | 16.7% |
| Fluoxetina | 6 | 20.9% |
| Citalopram | 1 | 3.3% |
| Escitalopram | 7 | 23.3% |
| Paroxetina | 3 | 10.0% |
| Duloxetina | 2 | 6.7% |
| Vortioxetina | 3 | 10.0% |
| Desvenlafaxina | 1 | 3.3% |
| Venlafaxina | 1 | 3.3% |
| Amitriptilina | 1 | 3.3% |
| Total | 30 | 100% |

En el grupo de pacientes con tratamiento farmacológico se encontró que 5 pacientes (16.7%) tenían un puntaje menor de 8 (No deprimido) en la HDRS, 10 pacientes (33.3%) con puntaje de 8 a 13 puntos (Depresión leve), 10 pacientes (33.3%) con puntaje de 14 a 18 puntos (Depresión moderada), 2 pacientes (6.7%) con puntaje de 19 a 22 puntos (Depresión severa) y 3 pacientes (10%) con un puntaje mayor a 23 puntos (Depresión muy severa). (Ver gráfico 1).



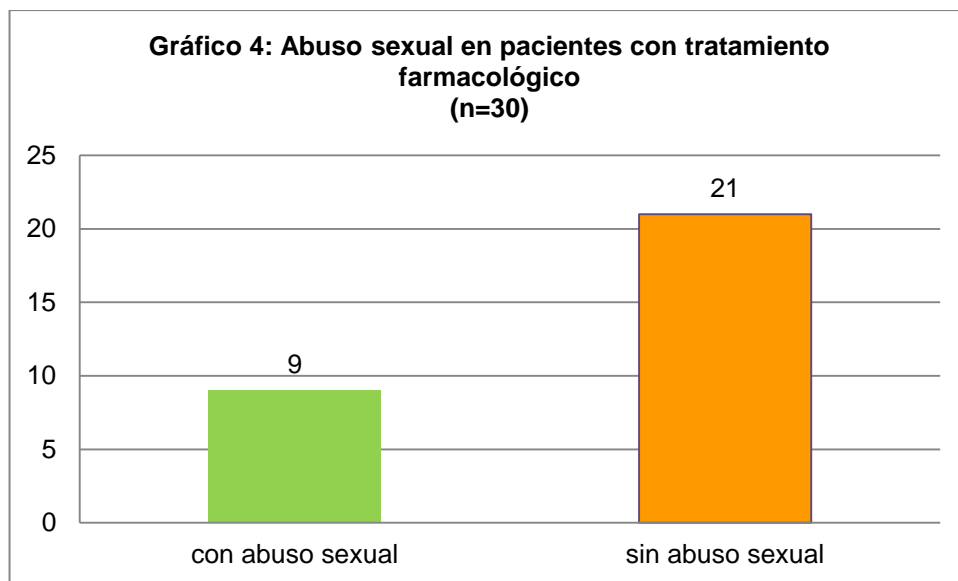
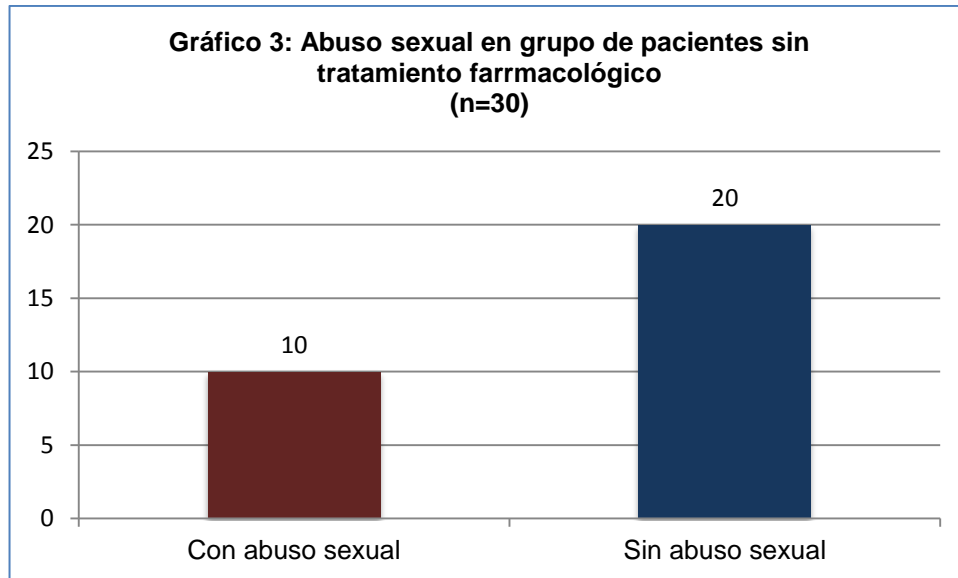
Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

Dentro del grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico se encontró que 10 pacientes (33.3%) tenían un puntaje en la HDRS de 8 a 13 puntos (Depresión leve), 5 pacientes (16.7%) con puntaje de 14 a 18 puntos (Depresión moderada), 8 pacientes (26.7%) con puntaje de 19 a 22 puntos (Depresión severa) y 7 pacientes (23.3%) con un puntaje mayor a 23 puntos (Depresión muy severa). (Ver gráfico 2)



Dentro del antecedente de abuso sexual (AS) en pacientes deprimidos sin tratamiento farmacológico se encontró que 10 pacientes (33.3%) presentaron dicho antecedente y el resto 20 pacientes (66.7%) lo negaron; en el grupo de pacientes con tratamiento farmacológico, se encontró que 9 pacientes (30%) si contaron con dicho antecedente y 21 pacientes (70%) negaron presentarlo. (Ver gráfico 3 y 4).

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.



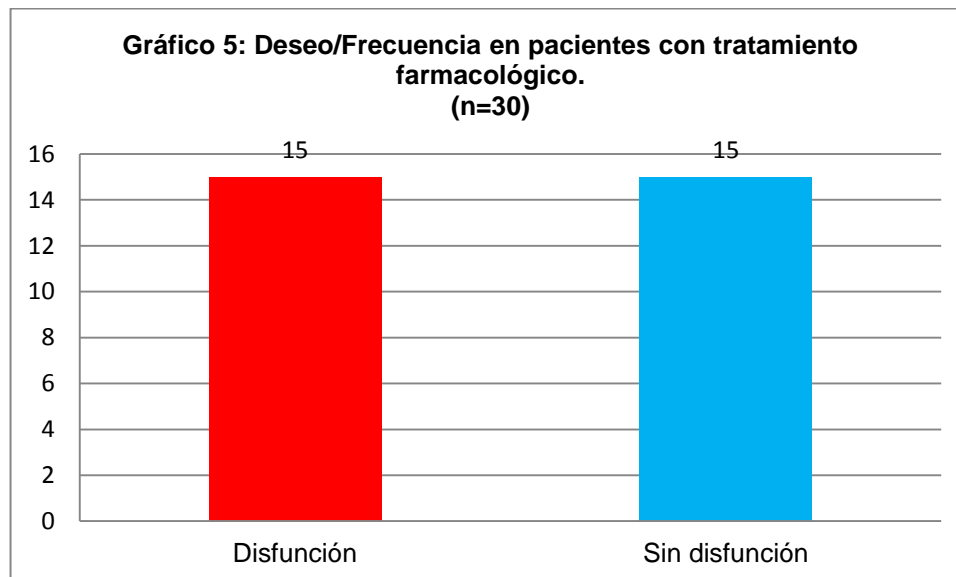
Evaluación de la escala CSFQ

El cuestionario de cambios en la función sexual (Changes in Sexual Functioning Questionnaire, CSFQ), evalúa 5 dimensiones: 1) Deseo/Frecuencia, 2) Deseo/interés, 3) Grado de Placer, 4) Activación/Excitación y 5) Orgasmo, mismas que tienen puntos

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

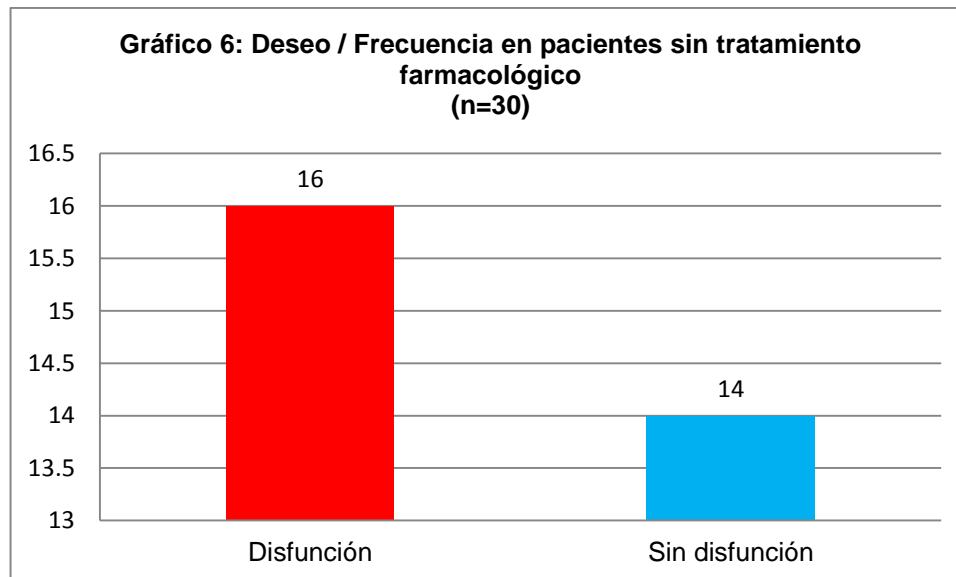
de corte, de los que se puede dilucidar para cada una de las dimensiones si existe o no, DS. (Ver cuadro 5).

En la subescala Deseo/Frecuencia, del grupo de pacientes con tratamiento farmacológico, se encontró que 15 pacientes (50%) presentaron disfunción, mientras que los otros 15 pacientes (50%), no reportaron alteración en dicho rubro (Ver gráfico 5).

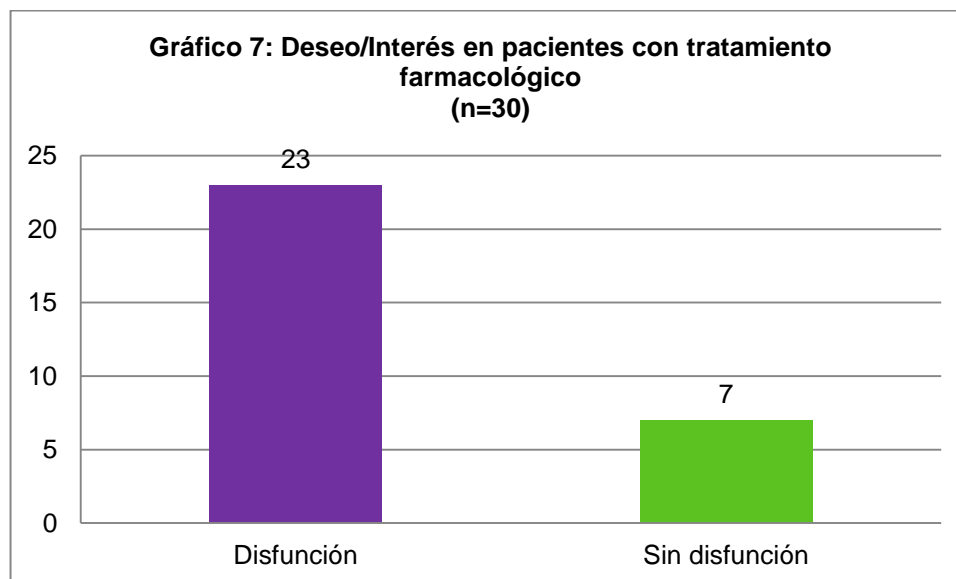


En la subescala Deseo/ Frecuencia, del grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico, se encontró que 16 pacientes (53.3%) presentaron disfunción, mientras que los otros 14 pacientes (46.7%), no reportaron alteración en dicho rubro (Ver gráfico 6).

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

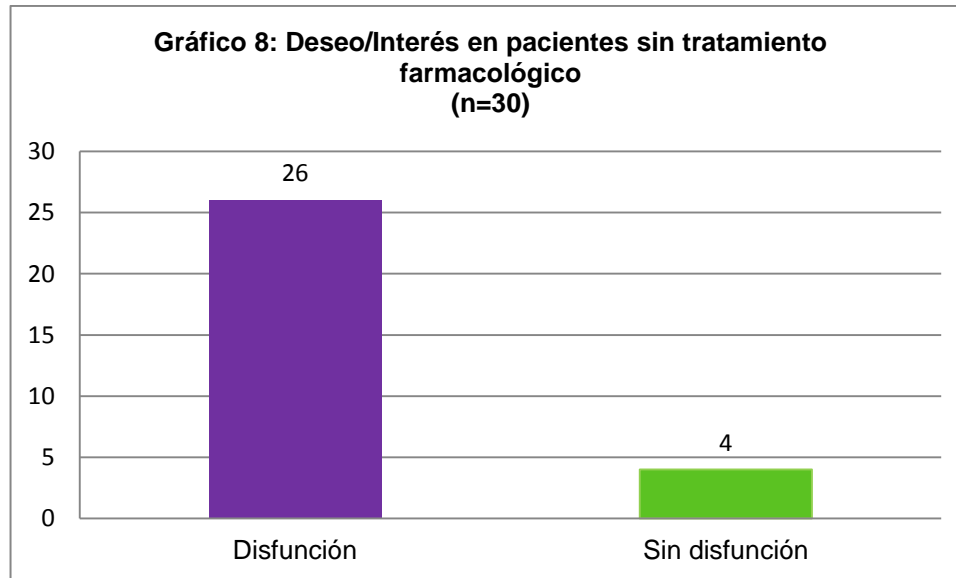


En la subescala Deseo/Interés, del grupo de pacientes con tratamiento farmacológico, se encontró que 23 pacientes (76.7%) presentaron disfunción, mientras que los otros 7 pacientes (23.3%), no reportaron alteración en dicho rubro (Ver gráfico 7).

