



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina



## **Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”**

# **ESTUDIO COMPARATIVO DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES FEMENINOS CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN TRATAMIENTO CON PAROXETINA, FLUOXETINA Y SERTRALINA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL PSQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ**

Presenta la tesis para obtener el diploma de especialidad médica en  
psiquiatría

Dra. Mariana Alejandra Ávila Herrera

Dra. María del Socorro González Valadez  
Asesor Teórico

Mtra. Janet Jiménez Genchi  
Asesor Metodológico

Ciudad de México, 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## AGRADECIMIENTOS

Gracias a mis asesoras de tesis, Mtra. Janet Jiménez Genchi y Dra. Socorro González Valadez, no solo en la elaboración de este trabajo de titulación, sino a lo largo de mi residencia, por haberme brindado el apoyo para desarrollarme profesionalmente y quienes con su amplio conocimiento y profesionalidad han enriquecido esta tesis.

A mi casa de estudios, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, y a su personal, por acogerme estos cuatro años con atención y amabilidad en lo referente a mi paso como residente.

A mis colegas y maestros, quienes sin esperar nada a cambio, compartieron su conocimiento y experiencia.

A los pacientes, que tal vez sin darse cuenta, con su confianza contribuyeron a mi formación como psiquiatra.

A la guardia 2, Christian, Araceli, Ramón, Xóchitl y Migue Ángel, por acompañarme en este crecimiento profesional y persona, por el apoyo en las guardias, y la amistad forjada fuera del hospital.

A mi familia, este logro también es suyo. A mis padres, Mayra y Enrique, los principales promotores de mis sueños, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo, me han permitido cumplir hoy un logro más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de dedicación y valentía.

A mi hermana, Mayra, quien ha sido mi ejemplo y respaldo, mi orgullo en todo momento, por la inspiración, pero también por la complicidad que solo una hermana puede dar.

A Christian por su paciencia, comprensión y cariño, que desde mi llegada a la residencia ha compartido y me ha ayudado a disfrutar aún más este camino.

A Mara, Adra, Mariana L., Anabel, Andrea Marrufo., Andrea Castillo, Ade, Mairim, Jime, quienes con oraciones, consejos y alegría han estado siempre a mi lado.

Pero sobre todo a Dios, por permitirme la coincidencia del momento, lugar y de estas grandes personas que formaron parte de esta etapa, por acompañarme todos los días, como su instrumento en este nuestro proyecto.

# ÍNDICE

## Contenido

AGRADECIMIENTOS .....	2
ÍNDICE .....	4
ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y ABREVIATURAS.....	6
<b>Tablas</b> .....	<b>6</b>
<b>Figuras</b> .....	<b>6</b>
<b>Abreviaturas</b> .....	<b>6</b>
RESUMEN .....	7
INTRODUCCIÓN .....	9
MARCO TEÓRICO.....	10
<b>Trastorno límite de la personalidad</b> .....	<b>10</b>
<b>Epidemiología del TLP</b> .....	<b>10</b>
<b>Criterios diagnósticos</b> .....	<b>11</b>
<b>Etiología</b> .....	<b>13</b>
<b>Función sexual</b> .....	<b>14</b>
<b>Disfunción Sexual</b> .....	<b>14</b>
<b>Antecedentes Históricos y Modelos de respuesta sexual femenina.</b> .....	<b>16</b>
<b>Clasificación y causas de disfunción sexual femenina</b> .....	<b>17</b>
<b>Disfunción Sexual y TLP</b> .....	<b>21</b>
<b>Fisiopatología de la Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos</b> .....	<b>23</b>
<b>Inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS)</b> .....	<b>26</b>
<b>COMPARACIÓN ENTRE ISRS</b> .....	<b>26</b>
<b>Disfunción Sexual asociada a otros medicamentos</b> .....	<b>27</b>
<b>Uso de un agente secundario para disminuir la DS:</b> .....	<b>28</b>
MÉTODO.....	30
JUSTIFICACIÓN .....	30
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	31
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	32
OBJETIVOS: .....	32
<b>Objetivo general:</b> .....	<b>32</b>
<b>Objetivos específicos:</b> .....	<b>32</b>
HIPÓTESIS .....	33
<b>HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:</b> .....	<b>33</b>