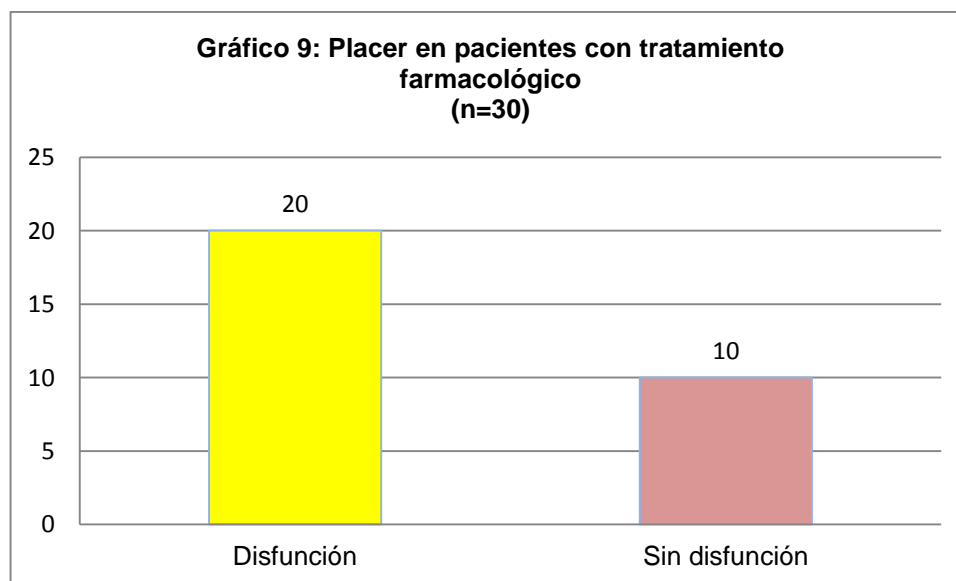


En la subescala Deseo/Interés, del grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico, se encontró que 26 pacientes (86.7%) presentaron disfunción, mientras que los otros 4 pacientes (13.3%), no reportó alteración en dicho rubro (Ver gráfico 8).

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

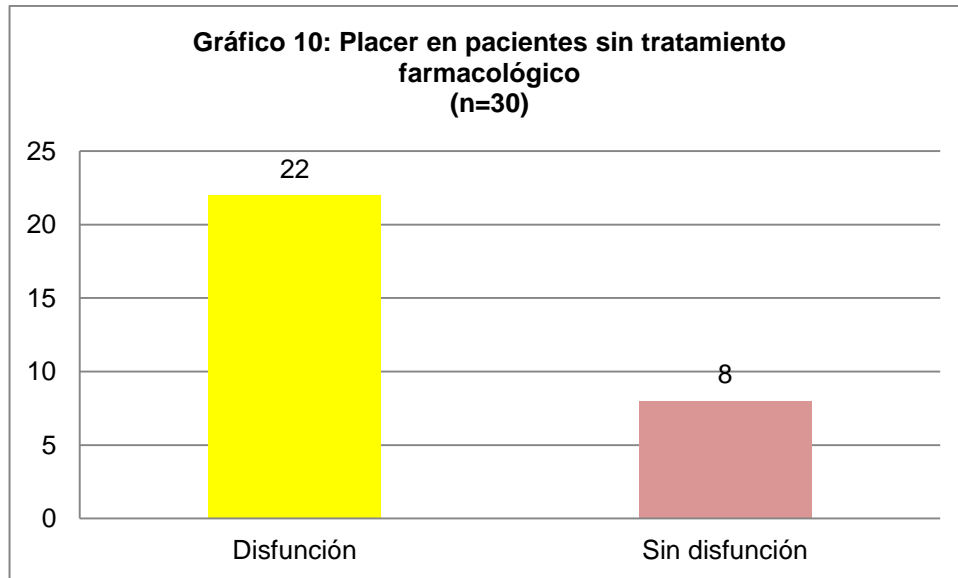


En la subescala Placer en pacientes con tratamiento farmacológico, se encontró que 20 pacientes (66.7%) presentaron disfunción, mientras que en 10 pacientes (23.3%) no se encontró alteración en dicho rubro. (Ver gráfico 9).

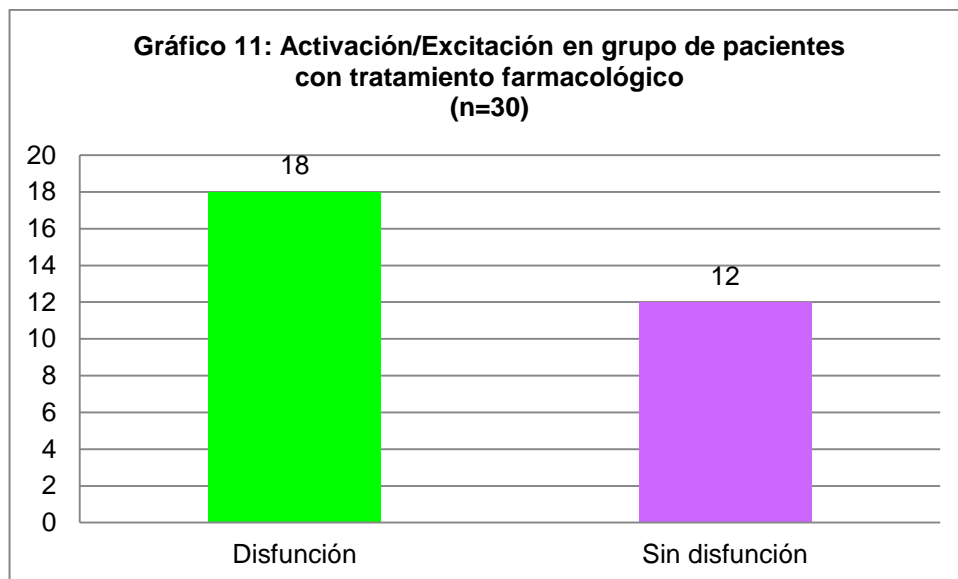


En la subescala Placer en pacientes sin tratamiento farmacológico, se encontró que 22 pacientes (73.3%) presentaron disfunción, mientras que en 8 pacientes (26.7%) no se encontró alteración en dicho rubro. (Ver gráfico 10).

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

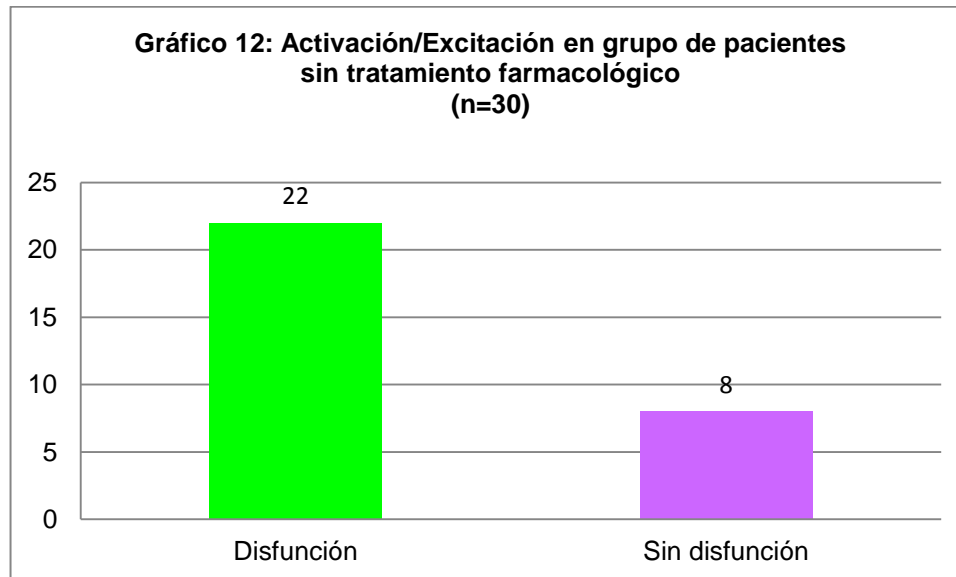


En la subescala Activación/Excitación en pacientes con tratamiento farmacológico, se encontró que 18 pacientes (60%) presentaron disfunción, mientras que en 12 pacientes (40%) no se encontró alteración en dicho rubro. (Ver gráfico 11).

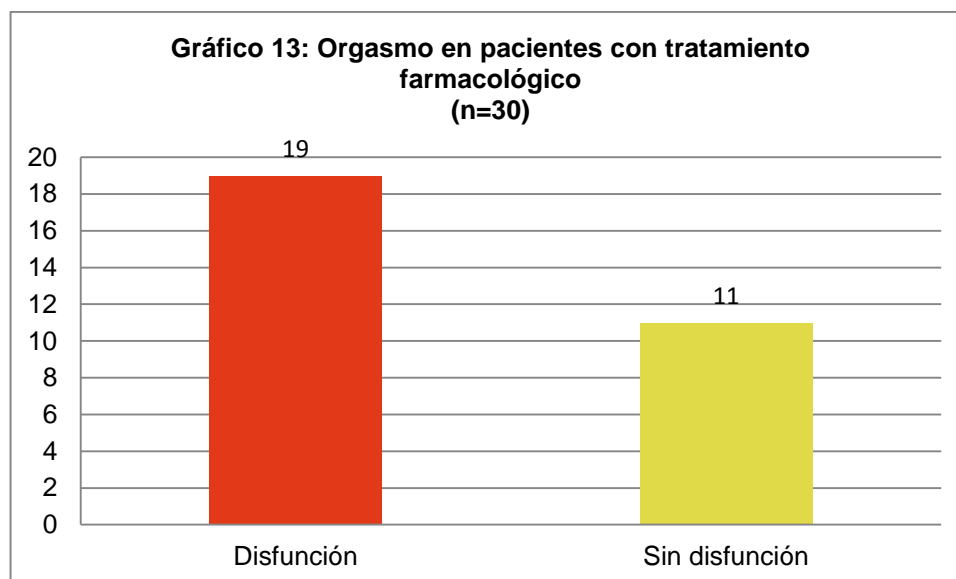


Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

En la subescala Activación/Excitación en pacientes sin tratamiento farmacológico, se encontró que 22 pacientes (73.33%) presentaron disfunción, mientras que en 8 pacientes (26.66%) no se encontró alteración en dicho rubro. (Ver gráfico 12).

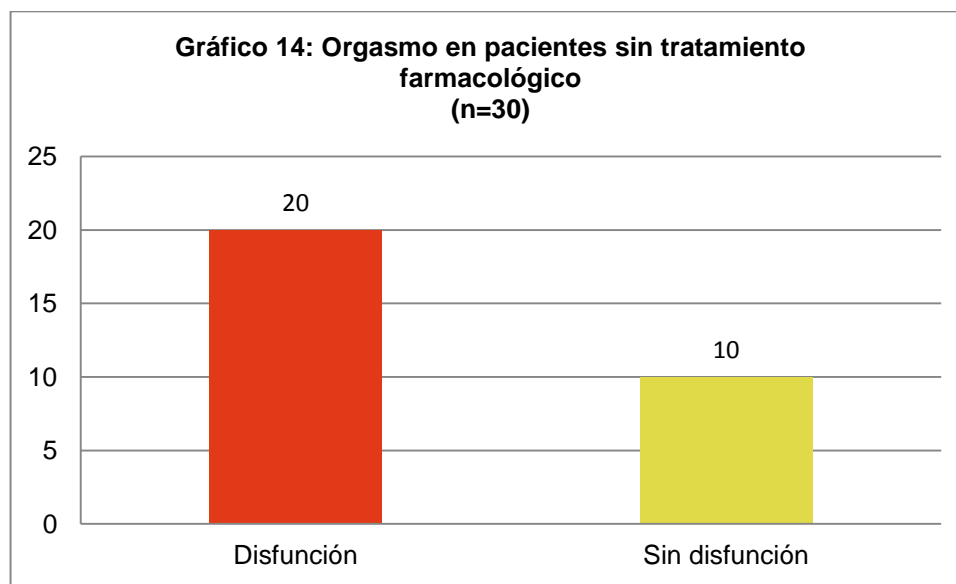


En la subescala Orgasmo en pacientes con tratamiento farmacológico, se encontró que 19 pacientes (63.33%) presentaron disfunción, mientras que en 11 pacientes (36.66%) no se encontró alteración en dicho rubro. (Ver gráfico 13).



Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

En la subescala Orgasmo en pacientes sin tratamiento farmacológico, se encontró que 20 pacientes (66.66%) presentaron disfunción, mientras que en 10 pacientes (33.33%) no se encontró alteración en dicho rubro. (Ver gráfico 14).



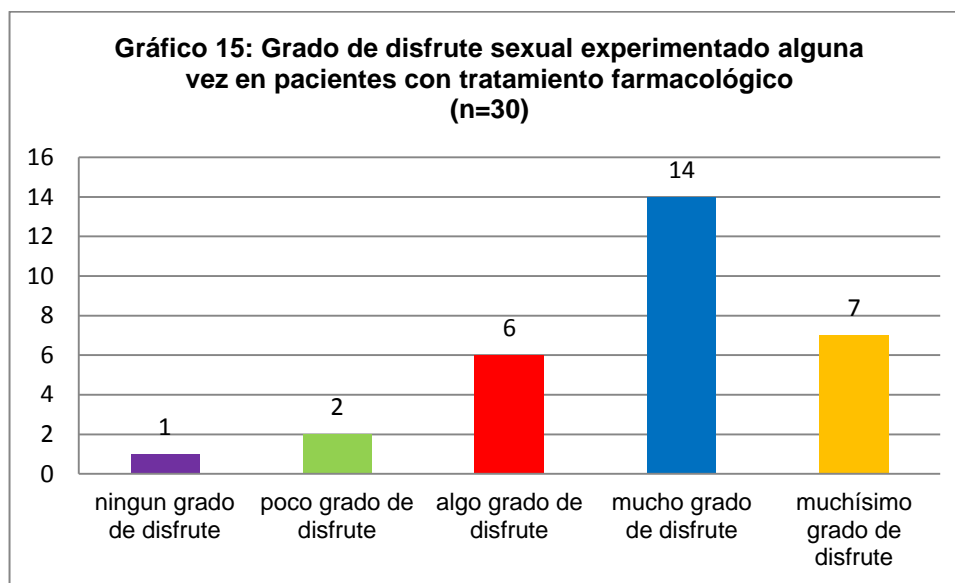
Cuadro 5.
Resultados de la escala CSFQ

| Subescalas CSFQ | Grupo de pacientes con tratamiento | Grupo de pacientes sin tratamiento |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| Disfunción en subescala Deseo/Frecuencia | 15 (50%) | 16 (53.3%) |
| Sin disfunción en subescala Deseo/Frecuencia | 15 (50%) | 14 (46.7%) |
| Disfunción en subescala Deseo/interés | 23 (76.6%) | 26 (86.7%) |
| Sin Disfunción en subescala Deseo/interés | 7 (23.3%) | 4 (13.3%) |
| Disfunción en subescala Placer | 20 (66.7%) | 22 (73.3%) |
| Sin disfunción en subescala Placer | 10 (23.3%) | 8 (26.7%) |
| Disfunción en subescala Activación/Excitación | 18 (60%) | 22 (73.33%) |
| Sin Disfunción en subescala Activación/Excitación | 12 (40%) | 8 (26.66%) |
| Disfunción en subescala Orgasmo | 19 (63.33%) | 20 (66.66%) |
| Sin Disfunción en subescala Orgasmo | 11 (36.66%) | 10 (33.33%) |

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

Se desglosan algunos ítems que consideramos de importancia dentro de la escala CSFQ:

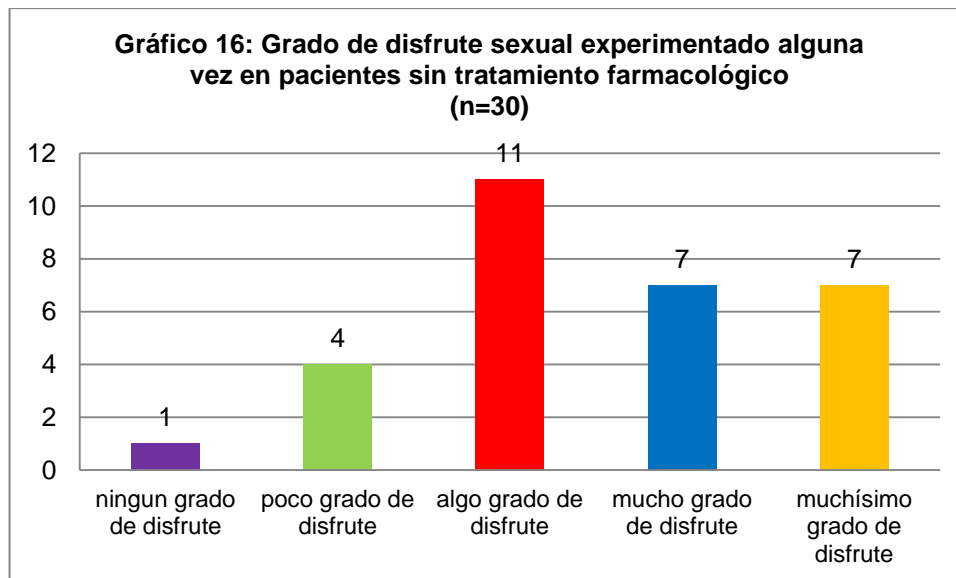
Respecto al grupo de pacientes con tratamiento farmacológico, reportó 1 paciente (3.3%) ningún grado de disfrute sexual experimentado alguna vez, 2 pacientes (6.7%) poco grado de disfrute sexual experimentado alguna vez, 6 pacientes (20%) algo de grado de disfrute sexual experimentado alguna vez, 14 pacientes (46.7%) mucho grado de disfrute sexual experimentado alguna vez y 7 pacientes (23.3%) muchísimo grado de disfrute sexual experimentado alguna vez (Ver gráfico 15).