<b>HIPÓTESIS NULA:</b> .....	<b>33</b>
VARIABLES .....	34
MUESTREO .....	36
SUJETOS.....	36
Criterios de Selección .....	37
<b>Criterios de inclusión</b> .....	<b>37</b>
<b>Criterios de exclusión</b> .....	<b>37</b>
<b>Criterios de eliminación</b> .....	<b>38</b>
INSTRUMENTO .....	38
<b>The Female Sexual Function Index</b> .....	<b>38</b>
<b>Cuestionario de disfunción sexual secundaria a Psicofármacos (PRSEXDQ-SALSEX)</b> .....	<b>42</b>
DISEÑO DE ESTUDIO.....	44
PROCEDIMIENTO .....	44
ASPECTOS ÉTICOS .....	45
ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	47
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	47
RESULTADOS.....	48
<b>Figura 1.</b> Distribución de la muestra a partir de la disfunción sexual (FSFI).....	<b>48</b>
<b>Figura 2.</b> Distribución de la muestra a partir del tipo de medicamento.....	<b>49</b>
<b>DESEO</b> .....	<b>50</b>
<b>LUBRICACIÓN</b> .....	<b>53</b>
<b>DOLOR</b> .....	<b>55</b>
<b>EXCITACIÓN</b> .....	<b>56</b>
<b>ORGASMO</b> .....	<b>57</b>
<b>ACEPTACIÓN A LOS CAMBIOS</b> .....	<b>60</b>
<b>SATISFACCIÓN</b> .....	<b>61</b>
<b>CUESTIONARIO DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA, PUNTAJE TOTAL (FSFI)</b> ..	<b>62</b>
DISCUSIÓN .....	68
CONCLUSIÓN .....	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	73
<b>ANEXOS: ANEXO 1</b> .....	<b>79</b>
<b>Anexo 2</b> .....	<b>84</b>
<b>ANEXO 3</b> .....	<b>85</b>
<b>ANEXO 4</b> .....	<b>86</b>

## ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y ABREVIATURAS

### Tablas

- Tabla 1: Síntomas de Disfunción Sexual Femenina
- Tabla 2: Clasificación de la disfunción sexual femenina
- Tabla 3: Interpretación y Corrección de FSFI
- Tabla 4: Cronograma de Actividades

### Figuras

- Figura 1: Distribución de la muestra a partir de la disfunción sexual (FSFI)
- Figura 2: Distribución de la muestra a partir del tipo de medicamento
- Figura 3: Deseo
- Figura 4: Lubricación
- Figura 5: Dolor
- Figura 6: Excitación
- Figura 7: Orgasmo
- Figura 8: Aceptación a los Cambios
- Figura 9: Satisfacción
- Figura 10: Satisfacción Total
- Figura 11: Análisis de variables con muestra total (n=39)

### Abreviaturas

- 5HT<sub>2</sub>: receptor de 5-hidroxitriptamina 2
- AMSSAC: Asociación Mexicana Para La Salud Sexual Ac
- CIE-10: Clasificación internacional de enfermedades, 10ª edición
- CSM: Centro Comunitarios de Salud Mental
- DS: Disfunción Sexual
- DSF: Disfunción Sexual
- DSF: Disfunción Sexual Femenina
- DSI: Deseo Sexual Inhibido
- DSM V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
- FSFI: Índice de función sexual femenina
- ISRS: inhibidores selectivos de la recapturación de serotonina
- LHRH: hormona luteinizante
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PRSEXDQ-SALSEX: Cuestionario de disfunción sexual secundaria a Psicofármacos
- SNC: Sistema Nervioso Central
- TDSH: trastorno del deseo sexual hipoactivo