Respecto al grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico, reportó 1 paciente (3.3%) ningún grado de disfrute sexual experimentado alguna vez, 4 pacientes (13.3%) poco grado de disfrute sexual experimentado alguna vez, 11 pacientes (36.7%) pacientes algo de grado de disfrute sexual experimentado alguna vez, 7 pacientes (23.3%) mucho grado de disfrute sexual experimentado alguna vez y 7 pacientes

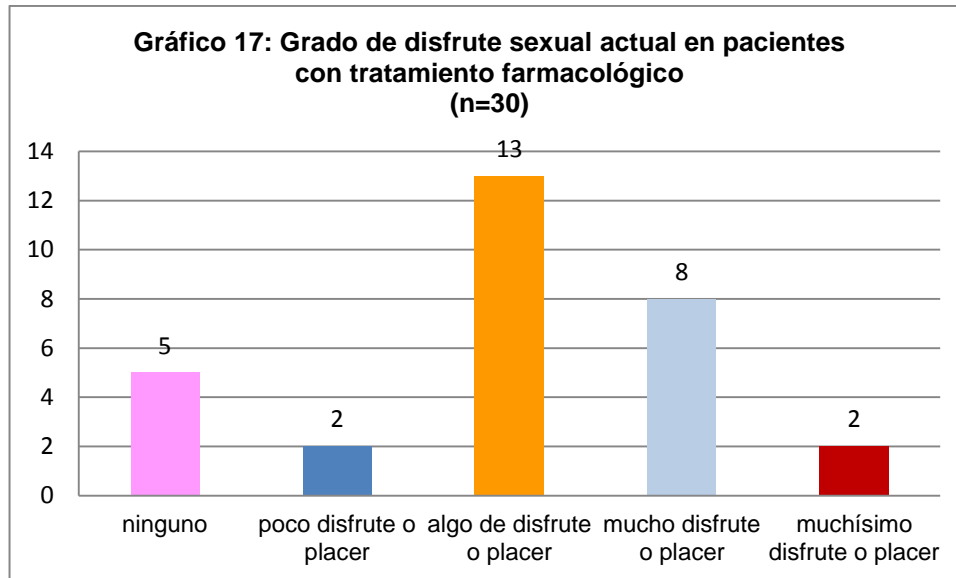
Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

(23.3%) muchísimo grado de disfrute sexual experimentado alguna vez (Ver gráfico 16).

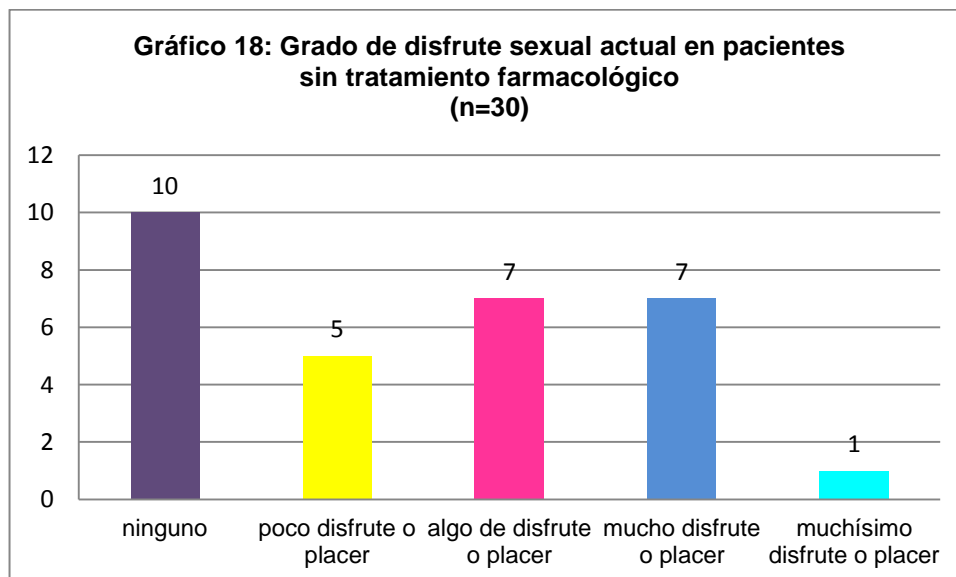


Al corte transversal, respecto al grupo de pacientes con tratamiento farmacológico, 5 pacientes reportaron (16.7%) ningún grado de disfrute sexual actual, 2 pacientes (6.7%) poco grado de disfrute sexual actual, 13 pacientes (43.3%) algo de grado de disfrute sexual actual, 8 pacientes (26.7%) mucho grado de disfrute sexual actual y 2 pacientes (6.7%) muchísimo grado de disfrute sexual actual (Ver gráfico 17).

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

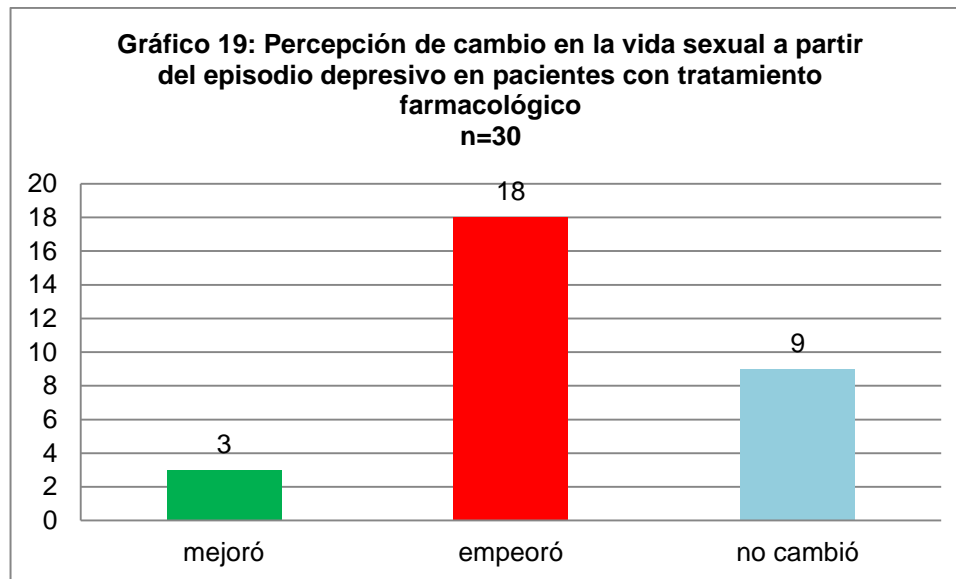


Al corte transversal, respecto al grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico, 10 pacientes reportaron (33.3%) ningún grado de disfrute sexual actual, 5 pacientes (16.7%) poco grado de disfrute sexual actual, 7 pacientes (23.3%) algo de grado de disfrute sexual actual, 7 pacientes (23.3%) mucho grado de disfrute sexual actual y 1 paciente (3.3%) muchísimo grado de disfrute sexual actual (Ver gráfico 18).



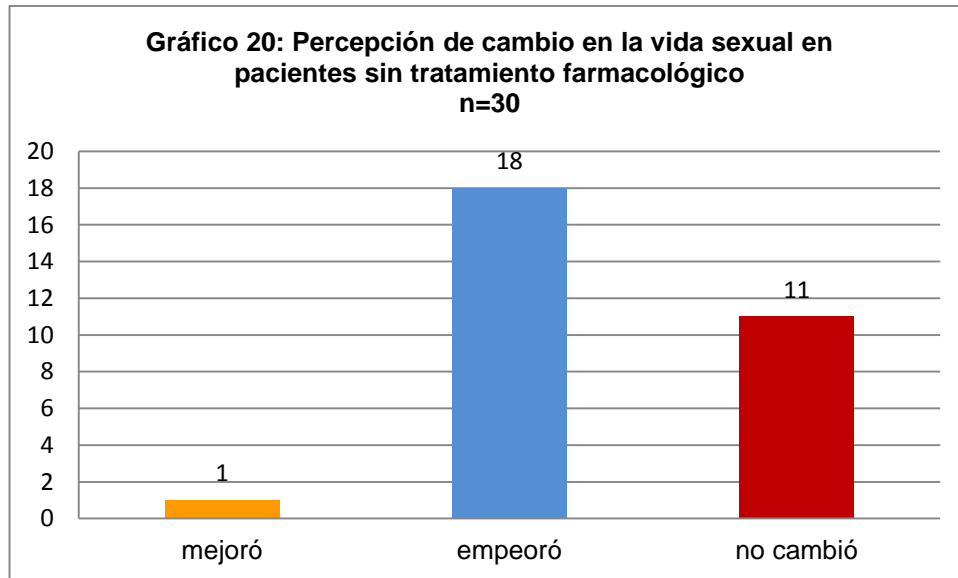
Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

La percepción de cambio en la vida sexual desde el episodio depresivo que reportaron los pacientes con tratamiento farmacológico fue: mejoría en 3 pacientes (10%), de empeoramiento en 18 pacientes (60%), y no reportaron percibir cambios 9 pacientes (30%) (Ver gráfico 19).

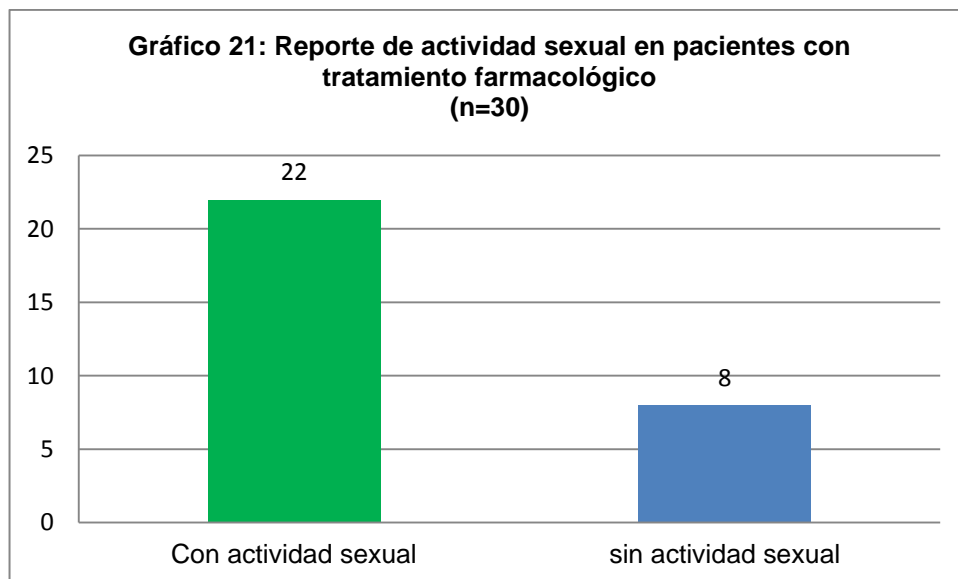


La percepción de cambio en la vida sexual desde el episodio depresivo que reportaron los pacientes sin tratamiento farmacológico fue: mejoría en 1 paciente (3.3%), de empeoramiento en 18 pacientes, (60%) y no reportaron no percibir cambios 11 pacientes (33.7%) (Ver gráfico 20).

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

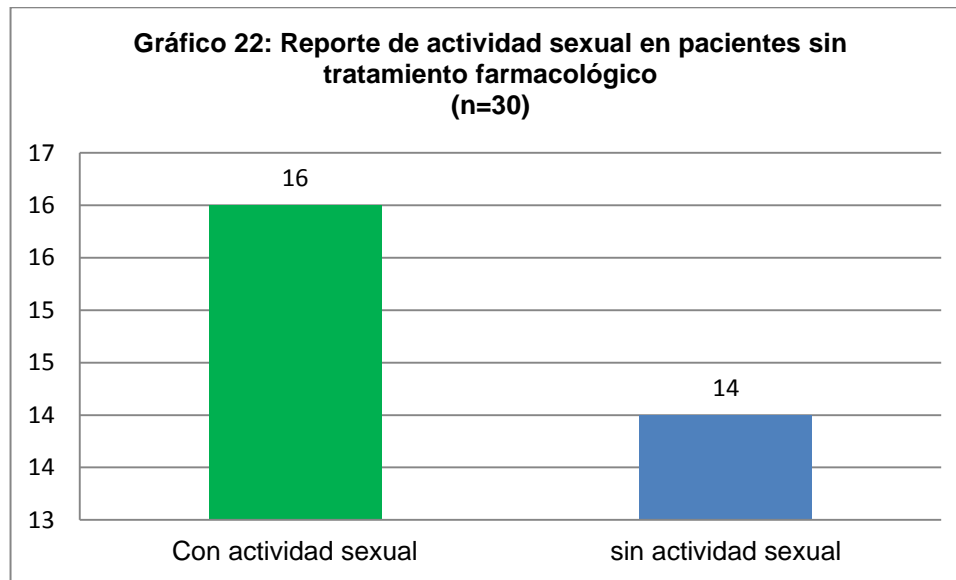


Del grupo de pacientes con tratamiento farmacológico, 22 pacientes (73.3%) reportó mantener vida sexual y 8 pacientes (26.7%) reportaron no mantener vida sexual al momento de realizar la escala (Ver gráfico 21).



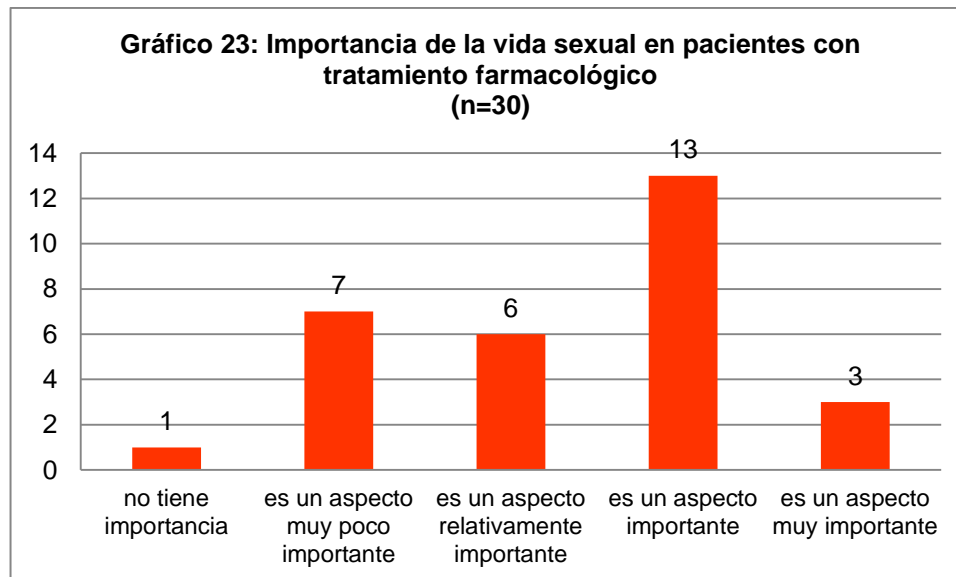
Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

Del grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico, 22 pacientes (53.3%) reportó mantener vida sexual y 8 pacientes (46.7%) reportaron no mantener vida sexual al momento de realizar la escala (Ver gráfico 22).

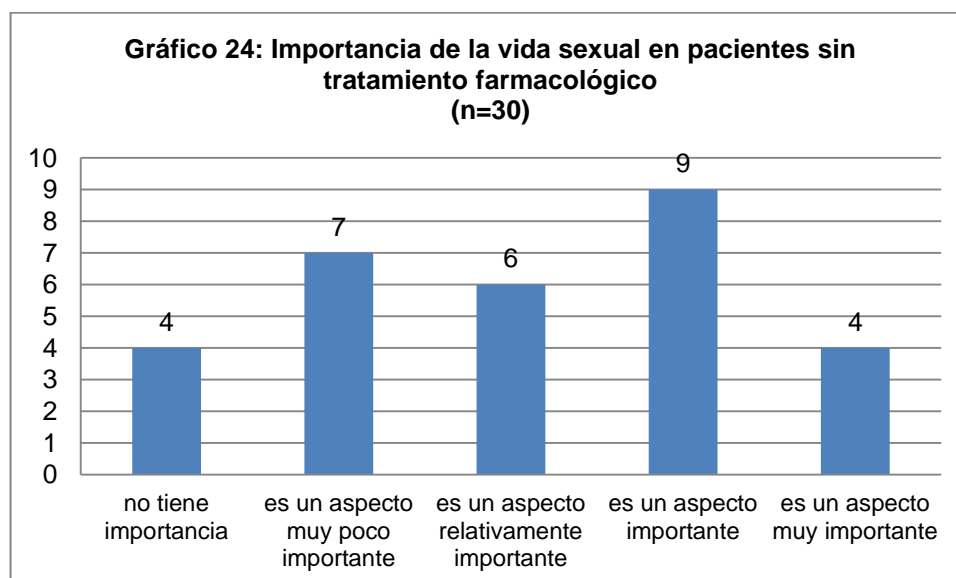


Respecto a la importancia que otorgaron a la vida sexual en el grupo de pacientes con tratamiento farmacológico, 1 paciente (3.3%) declaró que la vida sexual no tenía importancia, 7 pacientes (23.3%) lo determinó como un aspecto muy poco importante, 6 pacientes (20%) como un aspecto relativamente importante, 13 pacientes (43.3%) como un aspecto importante y 3 pacientes (10%) como un aspecto muy importante (Ver gráfico 23).

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

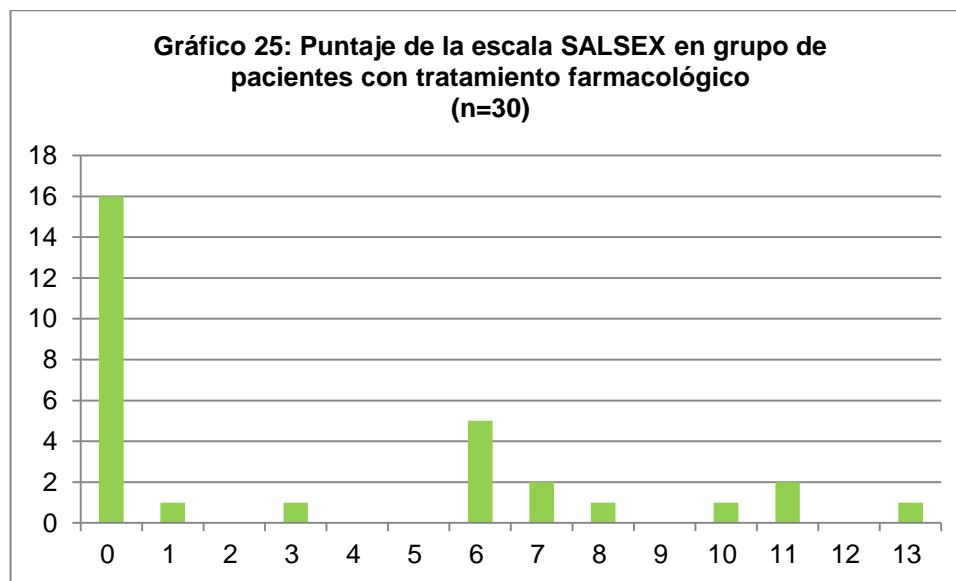


Respecto a la importancia que otorgaron a la vida sexual en el grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico, 4 pacientes (13.3%) consideraron que la vida sexual no tenía importancia, 7 pacientes (23.3%) lo determinó como un aspecto muy poco importante, 6 pacientes (20%) como un aspecto relativamente importante, 9 pacientes (30%) como un aspecto importante y 4 pacientes (13.3%) como un aspecto muy importante (Ver gráfico 24).



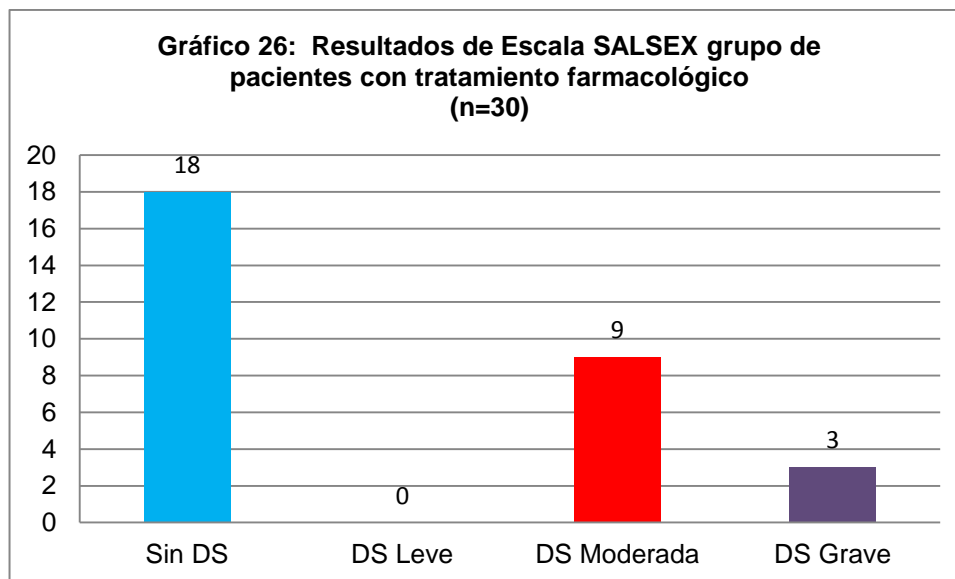
Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

En la escala SALSEX aplicada al grupo de pacientes con tratamiento farmacológico, en la que el puntaje mínimo es de 0 puntos y el máximo de 15 puntos, considerando que a mayor puntaje mayor disfunción, se encontró que 16 pacientes (53.3%) obtuvieron 0 puntos, 1 paciente (3.3%) obtuvo 1 punto, 1 paciente (3.3%) obtuvo 3 puntos, 5 pacientes (16.6%) obtuvieron 6 puntos, 2 pacientes (6.6%) obtuvieron 7 puntos, 1 paciente (3.3%) obtuvo 8 puntos, 1 paciente (3.3%) obtuvo 10 puntos, 2 pacientes (6.6%) obtuvieron 11 puntos, y 1 paciente (3.3%) obtuvo 13 puntos (Ver gráfico 25).



En el grupo de pacientes con tratamiento farmacológico (n=30), en 18 pacientes (60%) no presentaron DS, ningún paciente puntuó para DS leve, 9 pacientes (30%) puntuaron para DS moderada y 3 pacientes (10%) puntuaron para DS grave. (Ver Gráfico 26)

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.



Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue determinar el grado de DS en pacientes con TDM con y sin tratamiento farmacológico.

El número total de sujetos, incluidos en la presente investigación fue n=60; los sujetos fueron reclutados por un procedimiento no probabilístico por cuota y aceptación de participación, así mismo, debido a las dificultades mencionadas en la captación de pacientes, la muestra no se logró parear de forma idónea. En el grupo de sujetos sin tratamiento farmacológico solo se reclutaron 13.3% de pacientes masculinos y el resto del sexo femenino, en tanto que se encontró una proporción distinta de sujetos femeninos/masculinos (70%/30%) con diagnóstico de TDM y tratamiento farmacológico, lo cual se encuentra acorde a las proporciones descritas en algunos estudios previos. (6,18,79)

La media de edad fue similar en ambos grupos, de 29.67 y 29.77 años en el grupo control y en el grupo de pacientes con tratamiento farmacológico respectivamente, muy similar a lo descrito en la literatura, que describe la edad media de inicio del TDM a los 27 años. (15)

La escolaridad más frecuente en el grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico fue el bachillerato, seguido de secundaria, licenciatura, primaria y en último lugar posgrado. En tanto que en el grupo de pacientes con tratamiento farmacológico fue la más frecuente posgrado, seguido de secundaria, bachillerato, licenciatura y primaria; siendo interesante el porcentaje de toma de psicofármacos relacionados al nivel de escolaridad, lo cual es un área importante a evaluar en futuros estudios; encontrándose

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

que el foco de investigaciones previas se ha centrado en la relación entre mayor prevalencia de y bajos niveles de escolaridad. (14)

El estado civil de mayor prevalencia en el grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico fue soltero, seguido en orden decreciente de casado, separado, unión libre y viudo. De igual modo, el estado civil más común entre el grupo de pacientes con tratamiento farmacológico fue soltero, seguido de casado, separado y divorciado. Lo que se ha descrito en otras investigaciones es contradictorio, mientras que en algunas se reportan mayores niveles mayores de depresión en personas casadas (80), en la ENEP (81) se menciona un mayor índice de TDM entre los solteros y viudos, siendo este último dato coincidente con lo encontrado en este estudio. En una investigación realizada (Keller Ashton, 1997), en 597 pacientes con tratamiento antidepresivo, se encontró que las dificultades sexuales fueron más frecuentes entre los pacientes casados de ambos sexos. (33)

El grupo más utilizado de psicofármacos antidepresivos, en esta muestra fueron los ISRS, seguidos en orden decreciente de los Inhibidores de recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN), los multimodales y los tricíclicos, acorde las prevalencias reportadas de los tipos de antidepresivos utilizados en la actualidad, en relación a la tolerabilidad y mejor perfil de seguridad con la que cuentan los antidepresivos más nuevos en el mercado. (82)

De acuerdo al puntaje obtenido en la HDRS el grupo de pacientes con tratamiento farmacológico, presento una mayor proporción con síntomas leves y moderados con aproximadamente un octavo de los pacientes con síntomas insuficientes para la clasificación de la TDM o asintomáticos; en tanto en el grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico se encontró que un tercio de los pacientes reportó puntajes

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

concordantes con sintomatología leve, y el resto se encontró vinculado a síntomas moderados, graves y muy graves. De esta información, cabe resaltar que se corrobora con la literatura la eficacia de los fármacos antidepresivos, ya que los pacientes en tratamiento presentaron puntajes menores en la HDRS lo que se traduce clínicamente en mejoría de la enfermedad. En los ensayos de eficacia antidepresiva la remisión es típicamente definida según los puntajes en la HDRS, la cual es a menudo considerada el "estándar de oro" para la evaluación de la severidad de la depresión y eficacia del tratamiento en ensayos clínicos antidepresivos. (72,83)

Existe evidencia de disminución en los puntajes de la HDRS con el uso de antidepresivos, el criterio de mejora está definido como una reducción en el puntaje total del 20% después de dos semanas de tratamiento. (84) La definición de remisión del TDM varía ampliamente de un estudio a otro, pero al menos una definición ampliamente utilizada describe la remisión como una puntuación HDRS inferior a 8. (85)

La incidencia reportada por los participantes de AS, fue casi igual en ambos grupos. En el grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico 33.3% declararon dicho antecedente y en el grupo de pacientes con tratamiento farmacológico, el 30% de ellos. Lo cual es parecido a lo reportado en la literatura, en un estudio de pesquisa (86), determinó el AS como antecedente en pacientes que consultan por problemas de salud mental oscila entre el 34 y 53%. El AS infantil produce diversas consecuencias psicológicas, biológicas y emocionales en el largo plazo, esto es relevante debido a que existe una asociación entre el AS infantil validado en el momento y un aumento posterior en las tasas de trastornos mentales infantiles y adultos, entre estos el TDM, abuso de sustancias, comportamientos disfuncionales, aumento en los índices de

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

suicidio, conductas criminales, conductas sexuales de riesgo, etc. (87,88). Con esta investigación, no se podría determinar el peso específico en la DS de dicho antecedente de AS y del TDM, por lo cual será importante indagar estos factores en investigaciones futuras.