## RESUMEN

La Disfunción Sexual (DS) es un problema frecuente de salud en población general y en pacientes con trastornos mentales, la mayoría de las investigaciones se han centrado en trastornos afectivos, especialmente el trastorno depresivo mayor, sin embargo, la prevalencia también es elevada en pacientes con Trastorno límite de la personalidad (TLP), en las cuales el antecedente de abuso físico, psicológico o sexual es frecuente. El objetivo del estudio es comparar la frecuencia y grados de disfunción sexual asociados a Inhibidores selectivos de la recapturara de serotonina (ISRS), específicamente comparando Paroxetina, Fluoxetina, y Sertralina en pacientes con TLP. Material y Métodos: Aplicación del Índice de función sexual femenina y la escala PRSEXDQ-SALSEX para evaluar la frecuencia y grado de disfunción sexual, así como el registro de las características sociodemográficas, en 39 pacientes con diagnóstico de TLP en tratamiento con estos 3 ISRS, de las cuales 25 presentaron disfunción sexual, mientras que el resto de la muestra compuesto por 14 mujeres no presentaron disfunción sexual. 35.9 % de las participantes recibieron tratamiento a partir de Fluoxetina, el 30.8 % recibió Paroxetina mientras que el 33.5 % fue tratada con Sertralina. Las mujeres que recibieron Fluoxetina reportaron 7 casos sin disfunción. Las pacientes que recibieron tratamiento farmacológico a partir de Paroxetina refirieron 3 casos sin disfunción sexual. Por último, aquellas mujeres que tomaron Sertralina reportaron 4 casos sin disfunción sexual.

*Palabras clave: Disfunción Sexual, Trastorno límite de la personalidad, Paroxetina, Fluoxetina, Sertralina*

## Abstract

Sexual dysfunction (DS) is a common health problem in the general population and in patients with mental disorders, most screening have focused on affective disorders, especially the disorder Depression, however, the Prevalence is also elevated in patients with borderline personality disorder (TLP), in which the history of physical, psychological, or sexual abuse is common. The objective of the study is to compare the frequency and degrees of sexual dysfunction associated with selective serotonin re-capture inhibitors (SSRIS), specifically comparing paroxetine, fluoxetine, and sertraline in patients with TLP. Material and methods: Application of the index of sexual function female and the scale PRSEXDQ-SALSEX to evaluate the frequency and degree of sexual dysfunction, as well as the registry of the characteristics-features sociodemographic, in 39 patients with diagnosis of TLP in Treatment with these 3 SSRIS, of which 25 had sexual dysfunction, Mien-after the rest of the sample composed of 14 women did not present sexual dis-function. 35.9% of participants received treatment from fluoxetine, on 30. 8% received paroxetine while 33.5% were treated with sertraline. Women who received fluoxetine reported 7 cases without dysfunction. Patients who received pharmacological treatment from Paroxetine referred 3 cases without sexual dysfunction. Finally, those women who took sertraline reported 4 cases without sexual dysfunction.

*Keywords: Sexual dysfunction, borderline personality disorder, Paroxetine, fluoxetine, sertraline.*

## INTRODUCCIÓN

La conducta del ser humano está inmersa en un sistema de integración que incluye al sistema nervioso, sistema endocrino, genoma y ambiente, lo que apoya los distintos procesos fisiológicos de la sexualidad y conducta sexual, tales como las motivaciones sexuales, su conducción y ejecución resolutoria. La respuesta neurofisiológica la constituyen los neurotransmisores y las sustancias vasoactivas que determinan el tono vascular, los procesos de vasodilatación y la lubricación de la vagina. Las hormonas esteroideas son las responsables de la modulación del deseo y excitación sexual.

Las dificultades sexuales de los pacientes con Trastorno límite de la personalidad (TLP) es un área poco estudiada, de manera frecuente los pacientes con TLP reciben tratamiento farmacológico con Inhibidores selectivos de la recapturara de serotonina ISRS, que pueden desencadenar alteraciones en la función sexual, y que se asocian a un abandono del tratamiento. Identificar los dominios específicos de disfunción sexual en estas pacientes y que tratamiento se asocia más a disfunción sexual aporta un beneficio al tratamiento integral de los pacientes

## MARCO TEÓRICO

### Trastorno límite de la personalidad

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V [1], un trastorno de personalidad es un patrón perdurable de sentimientos, pensamientos y comportamientos que se desvía considerablemente de las expectativas de la cultura a la que pertenece la persona que lo padece, presentándose de forma inflexible. Éste tiene su inicio al final de la adolescencia o principio de la edad adulta.