En el caso específico del TDM, en sujetos con antecedente de AS, en varios estudios se describe que la depresión comienza en edades más tempranas (89), mayor recurrencia, menores tasas de remisión (90), mayor grado de severidad (91) y riesgo incrementado de curso crónico. (90)

En las dimensiones predeterminadas de la CSFQ, se encontró que la incidencia de DS, en el rubro Deseo/Frecuencia, fue casi equiparable en ambos grupos, ligeramente elevada en el grupo de pacientes sin tratamiento. En la dimensión deseo/interés de la CSFQ, la prevalencia de disfunción fue significativamente más elevada en ambos grupos, igualmente con aún mayor porcentaje de disfunción en el grupo de pacientes sin tratamiento. Lo que concuerda con un estudio previo (92), realizado en sujetos de 15 a 20 años con TDM y sin tratamiento antidepresivo, en los que se corroboró que este último rubro mencionado parecía ser el más afectado en pacientes con TDM, independientemente del sexo, respecto a otras dimensiones de la CSFQ. En la dimensión de la CSFQ que evalúa placer, igualmente los pacientes de ambos grupos presentaron mayor porcentaje de disfunción, con una discreta elevación en el grupo de pacientes sin tratamiento. En las dos últimas subescalas evaluadas de la CSFQ activación/excitación y orgasmo se encontraron mayores porcentajes de disfunción en ambos grupos; hallándose también más elevada la DS en el grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico, al igual que en las otras subescalas de la CSFQ. En comparativa, en un estudio realizado (Regal, 2011), en pacientes deprimidos, con y sin

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

tratamiento farmacológico, que evaluó las distintas afectaciones en las fases de la respuesta sexual, se encontró que el retraso en la eyaculación/orgasmo ($p=0.027$) fue la única que mostró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, con mayor prevalencia en el grupo tratado con antidepresivos, en tanto que en el resto de las evaluaciones se encontró mayor prevalencia de disfunción en los pacientes con TDM sin tratamiento antidepresivo (12) al igual que los resultados de esta investigación.

La DS más comúnmente reportada por uso de fármacos antidepresivos, son alteraciones en el orgasmo (mayor al 60%), ya sea retardo del mismo o anorgasmia. (11,27,62,93,94)

En un análisis global de las subescalas de la CSFQ (Deseo/frecuencia, Deseo/interés, Placer, Activación/Excitación y Orgasmo), en este estudio se encontraron porcentajes ligeramente más elevados de DS en el grupo pacientes sin tratamiento farmacológico. Lo que corrobora la hipótesis de que la DS en pacientes deprimidos es mayor en los NO tratados farmacológicamente que en los tratados. Esto concuerda con un estudio de seguimiento (Marina, 2013) realizado a 50 pacientes deprimidos (según criterios CIE-10 de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente) con una vida sexual activa, se les administró en una visita basal y a los 3 meses con distintos tratamientos antidepresivos, se les aplicó HDRS, la Impresión Clínica Global (ICG) y el Inventario de Motivación y Energía (MEI). En cuanto a la DS, en la evaluación basal el 51,6% de las mujeres y el 63,2% de los hombres reunían criterios para al menos uno de los trastornos de la función sexual definidos por los criterios de DSM IV-TR, pasando al 35,5% y 36,9%, las mujeres y hombres que reunían dichos criterios a los 3 meses de tratamiento farmacológico. La mejoría clínica expresada en la reducción en los

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

porcentajes de hombres y mujeres afectados por alguna DS se observó también en las puntuaciones obtenidas en la EVA Escala visual analógica de satisfacción con el funcionamiento sexual (VAS-SFS) que suben de 25,81 a 53,2 y en la ICG. (8)

En estudios longitudinales (89) se han mostrado cambios en la escala CSFQ en sus diferentes dimensiones dependiendo del tipo de fármaco, utilizado, por ejemplo en un estudio comparativo de nefazodona vs paroxetina, en la cual hubo mejoras en el funcionamiento sexual con el primer fármaco y peores puntajes de la escala con el segundo. Lo que sugiere la importancia de elegir fármacos antidepresivos con menores tasas de DS en el TDM.

Sobre estudios realizados en población mexicana sólo se encontró uno que evaluó la DS con la escala CSFQ (Cabada, 2011) donde mencionan que después de haber buscado en diversos bancos de datos, no se encontró ningún estudio mexicano que evaluase el funcionamiento sexual con dicha escala. (95)

Sin embargo en las bases de datos no se encontraron estudios en los que se asocie DS y TDM con la escala de evaluación CSFQ y SALSEX en población mexicana.

Existen pocos estudios que evalúen la DS sexual con la CSFQ en su versión larga de 36 para varones y 34 ítems para mujeres, utilizada en este trabajo, la mayoría de las publicaciones relacionadas evaluaron el funcionamiento sexual con la escala acortada de 14 ítems, esto probablemente se deba a que hay estudios que comprueban su consistencia interna y validez, además de que de esta versión corta existe validación al idioma español. (75)

En el presente estudio no se investigó si las participantes mujeres se encontraban o no, en tratamiento con anticonceptivos hormonales, un dato interesante de la literatura es que en un estudio similar, el 54% de las mujeres informaron usar anticonceptivos

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

hormonales, los cuales pueden influir en el funcionamiento sexual, en la comparativa de la calificación CSFQ en mujeres que usan anticonceptivos hormonales vs. no. Los primeros tuvieron puntuaciones más altas en la escala total CSFQ ($p < 0.0001$), así como en las subescalas deseo ($p < 0.0001$), excitación ($p < 0.0001$) y orgasmo ($p < 0.0009$), lo que indica un mejor funcionamiento sexual. (92) Por lo que sería importante retomar este rubro para futuras investigaciones en México.

El primer ítem de la escala CSFQ evalúa el mayor grado de disfrute/placer sexual que se ha experimentado alguna vez, y el quinto ítem de la escala evalúa la comparación entre el mayor grado de disfrute/placer con el grado de disfrute/placer actual. Haciendo una comparativa, el grupo de pacientes con tratamiento farmacológico en su mayoría, comentó haber experimentado alguna vez mucho grado de placer/disfrute sexual alguna vez, y al corte transversal, este grupo de pacientes contestó algo de disfrute actual, lo que significa que expresaron menor grado de disfrute/placer sexual, que se asocia probablemente con la toma de psicofármacos o bien, con los síntomas de depresión. Haciendo un mismo análisis en el grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico, respondieron haber experimentado alguna vez algo de disfrute/placer sexual, y al corte transversal, la mayoría de los pacientes externó ningún grado de disfrute/placer sexual en la actualidad. Lo que se podría interpretar como descenso importante de la función sexual desde la aparición de la sintomatología afectiva.

La salud sexual es un rubro relevante dentro de las necesidades básicas del hombre. (62), la escala CSFQ contiene un ítem que evalúa la importancia de la vida sexual, se encontró que para ambos grupos de participantes, la mayoría de ellos (aproximadamente 2/3), la consideró la como un aspecto importante en sus relaciones interpersonales tal como lo referido ampliamente por la literatura.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

El doceavo ítem de la escala CSFQ, evalúa la percepción de cambio de la vida sexual a partir del episodio depresivo, el 60% de ambos grupos expresó que su vida sexual empeoró a raíz de los síntomas de TDM.

Fue mayor el porcentaje de pacientes que reportaron tener vida sexual activa en el grupo de pacientes con tratamiento farmacológico que en grupo contrario.

Se utilizó en el grupo de pacientes con tratamiento farmacológico la escala SALSEX para evaluar grado de DS relacionado a medicamentos, el 60% no presentaron DS, ningún paciente puntuó para DS leve, el 30% pacientes mostraron DS moderada y sólo 3 el 10% DS grave. Por tanto el 40% presentó algún grado de disfunción. En la literatura existe un estudio en el que, usando este mismo cuestionario de medición (96), se encontró que en promedio el 59.1% de sus sujetos, presentaron algún grado de DS asociada al uso de antidepresivos, con diferencias equiparables en porcentajes en el análisis de cada tipo de fármaco.

La escala SALSEX contiene un ítem que evalúa si el paciente reporta o no espontáneamente la DS, en este estudio ninguno de los 30 participantes en los se realizó, lo reportó espontáneamente, en tanto en otro estudio 14.2% de los evaluados reportó espontáneamente este efecto adverso (11,97), lo que evidencia que no es un dato que los pacientes mencionen comúnmente a sus médicos tratantes. Se menciona en una investigación, que cuando se realizó directamente la pregunta sobre la existencia de DS en pacientes con TDM, se vio que contestaban que presentaban DS un 46% de los pacientes sin tratamiento antidepresivo, mientras que ascendía a 50.8% cuando tomaban algún antidepresivo. (12)

La incidencia de la DS a menudo se subestima, y la historia psicosexual del paciente debe tomarse en cuenta antes de comenzar a tomar fármacos antidepresivos, y no sólo

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

estos ya que existen un sinnúmero de fármacos de otras clases que también la generan. (97)

La literatura especializada sobre la DS inducida por medicamentos se compone fundamentalmente de informes de casos aislados o pequeñas series, la mayoría de los cuales están incompletos. Los datos sobre el tipo exacto de la disfunción, así como los estados de la enfermedad o los tratamientos concomitantes que pueden haber contribuido a la DS del paciente, a menudo no se han estudiado. Además, la incidencia de la DS informada depende en gran medida de la manera en que se solicita esta información. (34)

Es preponderante una evaluación inicial respecto al funcionamiento sexual en paciente con TDM que incluya: indagar sobre algún tratamiento previo, funcionamiento sexual premórbido, trastornos psiquiátricos comórbidos y consumo de sustancias (incluido el tabaco), otros trastornos médicos comórbidos, toma de otros medicamentos concurrentes, incluyendo los medicamentos de venta libre (por ejemplo, la cimetidina está asociada con la DS), funcionamiento sexual durante el episodio depresivo, pero antes del inicio del tratamiento antidepresivo, y el posible contexto interpersonal de la DS (discordia marital, etc.). (35,41)

En particular, el tratamiento de la depresión se ha relacionado con la sexualidad debido a los efectos adversos de la medicación, se ha encontrado una incidencia de DS en 36% a 43% de los pacientes tratados con ISRS, y en 22% y 28% de los pacientes tratados con bupropión y nefazodona, respectivamente. (98). Otra investigación con mayor número de antidepresivos comparados (93), reportó los siguientes índices de DS: fluoxetina, 57.7% , sertralina, 62.9%, fluvoxamina, 62,3%, paroxetina, 70.7%, citalopram, 72.7%, venlafaxina, 67.3%, mirtazapina, 24,4%, nefazodona, 8% y

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

moclobemida, 3.9% (1/26). De esta misma investigación, cabe subrayar que los hombres presentaron mayor incidencia de DS respecto a las mujeres, aunque las mujeres, mayor grado de severidad de las mismas. (93)

Otros dos fármacos aprobados por la FDA, de aparición más o menos reciente en el mercado, es la vortioxetina, que ha mostrado bajas tasas de DS (99–101), al igual que la Vilazodona aunque con la desventaja de que este último, aún no es comercializado en México. (102–104)

La DS no sólo tiene un impacto negativo en la calidad de vida, sino también puede contribuir a un cumplimiento deficiente o incluso rechazo de medicamentos.

El TDM y la DS tienen una asociación bidireccional. Al evaluar la depresión, el funcionamiento sexual inicial debe evaluarse con escalas de calificación validadas. Si los efectos secundarios sexuales se desarrollan con el tratamiento antidepresivo, las opciones de tratamiento incluyen esperar la remisión espontánea, disminuir la dosis del medicamento, cambiar a un medicamento alternativo o agregar un agente de aumento o antídoto. La investigación sugiere que el bupropión y los antidepresivos más nuevos exhiben un perfil más favorable respecto a la función sexual, en comparación con otros antidepresivos, especialmente los ISRS y los IRSN. bupropion, mirtazapina y buspirona se han estudiado como agentes de aumento / antídotos o agentes de sustitución en el tratamiento de la DS asociada a fármacos antidepresivos. Los estudios futuros que validan los factores genéticos podrían permitir el genotipado personal para guiar el tratamiento individualizado y también facilitar el desarrollo de pautas terapéuticas mejoradas para evitar o tratar la DS asociada a fármacos antidepresivos. Es importante evaluar los síntomas sexuales, ya que pueden conducir a falta de adherencia al tratamiento y / o interrupción. Los pacientes a menudo no informan espontáneamente

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

la presencia de DS asociadas a antidepresivos, por lo tanto, una evaluación más precisa, debería incluir escalas de funcionamiento sexual validadas. (98)

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

CONCLUSIONES

La aportación principal de este estudio es que se corroboró que existe un mejor funcionamiento sexual en pacientes con tratamiento antidepresivo para el TDM comparado al grupo sin tratamiento, los cuales presentaron DS con mayor frecuencia.

Existió una disminución en el grado de disfrute/placer sexual en ambos grupos pero con mayor severidad en el grupo sin tratamiento farmacológico.

La percepción de cambio de la vida sexual fue reportada como peor en dos tercios de los participantes, a raíz del inicio del TDM.

Ninguno de los participantes del estudio reportó de forma espontánea la presencia de DS.

Fortalezas

Este es el primer estudio realizado en población mexicana que compara el funcionamiento sexual en pacientes con diagnóstico de TDM con y sin tratamiento farmacológico. Los datos arrojados, abren nuevas perspectivas de investigación a futuro en rubros más específicos.

Limitaciones

Debido a que la muestra no fue pareada en ninguna de las variables sociodemográficas utilizadas, no fue posible determinar la relación entre el sexo de los participantes, la presencia de TDM y el grado de DS, aunque estos datos están reportados en la literatura. (92)

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

No fue posible determinar en qué fase de la respuesta sexual hubo mayor afectación por el TDM, el uso de antidepresivos, o ambos.

Recomendaciones y perspectivas a futuro

La incidencia real de la DS está subestimada por los clínicos y la comunicación espontáneas del paciente respecto a dichas patologías es muy escasa, siendo que el personal de salud indaga poco (o nada) sobre la historia psicosexual del paciente, por lo cual se recomienda su tamizaje en todos los casos.

Es importante que los prestadores de servicios de salud tengan conocimiento sobre los psicofármacos en general, y hablando específicamente de los tratamientos antidepresivos, que conllevan a empeoramiento de la función sexual, que inherentemente en la mayoría de los casos está afectada por los síntomas propios del TDM. Respecto al uso de psicofármacos son justamente los más empleados en México y en el mundo, aquellos que inducen mayor DS, probablemente por costos, acceso en el mercado y falta de indagación en la esfera sexual al realizar la anamnesis, o bien por el tabú que aún existen respecto a la sexualidad que impide a algunos pacientes comunicar esta situación. Existen descripciones sobre métodos de para intervenir ante la presencia DS en pacientes con TDM, los cuales deben incluir una prevención (evitar la DS desde el inicio en población susceptible), la detección rutinaria en pacientes sexualmente activos y la intervención ante DS o riesgo de abandono del tratamiento farmacológico.

Como hallazgo se encontró una incidencia de AS, en un tercio de los participantes, sin embargo no se indagaron mayores detalles de dicho antecedente, por tanto, sería

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

relevante para estudios a futuro, explorar si este antecedente tiene algún impacto en el funcionamiento sexual.

Este estudio indagó si las participantes mujeres si las participantes mujeres se encontraban o no, en tratamiento con anticonceptivos hormonales, los cuales pueden influir en el funcionamiento sexual, en la comparativa de la calificación CSFQ, lo cual puede ser un dato interesante de evaluar en nuevas investigaciones.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

REFERENCIAS:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5^o. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013. 1-947 p.
2. Tamayo JM, Rovner J, Muñoz R. La importancia de la detección y el tratamiento de los síntomas somáticos en pacientes latinoamericanos con depresión mayor. Rev Bras Psiquiatr. 2007;29(2):182–7.
3. Belló M, Psic L, Puentes-rosas E, C M, Medina-mora ME, Psic D, et al. Full-Text. 2005;47.
4. Remick RA. Diagnosis and management of depression in primary care: a clinical update and review. C Can Med Assoc J. 2002;167(11):1253–60.
5. Organización Mundial de la Salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Neurocienc del Consum y Depend Sust psicoactivas-resumen. 2005;34.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001 Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Informe sobre la salud en el mundo. 2001. 1-169 p.
7. Pitchot W. Dépression majeure et prescription personnalisée. Rev Med Liège. 2015;70(5–6):331–8.
8. 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. Rev Neuropsiquiatr. 2013;76(3):161–72.
9. Baldwin DS. Depression and sexual dysfunction. Br Med Bull. 2001;57:81–99.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

10. Baldwin DS. Depression and sexual function. Vol. 10, Journal of psychopharmacology. 1996. 30-34 p.
11. Montejo-González AL, Majadas-Fernández S, Grupo Español de Trabajo para el Estudio de las Disfunciones Sexuales Secundarias a Psicofármacos. Disfunciones sexuales provocadas por antidepresivos . ¿ Cómo actuar ? Psiquiatr Biológica. 2006;13(Supl 5):19–28.
12. Izaskum Regal Faraldo M, Fernández Hierro J, Paz Esquete J. Orixinai Disfunción sexual asociada a tratamiento antidepresivo. Cad Aten Primaria. 2011;18:101–6.
13. Seidman SN, Roose SP. Sexual dysfunction and depression. Curr Psychiatry Rep. 2001;3:202–8.
14. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Publica Mex. 2005;47(1):S4–11.
15. Murphy JM, Nierenberg AA, Laird NM, Monson RR, Sobol AM, Leighton AH. Incidence of major depression: Prediction from subthreshold categories in the Stirling County Study. J Affect Disord. 2002;68(2–3):251–9.
16. Chávez-León E. Trastornos depresivos. Ortega H, editor. México: Intersistemas, S. A. de C. V.; 1998.
17. Bennett DS, Ambrosini PJ, Kudes D, Metz C, Rabinovich H. Gender differences in adolescent depression: Do symptoms differ for boys and girls? J Affect Disord. 2005;89(1–3):35–44.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

18. Rafful C, Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Orozco R. Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *J Affect Disord.* 2012;138(1–2):165–9.
19. Ruiz-Flores LG, Colín-Piana RF, Corlay-Noriega ISY, Lara-Muñoz M del C, Dueña-Tentori HJ. Trastorno depresivo mayor en México: la relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *Salud Ment.* 2007;30(2):25–32.
20. Patiño JL. Trastornos afectivos. In: *Psiquiatría clínica.* 1ª. México: D3TallerEDITORIAL; 2013. p. 145–82.
21. Organización Mundial de la Salud. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento : con glosario y criterios diagnósticos de investigación : CIE-10:CDI-10. In: *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento : con glosario y criterios diagnósticos de investigación : CIE-10:CDI-10.* 2000. p. 96–109.
22. Kaplan HS. Hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 1977;3(1):3–9.
23. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response.* Human sexual response. 1966.
24. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition TR.* 2002.
25. Derogatis LR, Burnett AL. The epidemiology of sexual dysfunctions. Vol. 5, *Journal of Sexual Medicine.* 2008. p. 289–300.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

26. Waldinger MD. Psychiatric disorders and sexual dysfunction. 1st ed. Vol. 130, Neurology of Sexual and Bladder Disorders. Elsevier B.V.; 2015. 469-489 p.
27. Kennedy SH, Rizvi S. Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. Vol. 29, Journal of Clinical Psychopharmacology. 2009. p. 157–64.
28. Casper RC, Redmond E, Katz MM, Schaffer CB, Davis JM, Koslow SH. Somatic Symptoms in Affective Disorder Relationship to the Classification of Depression. Arch Gen Psychiatry. 1985;42(11):1098–104.
29. Mathew RJ, Weinman ML. Sexual dysfunctions in depression. Arch Sex Behav. 1982;11(4):323–8.
30. Kennedy SH, Dickens SE, Eisfeld BS, Bagby RM. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. J Affect Disord. 1999;56(January 2016):201–8.
31. Levine SB. The Nature of Sexual Desire: A Clinician's Perspective. Vol. 32, Archives of Sexual Behavior. 2003. p. 279–85.
32. Seidman SN, Roose SP. The relationship between depression and erectile dysfunction. Curr Psychiatry Rep. 2000;2(3):201–5.
33. Ashton AK, Hamer R, Rosen RC. Serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction and its treatment: A large-scale retrospective study of 596 psychiatric outpatients. J Sex Marital Ther. 1997;23(3):165–75.
34. Nadal Llover M, Cols Jiménez M. Disfunción sexual causada por medicamentos. FMC Form Medica Contin en Aten Primaria. 2017;24(5):265–78.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

35. Balon R. Sildenafil and sexual dysfunction associated with antidepressants. *J Sex Marital Ther.* 1999;25(4):259–64.
36. Stahl SM. *Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*. 3^o. New York: Cambridge University Press; 2010.
37. Frohlich PF, Meston CM. Evidence that serotonin affects female sexual functioning via peripheral mechanisms. *Physiol Behav.* 2000;71(3–4):383–93.
38. Park YM. Relationship between SSRI-induced sexual dysfunction and central serotonergic activity based on the loudness dependence of auditory evoked potentials. *Psychopharmacology (Berl).* 2014;231(3):551–5.
39. Daray FM, Laura M, Roldán P, Rebok F. Efectos adversos sexuales inducidos por antidepresivos : detección y manejo. *Rev Argentina Clínica Neuropsiquiátrica.* 2012;17(3):213–26.
40. Balon R. Intermittent amantadine for fluoxetine-induced anorgasmia. *J Sex Marital Ther.* 1996;22(4):290–2.
41. Balon R. SSRI-associated sexual dysfunction. Vol. 163, *American Journal of Psychiatry.* 2006. p. 1504–9.
42. Price J, Grunhaus LJ. Treatment of clomipramine-induced anorgasmia with yohimbine: A case report. *J Clin Psychiatry.* 1990;51(1):32–3.
43. Reynolds R. Sertraline-induced anorgasmia treated with intermittent nefazodone. *J Clin Psychiatry.* 1997;58(2):89.
44. Aizenberg D, Zemishlany Z, Weizman A. Cyproheptadine treatment of sexual dysfunction induced by serotonin reuptake inhibitors. *Clin Neuropharmacol.*

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

1995;18(4):320–4.

45. Arnott S, Nutt D. Successful treatment of fluvoxamine-induced anorgasmia by cyproheptadine. *Br J Psychiatry*. 1994;164(JUNE):838–9.
46. Decastro RM. Reversal of MAOI-induced anorgasmia with cyproheptadine. Vol. 142, *American Journal of Psychiatry*. 1985. p. 783.
47. Seidman S. Ejaculatory dysfunction and depression: Pharmacological and psychobiological interactions. Vol. 18, *International Journal of Impotence Research*. 2006.
48. Roeloffs C, Bartlik B, Kaplan PM, Kocsis JH, Stoll AL, Pillay SS, et al. Methylphenidate and SSRI-induced sexual side effects [2]. Vol. 57, *Journal of Clinical Psychiatry*. 1996. p. 548.
49. Cohen AJ, Bartlik B. Ginkgo biloba for antidepressant-induced sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther*. 1998;24(2):139–43.
50. Serretti A, Chiesa A. Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: A meta-analysis. Vol. 29, *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2009. p. 259–66.
51. Nurnberg HG, Hensley PL, Gelenberg AJ, Fava M, Lauriello J, Paine S. Treatment of antidepressant-associated sexual dysfunction with sildenafil: A randomized controlled trial. *J Am Med Assoc*. 2003;289(1):56–64.
52. Alcántara Montero A, Sánchez Carnerero CI. Disfunción sexual femenina: opciones de tratamiento farmacológico. *Semergen*. 2016;42(5):e33–7.
53. Katz M, Derogatis LR, Ackerman R, Hedges P, Lesko L, Garcia M, et al. Efficacy

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

of flibanserin in women with hypoactive sexual desire disorder: Results from the BEGONIA trial. *J Sex Med.* 2013;10(7):1807–15.

54. Rothschild AJ. Selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction: Efficacy of a drug holiday. *Am J Psychiatry.* 1995;152(10):1514–6.
55. Nemeth A, Arato M, Treuer T, Vandlik E. Treatment of fluvoxamine-induced anorgasmia with a partial drug holiday [1]. Vol. 153, *American Journal of Psychiatry.* 1996. p. 1365.
56. Taylor MJ, Rudkin L, Hawton K. Strategies for managing antidepressant-induced sexual dysfunction: Systematic review of randomised controlled trials. Vol. 88, *Journal of Affective Disorders.* 2005. p. 241–54.
57. Bodkin JA, Lasser RA, Wines JD, Gardner DM, Baldessarini RJ. Combining serotonin reuptake inhibitors and bupropion in partial responders to antidepressant monotherapy. *J Clin Psychiatry.* 1997;58(4):137–45.
58. Hollander E, McCarley A. Yohimbine treatment of sexual side effects induced by serotonin reuptake blockers. *J Clin Psychiatry.* 1992;53(6):207–9.
59. Michelson D, Kociban K, Tamura R, Morrison MF. Mirtazapine, yohimbine or olanzapine augmentation therapy for serotonin reuptake-associated female sexual dysfunction: A randomized, placebo controlled trial. *J Psychiatr Res.* 2002;36(3):147–52.
60. Sanchez R. Sexo, deseo y milagros. La oferta de los potenciadores sexuales. La Jornada [Internet]. 2013 Apr 4; Available from:
<http://www.jornada.unam.mx/2013/04/04/ls-central.html#subir>

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

61. Harvey K V., Balon R. Clinical implications of antidepressant drug effects on sexual function. *Ann Clin Psychiatry*. 1995;7(4):189–201.
62. Kennedy SH, Rizvi S, Fulton K, Rasmussen J. A double-blind comparison of sexual functioning, antidepressant efficacy, and tolerability between agomelatine and venlafaxine XR. *J Clin Psychopharmacol*. 2008;28(3):329–33.
63. Croft H. Understanding the Role of Serotonin in Female Hypoactive Sexual Desire Disorder and Treatment Options. *J Sex Med*. 2017;14(12):1575–84.
64. Oulis P, Konstantakopoulos G, Kouzoupis A V., Masdrakis VG, Karakatsanis NA, Karapoulos E, et al. Pregabalin in the discontinuation of long-term benzodiazepines' use. *Hum Psychopharmacol*. 2008;23(4):337–40.
65. Laws JL, Gagnon JH, Simon W. Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality. *Contemp Sociol*. 1975;4(3):226.
66. Lecrubier Y, Sheehan D V., Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan KH, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry*. 1997;12(5):224–31.
67. Ferrando L, Bobes JG. *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional*. Madrid; 2000.
68. HAMILTON M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56–62.
69. HAMILTON M. Development of a Rating Scale for Primary Depressive Illness. *Br J Soc Clin Psychol*. 1967;6(4):278–96.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

70. Ramos-Brieva JA, Cordero-Villafafila A. A new validation of the Hamilton Rating Scale for depression. *J Psychiatr Res.* 1988;22(1):21–8.
71. Cole JC, Motivala SJ, Dang J, Lucko A, Lang N, Levin MJ, et al. Structural validation of the Hamilton Depression Rating Scale. *J Psychopathol Behav Assess.* 2004;26(4):241–54.
72. Zimmerman M, Posternak MA, Chelminski I. Is the cutoff to define remission on the Hamilton rating scale for depression too high? *J Nerv Ment Dis.* 2005;193(3):170–5.
73. Bobes J, P Gonzalez M, Rico-Villandemoros F, T Bascaran M, Sarasa P, Clayton A. Validation of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). Vol. 26, *Journal of sex & marital therapy.* 2000. 119-131 p.
74. Clayton A, McGarvey E, Clavet G, Piazza L. Comparison of sexual functioning in clinical and nonclinical populations using the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). *Psychopharmacol Bull [Internet].* 1997;33(4):747–53. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9493487>
75. Keller A, McGarvey EL, Clayton AH. Reliability and construct validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14). *J Sex Marital Ther.* 2006;32(1):43–52.
76. Celis-Amórtegui M, Aldas-Gracia J, Toro-Moreno FA. A cohort study of the impact of a diagnosis of cervical dysplasia and human papilloma virus infection on the sexual functioning of females in a second-level hospital in Bogotá, Colombia. *Rev*

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

Colomb Obstet Ginecol. 2010;61(4):303–9.

77. Bobes, M. P. Gonzalez, F. Rico-Vill J. Validation of the Spanish Version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). *J Sex Marital Ther.* 2000;26(2):119–31.
78. Montejo AL, Garcia M, Espada M, Rico-Villademoros F, Llorca G, Izquierdo JA. [Psychometric characteristics of the psychotropic-related sexual dysfunction questionnaire. Spanish work group for the study of psychotropic-related sexual dysfunctions]. *Actas Esp Psiquiatr.* 2000;28(3):141–50.
79. Frances A, DSM-IV APATF on. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR. 2000;4th, text:943.
80. Kessler RC, Essex M. Marital status and depression: The importance of coping resources. *Soc Forces.* 1982;61(2):484–507.
81. Medina Mora ME, Borges GL, Muñoz CBC, Blanco Jaimes J, Fleiz Bautista C, Villatoro Velázquez J, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología. *Salud Ment.* 2003;26(4):1–16.
82. Anderson IM. Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: A meta-analysis of efficacy and tolerability. Vol. 58, *Journal of Affective Disorders.* 2000. p. 19–36.
83. Zimmerman M, McGlinchey JB, Posternak MA, Friedman M, Boerescu D, Attiullah N. Differences between minimally depressed patients who do and do not consider themselves to be in remission. *J Clin Psychiatry.* 2005;66(9):1134–8.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

84. Helmreich I, Wagner S, König J, Kohnen R, Szegedi A, Hiemke C, et al. Hamilton depression rating subscales to predict antidepressant treatment outcome in the early course of treatment. *J Affect Disord.* 2015;175:199–208.
85. Machado-Vieira R, Baumann J, Wheeler-Castillo C, Latov D, Henter ID, Salvadore G, et al. The timing of antidepressant effects: A comparison of diverse pharmacological and somatic treatments. Vol. 3, *Pharmaceuticals.* 2010. p. 19–41.
86. Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *Am J Psychiatry.* 2003;160(8):1453–60.
87. Spataro J, Mullen PE, Burgess PM, Wells DL, Moss S a. Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. *Br J Psychiatry.* 2004;184:416–21.
88. Gallego-Gómez CL, Medina-Bernal MT, Montoya-Vélez LP. Historia de abuso sexual y su relación con depresión, autoestima y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de media vocacional del municipio de Caldas Antioquia, Colombia. *Rev CES Med.* 2008;22(1):17–27.
89. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64(1):49–56.
90. Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2012;169(2):141–51.

91. Danielson CK, De Arellano MA, Kilpatrick DG, Saunders BE, Resnick HS. Child maltreatment in depressed adolescents: Differences in symptomatology based on history of abuse. Vol. 10, *Child Maltreatment*. 2005. p. 37–48.
92. Deumic E, Butcher BD, Clayton AD, Dindo LN, Burns TL, Calarge CA. Sexual functioning in adolescents with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2016;77(7):957–62.
93. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: A prospective multicenter study of 1022 outpatients. Vol. 62, *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001. p. 10–21.
94. Montejo AL, Deakin JFW, Gaillard R, Harmer C, Meyniel F, Jabourian A, et al. Better sexual acceptability of agomelatine (25 and 50 mg) compared to escitalopram (20 mg) in healthy volunteers. A 9-week, placebo-controlled study using the PRSexDQ scale. In: *Journal of Psychopharmacology*. 2015. p. 1119–28.
95. Cabada-Ramos E, Bueno-Osorio I, Casillas V E, Dominguez-Juárez ML, Gutierrez-Villegas O, Hernández M M de J, et al. Cambios en la función sexual en hombres y mujeres de 40 a 59 años de edad. *Rev Espec Médico-Quirúrgicas*. 2011;16(1):8–12.
96. Clayton AH. Recognition and assessment of sexual dysfunction associated with depression. Vol. 62, *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001. p. 5–9.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

97. Montejo-González AL, Llorca G, Izquierdo JA, Ledesma A, Bousoño M, Calcedo A, et al. Fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients. *J Sex Marital Ther.* 1997;23(3).
98. Clayton AH, Pradko JF, Croft HA, Brendan Montano C, Leadbetter RA, Bolden-Watson C, et al. Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. *J Clin Psychiatry.* 2002;63(4):357–66.
99. McIntyre RS, Filteau MJ, Martin L, Patry S, Carvalho A, Cha DS, et al. Treatment-resistant depression: Definitions, review of the evidence, and algorithmic approach. *J Affect Disord.* 2014;156:1–7.
100. Li Y, Pehrson AL, Oosting RS, Gulinello M, Olivier B, Sanchez C. A study of time- and sex-dependent effects of vortioxetine on rat sexual behavior: Possible roles of direct receptor modulation. *Neuropharmacology.* 2017;121:89–99.
101. Kelliny M, Croarkin PE, Moore KM, Bobo W V. Profile of vortioxetine in the treatment of major depressive disorder: An overview of the primary and secondary literature. Vol. 11, *Therapeutics and Clinical Risk Management.* 2015. p. 1193–212.
102. Shi L, Wang J, Xu S, Lu Y. Efficacy and tolerability of vilazodone for major depressive disorder: Evidence from phase III/IV randomized controlled trials. *Drug Des Devel Ther.* 2016;10:3899–907.
103. Clayton AH, Durgam S, Tang X, Chen C, Ruth A, Gommoll C. Characterizing sexual function in patients with generalized anxiety disorder: A pooled analysis of

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

three vilazodone studies. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016;12:1467–76.

104. Clayton AH, Durgam S, Li D, Chen C, Chen L, Mathews M, et al. Effects of vilazodone on sexual functioning in healthy adults: Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled, and active-controlled study. *Int Clin Psychopharmacol.* 2017;32(1):27–35.

ANEXOS

Anexo 1: Abreviaturas, cuadros y gráficos utilizados.

AB: Abuso sexual

CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición.

DE: Disfunción eréctil.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

DS: Disfunción sexual.

DSM IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 4^o versión, Texto Revisado

DSM V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5^o versión

HDRS: Escala de depresión de Hamilton.

ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina

MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional version 5.0

OMS: Organización Mundial de la Salud.

TDM: Trastorno depresivo mayor.

Cuadros

Cuadro 1: Tipos de disfunción sexual.

Cuadro 2: Operacionalización de variables.

Cuadro 3: Datos sociodemográficos.

Cuadro 4: Tipos de antidepresivos utilizados.

Cuadro 5: Resultados de la escala CSFQ

Gráficos

Gráfico 1: Puntaje de la Escala de Hamilton para la depresión en el grupo de pacientes con tratamiento farmacológico.

Gráfico 2: Puntaje de la Escala de Hamilton para la depresión en el grupo de pacientes con tratamiento farmacológico.

Gráfico 3: Abuso sexual en grupo de pacientes con tratamiento farmacológico.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

Gráfico 4: Abuso sexual en grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico.

Gráfico 5: Deseo/frecuencia en grupo de pacientes con tratamiento farmacológico.

Gráfico 6: Deseo/frecuencia en grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico.

Gráfico 7: Deseo/interés en grupo de pacientes con tratamiento farmacológico.

Gráfico 8: Deseo/interés en grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico.

Gráfico 9: Placer en grupo de pacientes con tratamiento farmacológico.

Gráfico 10: Placer en grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico.

Gráfico 11: Activación/excitación en grupo de pacientes con tratamiento farmacológico.

Gráfico 12: Activación/excitación en grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico.

Gráfico 13: Orgasmo en grupo de pacientes con tratamiento farmacológico.

Gráfico 14: Orgasmo en grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico.

Gráfico 15: Grado de disfrute/placer sexual experimentado alguna vez en grupo de pacientes con tratamiento farmacológico.

Gráfico 16: Grado de disfrute/placer sexual experimentado alguna vez en grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico.

Gráfico 17: Grado de disfrute/placer sexual actual en grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico

Gráfico 18: Grado de disfrute/placer sexual actual en grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico.

Gráfico 19: Percepción de cambio en la vida sexual a partir del episodio depresivo en grupo de pacientes con tratamiento farmacológico.

Gráfico 20: Percepción de cambio en la vida sexual a partir del episodio depresivo en grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico.

Gráfico 21: Reporte de actividad sexual en grupo de pacientes con tratamiento farmacológico.

Gráfico 22: Reporte de actividad sexual en grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

Gráfico 23: Importancia de la vida en grupo de pacientes con tratamiento farmacológico.

Gráfico 24: Importancia de la vida en grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico.

Gráfico 25: Puntaje de la escala SALSEX en grupo de pacientes con tratamiento farmacológico.

Gráfico 26: Resultados de la escala SALSEX en grupo de pacientes con tratamiento farmacológico.

Anexo 2: Carta de consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado para la participación en el protocolo del estudio comparativo de disfunción sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

- **PROPOSITO** El presente proyecto tiene por objetivo, la identificación de disfunción sexual (DS) en pacientes con depresión.

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

- **PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.** Se le aplicarán las escalas de HDRS para la depresión y escala Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ), así como la escala SALSEX
- **EFFECTOS INDESEABLES Y RIESGOS.** No tiene ningún riesgo el participar en este estudio de investigación. La prueba será aplicada por una persona entrenada en ello, la cual protegerá su confidencialidad.
- **BENEFICIOS PARA LAS PERSONAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.** Posterior a detectar DS importante, se notificará a médico tratante para derivación o ajuste de tratamiento.
- **CONSIDERACIONES ECONÓMICAS.** Este estudio no representará ningún costo adicional para usted.
- **CONFIDENCIALIDAD.** Si usted acepta participar en este estudio es necesario que sepa que su información es confidencial y nadie tiene acceso a la misma excepto las personas que desarrollaran el protocolo de investigación.
- **DERECHO A ABANDONAR EL ESTUDIO.** Su participación se considera completamente voluntaria y Usted puede desistir de participar o continuar en el estudio en el momento que lo desee. Esta determinación no afectará de ninguna manera su relación con el hospital o el grupo médico.
- Si Usted considera que cualquiera de los puntos antes mencionados no está claro o le surgen dudas nuevas, le suplicamos aclararlas con el investigador responsable: Dra. Tania Ortega. Disponible en el área de consulta externa del Hospital Fray Bernardino Álvarez.
- **AUTORIZACIÓN.** He leído el contenido de este escrito, y he decidido por voluntad propia participar en este estudio. Sus objetivos, los riesgos posibles e inconveniencias me han sido explicados y aclarados a satisfacción. Mi firma indica también que he recibido una copia de la presente autorización para participar.
-

Participante

Testigo

Dra. Tania Ortega
Investigador

Anexo 3: Escalas Utilizadas

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

4

A. Episodio depresivo mayor

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

| | | | | |
|--|--|---|----|----|
| A1 | ¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días? | NO | SÍ | 1 |
| A2 | ¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban? | NO | SÍ | 2 |
| | ¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2? | ⇒ NO | SÍ | |
| A3 | En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas: | | | |
| a | ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de \pm 5 % de su peso corporal o \pm 8 libras o \pm 3,5 kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA | NO | SÍ | 3 |
| b | ¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)? | NO | SÍ | 4 |
| c | ¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo? | NO | SÍ | 5 |
| d | ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía? | NO | SÍ | 6 |
| e | ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil? | NO | SÍ | 7 |
| f | ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones? | NO | SÍ | 8 |
| g | ¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida o deseó estar muerto? | NO | SÍ | 9 |
| | ¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)? | NO | SÍ | |
| | | EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL | | |
| SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B: | | | | |
| A4 | a | ⇒ NO | SÍ | 10 |
| | b | NO | SÍ | 11 |
| | | EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE | | |

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

5

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

| | | | | | |
|----|---|--|------|----|----|
| A5 | a | ¿CODIFICÓ SÍ EN A2? | NO | SÍ | |
| | b | ¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar ante las cosas que previamente le daban placer o le animaban? | NO | SÍ | 12 |
| | | Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente? | | | |
| | | ¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b? | ⇒ NO | SÍ | |

A6 Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés por la mayoría de las cosas:

| | | | | |
|---|---|----|----|----|
| a | ¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto? | NO | SÍ | 13 |
| b | ¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor por las mañanas? | NO | SÍ | 14 |
| c | ¿Casi todos los días se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual y tenía dificultades para volver a dormirse? | NO | SÍ | 15 |
| d | ¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)? | NO | SÍ | |
| e | ¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)? | NO | SÍ | |
| f | ¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación? | NO | SÍ | 16 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

| | |
|--|----|
| NO | SÍ |
| EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL | |

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

5.1.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

1

| <i>Ítems</i> | <i>Criterios operativos de valoración</i> |
|--|---|
| 1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad) | 0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea |
| 2. Sensación de culpabilidad | 0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras |
| 3. Suicidio | 0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4) |
| 4. Insomnio precoz | 0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche |
| 5. Insomnio medio | 0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.) |
| 6. Insomnio tardío | 0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama |
| 7. Trabajo y actividades | 0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad |
| 8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida) | 0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta |
| 9. Agitación | 0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc. |
| 10. Ansiedad psíquica | 0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle |

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

5.1.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

2

| | |
|---|--|
| 11. Ansiedad somática | 0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como: <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración |
| 12. Síntomas somáticos gastrointestinales | 0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales |
| 13. Síntomas somáticos generales | 0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2 |
| 14. Síntomas genitales | 0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales |
| 15. Hipocondría | 0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas |
| 16. Pérdida de peso (completar A o B) | A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio) |
| 17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad) | 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo |

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

8.3.1.1. Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (Changes in Sexual Functioning Questionnaire, CSFQ)

1

BASAL

VARONES

- Teniendo en cuenta toda su vida, ¿cuál es el mayor grado de disfrute o placer que ha experimentado alguna vez?
 - Ningún disfrute o placer
 - Poco disfrute o placer
 - Algo de disfrute o placer
 - Mucho disfrute o placer
 - Muchísimo disfrute o placer
- Si la respuesta a la pregunta 1 fue *ningún disfrute o placer* o *poco disfrute o placer*, ¿cuál de las siguientes piensa que podría ser la causa? (Señale *todas* las causas que crea)
 - Problema médico, de los señalados anteriormente
 - Abuso sexual
 - Relaciones nocivas (perjudiciales)
 - Frigidez
 - Creencias morales opuestas
 - Imagen corporal negativa
 - Miedo a enfermedades
 - Otras _____
- Actualmente, ¿mantiene una relación sexual?
 - Sí
 - No. Vaya a la pregunta 10
- ¿Es su vida sexual un aspecto importante en su relación?
 - No tiene importancia
 - Es un aspecto muy poco importante
 - Es un aspecto relativamente importante
 - Es un aspecto importante
 - Es un aspecto muy importante
- Comparado con la vez más placentera de su vida, ¿cuánto disfrute o placer en su vida sexual experimenta ahora?
 - Ninguno
 - Poco disfrute o placer
 - Algo de disfrute o placer
 - Mucho disfrute o placer
 - Muchísimo disfrute o placer
- Si la respuesta a la pregunta 5 fue diferente de la respuesta a la pregunta 1 (indicando un cambio), ¿cuál piensa que es la causa del cambio en el disfrute o placer? (Señale *todos* los motivos que crea)
 - Vitalidad, mejoría de la enfermedad
 - Vitalidad, empeoramiento de la enfermedad
 - Medicación
 - Cambio de situación (p. ej., demasiado ocupado)
 - Cambio de relación
 - Envejecimiento
 - Otros _____
- ¿Con qué *frecuencia* mantenía actividad sexual (coito, masturbación) cuando estaba más satisfecho?
 - Nunca
 - Rara vez (menos de una vez al mes)
 - A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 - A menudo (2 veces/semana o más)
 - Diariamente
- ¿Con qué *frecuencia* mantiene actividad sexual (coito, masturbación) actualmente?
 - Nunca
 - Rara vez (menos de una vez al mes)
 - A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 - A menudo (2 veces/semana o más)
 - Diariamente
- Si la respuesta a la pregunta 8 fue diferente de la respuesta a la pregunta 7 (indicando un cambio), ¿cuál piensa que es la causa del cambio en la frecuencia? (Señale *todos* los motivos que crea)
 - Vitalidad, mejoría de la enfermedad
 - Vitalidad, empeoramiento recidiva o inicio de esta enfermedad
 - Medicación
 - Cambio de situación (p. ej., demasiado ocupado)
 - Cambio en la relación
 - Envejecimiento
 - Otros _____
- ¿Cuando estaba más satisfecho, con qué *frecuencia* se entretenía con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasías sexuales)?
 - Nunca
 - Rara vez (menos de una vez al mes)
 - A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 - A menudo (2 veces/semana o más)
 - Diariamente
- ¿Con qué *frecuencia* se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasía sexuales) ahora?
 - Nunca
 - Rara vez (menos de una vez al mes)
 - A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 - A menudo (2 veces/semana o más)
 - Diariamente
- Desde antes de padecer el episodio actual de depresión [que contestó por última vez este cuestionario] su vida sexual...
 - ...mejoró
 - ...empeoró
 - ...no cambió. Vaya a la pregunta 16
- Si su vida sexual mejoró, ¿cuánto lo hizo?
 - Sin cambios (no mejoró)
 - Mejoró poco
 - Mejoró moderadamente
 - Mejoró mucho
 - Mejoró muchísimo
- Si su vida sexual empeoró, ¿cuánto lo hizo?
 - Sin cambios (no empeoró)
 - Empeoró poco
 - Empeoró moderadamente
 - Empeoró mucho
 - Empeoró muchísimo

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

8.3.1.1. Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (Changes in Sexual Functioning Questionnaire, CSFQ)

2

| | |
|---|--|
| <p>15. ¿Cuál piensa que es la causa del cambio? (Señale <i>todos</i> los motivos que crea)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Vitalidad, mejoría de la enfermedad</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Vitalidad, empeoramiento de la enfermedad</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Medicación</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Cambio de situación (p. ej., demasiado ocupado)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Cambio de relación</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Envejecimiento</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Otros _____</p> | <p>23. ¿Cree que sus dificultades son situacionales (sólo en determinadas circunstancias tales como cambio de lugar o de pareja, etc.)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> No</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Sí</p> |
| <p>16. ¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Diariamente</p> | <p>24. ¿Con qué frecuencia tiene una eyaculación?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Diariamente</p> |
| <p>17. ¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Diariamente</p> | <p><i>Si es incapaz de mantener una erección, vaya a la pregunta 30.</i></p> <p>25. ¿Es capaz de eyacular cuando quiere?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de la mitad de las veces)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (la mitad de las veces más o menos)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> A menudo (más de la mitad de las veces)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Siempre</p> |
| <p>18. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar y fantasear acerca del sexo?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Ningún disfrute o placer</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Poco disfrute o placer</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Algo de disfrute o placer</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Mucho disfrute o placer</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Muchísimo disfrute o placer</p> | <p>26. Si no puede eyacular cuando quiere, ¿presenta... (Señale <i>todas</i> las que presente)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Eyaculación precoz</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Erección prolongada</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Eyaculaciones múltiples</p> |
| <p>19. ¿Con qué frecuencia tiene una erección?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Diariamente</p> | <p>27. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Ningún disfrute o placer</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Poco disfrute o placer</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Algo de disfrute o placer</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Mucho disfrute o placer</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Muchísimo disfrute o placer</p> |
| <p>20. ¿Obtiene una erección fácilmente?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (la minoría de las veces)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (la mitad de las veces)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> A menudo (la mayoría de las veces)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Siempre</p> | <p>28. ¿Con qué frecuencia tiene orgasmo doloroso?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes o más pero menos de 2/semana)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Diariamente</p> |
| <p>21. ¿Es capaz de mantener una erección?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (la minoría de las veces)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (la mitad de las veces)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> A menudo (la mayoría de las veces)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Siempre</p> | <p>29. ¿Con qué frecuencia tiene orgasmo espontáneo (p. ej., al bostezar)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes o más pero menos de 2/semana)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Siempre</p> |
| <p><i>Si presenta alguna dificultad... (si no presenta ninguna dificultad vaya a la pregunta 24)</i></p> <p>22. ¿Puede mantener una erección parcial?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> No</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Sí</p> | <p>30. ¿Con qué frecuencia experimenta impulsos apremiantes e irresistibles de mantener determinadas conductas sexuales?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes o más pero menos de 2/semana)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Diariamente</p> |

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

8.3.1.1. Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (Changes in Sexual Functioning Questionnaire, CSFQ)

3

| <p>31. ¿Con qué frecuencia experimenta impulsos sexuales que implican la utilización o fuerte preferencia de objetos para excitarse sexualmente?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes o más pero menos de 2/semana)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Diariamente</p> | <p>33. ¿Con qué frecuencia experimenta orgasmo sin eyaculación?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes o más pero menos de 2/semana)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Diariamente</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|----------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>32. ¿Con qué frecuencia experimenta erecciones dolorosas, prolongadas?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes o más pero menos de 2/semana)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Diariamente</p> | <p>¿Le gustaría añadir algo en relación con las preguntas anteriores?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <h3 style="margin: 0;">CUESTIONARIO CSFQ</h3> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>I. Enfermedades concomitantes: ¿Qué problemas médicos tiene? (Señale TODOS los que presente)</p> <p>Depresión <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Tipo: _____</p> <p>Trastorno sexual <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Tipo: _____</p> <p>Otros <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Tipo: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>II. ¿Ha habido algún cambio en la medicación concomitante desde la visita anterior?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Especificar</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Fármaco</th> <th style="width: 20%;">Pauta (mg/día)</th> <th style="width: 20%;">Fecha de inicio</th> <th style="width: 30%;">Fecha de finalización</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>____/____/____</td> <td>____/____/____</td> </tr> </tbody> </table> | | Fármaco | Pauta (mg/día) | Fecha de inicio | Fecha de finalización | | | ____/____/____ | ____/____/____ | | | ____/____/____ | ____/____/____ | | | ____/____/____ | ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fármaco | Pauta (mg/día) | Fecha de inicio | Fecha de finalización | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ____/____/____ | ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ____/____/____ | ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ____/____/____ | ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>III. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿en cuántas ocasiones ha tomado...? (Señale una casilla en cada línea)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">0</th> <th style="width: 10%;">1-2</th> <th style="width: 10%;">3-5</th> <th style="width: 10%;">6-9</th> <th style="width: 10%;">10-19</th> <th style="width: 10%;">20-39</th> <th style="width: 10%;">+ 40</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Alcohol (cerveza, vino, licores)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Marihuana</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cocaína</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otras drogas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | | | 0 | 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | + 40 | Alcohol (cerveza, vino, licores) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marihuana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cocaína | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otras drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 0 | 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | + 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alcohol (cerveza, vino, licores) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marihuana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cocaína | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otras drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

8.3.1.1. Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (Changes in Sexual Functioning Questionnaire, CSFQ)

6

BASAL

MUJERES

- Teniendo en cuenta toda su vida, ¿cuál es el mayor grado de disfrute o placer que ha experimentado alguna vez?
1 Ningún disfrute o placer
2 Poco disfrute o placer
3 Algo de disfrute o placer
4 Mucho disfrute o placer
5 Muchísimo disfrute o placer
- Si la respuesta a la pregunta 1 fue *ningún disfrute o placer o poco disfrute o placer*, ¿cuál de las siguientes piensa que podría ser la causa? (Señale *todas* las causas que crea)
1 Problema médico, de los señalados anteriormente
2 Abuso sexual
3 Relaciones nocivas (perjudiciales)
4 Frigidez
5 Creencias morales opuestas
6 Imagen corporal negativa
7 Miedo a enfermedades
8 Otras
- Actualmente, ¿mantiene una relación sexual?
1 Sí
2 No. Vaya a la pregunta 10
- ¿Es su vida sexual un aspecto importante en su relación?
1 No tiene importancia
2 Es un aspecto muy poco importante
3 Es un aspecto relativamente importante
4 Es un aspecto importante
5 Es un aspecto muy importante
- Comparado con la vez más placentera de su vida, ¿cuánto disfrute o placer en su vida sexual experimenta ahora?
1 Ninguno
2 Poco disfrute o placer
3 Algo de disfrute o placer
4 Mucho disfrute o placer
5 Muchísimo disfrute o placer
- Si la respuesta a la pregunta 5 fue diferente de la respuesta a la pregunta 1 (indicando un cambio), ¿cuál piensa que es la causa del cambio en el disfrute o placer? (Señale *todos* los motivos que crea)
1 Vitalidad, mejoría de la enfermedad
2 Vitalidad, empeoramiento de la enfermedad
3 Medicación
4 Cambio de situación (p. ej., demasiado ocupado)
5 Cambio de relación
6 Envejecimiento
7 Otros
- ¿Con qué *frecuencia* mantenía actividad sexual (coito, masturbación) cuando estaba más satisfecha?
1 Nunca
2 Rara vez (menos de una vez al mes)
3 A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4 A menudo (2 veces/semana o más)
5 Diariamente
- ¿Con qué *frecuencia* mantiene actividad sexual (coito, masturbación) actualmente?
1 Nunca
2 Rara vez (menos de una vez al mes)
3 A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4 A menudo (2 veces/semana o más)
5 Diariamente
- Si la respuesta a la pregunta 8 fue diferente de la respuesta a la pregunta 7 (indicando un cambio), ¿cuál piensa que es la causa del cambio en la frecuencia? (Señale *todos* los motivos que crea)
1 Vitalidad, mejoría de la enfermedad
2 Vitalidad, empeoramiento, recidiva o inicio de esta enfermedad
3 Medicación
4 Cambio de situación (p. ej., demasiado ocupado)
5 Cambio en la relación
6 Envejecimiento
7 Otros
- Cuando estaba más satisfecha, ¿con qué *frecuencia* se entretenía con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasías sexuales)?
1 Nunca
2 Rara vez (menos de una vez al mes)
3 A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4 A menudo (2 veces/semana o más)
5 Diariamente
- ¿Con qué *frecuencia* se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasía sexuales) ahora?
1 Nunca
2 Rara vez (menos de una vez al mes)
3 A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4 A menudo (2 veces/semana o más)
5 Diariamente
- Desde antes de padecer el episodio actual de depresión [que contestó por última vez este cuestionario] su vida sexual...
1 ...mejoró
2 ...empeoró
3 ...no cambió. Vaya a la pregunta 16
- Si su vida sexual mejoró, ¿cuánto lo hizo?
1 Sin cambios (no mejoró)
2 Mejoró poco
3 Mejoró moderadamente
4 Mejoró mucho
5 Mejoró muchísimo
- Si su vida sexual empeoró, ¿cuánto lo hizo?
1 Sin cambios (no empeoró)
2 Empeoró poco
3 Empeoró moderadamente
4 Empeoró mucho
5 Empeoró muchísimo

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

8.3.1.1. Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (Changes in Sexual Functioning Questionnaire, CSFQ)

7

| | |
|---|--|
| <p>15. ¿Cuál piensa que es la causa del cambio? (Señale <i>todos</i> los motivos que crea)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Vitalidad, mejoría de la enfermedad</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Vitalidad, empeoramiento de la enfermedad</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Medicación</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Cambio de situación (p. ej., demasiado ocupado)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Cambio de relación</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Envejecimiento</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Otros _____</p> | <p>23. ¿Cree que sus dificultades son situacionales (sólo en determinadas circunstancias tales como cambio de lugar o de pareja, etc.)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> No</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Sí</p> |
| <p>16. ¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Diariamente</p> | <p>24. ¿Con qué frecuencia tiene un orgasmo?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Diariamente</p> |
| <p>17. ¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Diariamente</p> | <p>25. ¿Es capaz de alcanzar un orgasmo cuando quiere?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (la minoría de las veces)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (la mitad de las veces)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> A menudo (la mayoría de las veces)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Siempre</p> |
| <p>18. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar y fantasear acerca del sexo?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Ningún disfrute o placer</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Poco disfrute o placer</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Algo de disfrute o placer</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Mucho disfrute o placer</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Muchísimo disfrute o placer</p> | <p>26. Si no puede obtener un orgasmo cuando quiere, ¿presenta... (Señale <i>todos</i> los que presente)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> ...orgasmo precoz?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> ...orgasmo retardado?</p> <p>3 <input type="checkbox"/> ...múltiples orgasmos?</p> |
| <p>19. ¿Con qué frecuencia se encuentra excitada sexualmente?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Diariamente</p> | <p><i>Si es incapaz de tener un orgasmo, vaya a la pregunta 30</i></p> <p>27. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Ningún disfrute o placer</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Poco disfrute o placer</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Algo de disfrute o placer</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Mucho disfrute o placer</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Muchísimo disfrute o placer</p> |
| <p>20. ¿Se excita fácilmente?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (la minoría de las veces)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (la mitad de las veces)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> A menudo (la mayoría de las veces)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Siempre</p> | <p>28. ¿Con qué frecuencia tiene orgasmo doloroso?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Diariamente</p> |
| <p>21. ¿Tiene lubricación vaginal adecuada durante la actividad sexual?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (la minoría de las veces)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (la mitad de las veces)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> A menudo (la mayoría de las veces)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Siempre</p> | <p>29. ¿Con qué frecuencia tiene orgasmo espontáneo (p. ej., al bostezar)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Diariamente</p> |
| <p>22. ¿Con qué frecuencia llega a la excitación y luego pierde el interés?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (la minoría de las veces)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (la mitad de las veces)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> A menudo (la mayoría de las veces)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Siempre</p> | <p>30. ¿Con qué frecuencia experimenta impulsos apremiantes e irresistibles de mantener conductas sexuales?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Diariamente</p> |
| | <p><i>¿Le gustaría añadir algo en relación con las preguntas anteriores?</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

8.3.1.1. Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (Changes in Sexual Functioning Questionnaire, CSFQ)

8

CUESTIONARIO CSFQ

I. Enfermedades concomitantes: ¿Qué problemas médicos tiene? (Señale todos los que presente)

Depresión No Sí Tipo: _____

Trastorno sexual No Sí Tipo: _____

Otros No Sí Tipo: _____

II. ¿Ha habido algún cambio en la medicación concomitante desde la visita anterior?

No Sí Especificar

| Fármaco | Pauta (mg/día) | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|---------|----------------|-----------------|-----------------------|
| | | ____/____/____ | ____/____/____ |
| | | ____/____/____ | ____/____/____ |
| | | ____/____/____ | ____/____/____ |

III. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿en cuántas ocasiones ha tomado...? (Señale una casilla en cada línea)

| | 0 | 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | + 40 |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Alcohol (cerveza, vino, licores) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marihuana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cocaína | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otras drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Grado de Disfunción Sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico.

8.3.1.5. Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos (SALSEX)

1. Desde que toma el tratamiento farmacológico, ¿ha notado algún tipo de alteración en la actividad sexual (excitación, erección, eyaculación, orgasmo)?
Sí No

2. ¿El paciente comunica espontáneamente esta alteración o fue preciso interrogarle expresamente para descubrir la disfunción sexual?
 Sí (comunicó espontáneamente)
 No (comunicó espontáneamente)

3. ¿Ha notado descenso en su deseo de 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

4. ¿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 aunque puede eyacular

5. ¿Ha notado incapacidad para eyacular o tener orgasmo una vez que comenzó 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

6. ¿Ha notado dificultades de la erección o del mantenimiento de la misma una vez que inicia la actividad sexual? (lubricación vaginal en las mujeres)
0 Nunca
1 A veces: menos del 25 % de las ocasiones
2 A menudo: 25-75 % de las ocasiones
3 Siempre o casi siempre: más del 75 % de las ocasiones

7. ¿Cómo tolera los cambios en la relación sexual?
1 Bien. Ningún problema por este motivo
2 Aceptable. 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 en las relaciones de pareja