### Epidemiología del TLP

La prevalencia en la población general del TLP se sitúa entre un 1-2%, mientras que en los pacientes ambulatorios de Centro Comunitarios de Salud Mental (DSM) y en los hospitalizados se sitúa entre el 11-20% y el 18-32% respectivamente. [2]

El TLP es tres veces más frecuente en mujeres, con una mayor prevalencia cuando se asocian un entorno urbano y un bajo nivel socioeconómico. La edad de diagnóstico del TLP se sitúa entre los 19-32 años, siendo menos frecuente su diagnóstico a mayor edad, pero en estos casos, normalmente, implica mayor gravedad del trastorno. En contextos comunitarios se ha asociado a más experiencias traumáticas, a la existencia de abusos físicos y/o sexuales infantiles, a mayor frecuencia de relaciones homosexuales y dudas sobre la identidad sexual, a antecedentes personales y/o familiares de ingresos psiquiátricos (sin haber encontrado una mayor asociación con la esquizofrenia que en la población general). No se ha confirmado una asociación significativa de los trastornos afectivos con un mayor número de tentativas autolíticas ni con una mayor prevalencia de abuso de sustancias. [3]

En el Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, según lo reportado por el departamento de bioestadística, constituye el segundo padecimiento más frecuentemente

atendido. En el 2017 se reporta una población total de 5169, de los cuales 806 hombres y 4363 mujeres. [4] La mayoría de estos pacientes se encuentran en seguimiento en el servicio de consulta externa, en el 2018, se reportó un total de 5408 pacientes atendidos en este servicio, 4469 del sexo femenino y 939 del sexo masculino, sumando un total de 39820 consultas por este padecimiento en el 2018 [4]

### Criterios diagnósticos

El DSM V [1] ubica al TLP dentro de los trastornos de personalidad del grupo B. La definición es: “patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos”. También establece unos criterios que se deben tener en cuenta para el diagnóstico. Dichos criterios son cinco o más de los siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente auto lesivas, por ejemplo: gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación

6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo; por ejemplo: episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días
7. Sensación crónica de vacío
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira; por ejemplo: exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves

También la OMS en el CIE-10 [5], define al TLP como un Trastorno de Personalidad en el que existe en una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo. Igualmente, lo subdivide en dos:

1. Impulsivo
2. Límite

El curso clínico de los pacientes con TLP es con frecuencia inestable, con numerosas reagudizaciones que se corresponden con períodos de crisis por las que a menudo acuden a los servicios de urgencias. Las crisis suelen presentarse con una se-

rie de síntomas y conductas, como autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, síntomas psicóticos transitorios y comportamientos impulsivos, como enfados y agresiones, conductas sexuales de riesgo, hurtos, atracones y purgas, todo ello con un importante correlato afectivo. [6]

### Etiología

- Vulnerabilidad genética - Estudios en gemelos sugieren que el factor de heredabilidad del TLP es de 0,69, es decir, que la influencia genética en el TLP es del 69%. [7]
- Alteración de los neurotransmisores - Los neurotransmisores están implicados en la regulación de los impulsos, la agresión y el afecto, los más estudiados son la serotonina, noradrenalina, dopamina, acetilcolina. [8]
- Disfunción neurobiológica - se han descrito evidencias de un déficit estructural y funcional en áreas cerebrales clave para la regulación del afecto, la atención, el autocontrol y la función ejecutiva. Estas áreas son la amígdala, el hipocampo y las regiones orbito frontales. [9]
- Factores psicosociales - presencia de antecedentes de trastornos del estado de ánimo y abuso de sustancias en otros familiares, negligencia así como la falta de implicación emocional por parte de los cuidadores, abusos físicos, sexuales y emocionales de forma concurrente. [10]
- Proceso de apego - los efectos adversos derivados de relaciones de apego inseguro y/o desorganizado se deben a un fracaso en el desarrollo de la capacidad de mentalización. [11]

### Función sexual

La conducta del ser humano está inmersa en un sistema de integración que incluye al sistema nervioso, sistema endocrino, genoma y ambiente, lo que apoya los distintos procesos fisiológicos de la sexualidad y conducta sexual, tales como las motivaciones sexuales, su conducción y ejecución resolutoria. La respuesta neurofisiológica la constituyen los neurotransmisores y las sustancias vasoactivas que determinan el tono vascular, los procesos de vasodilatación y la lubricación de la vagina. Las hormonas esteroideas son las responsables de la modulación del deseo y excitación sexual

### Disfunción Sexual

La sexualidad es un concepto complejo, consistente en la unión de componentes orgánicos, hormonales y culturales controlados por sistemas intrínsecos del cuerpo humano como el vascular, endocrino y neurológico. Diversos estudios han demostrado que una alteración en el ámbito sexual en las mujeres genera un impacto negativo en su calidad de vida, salud mental y física. [12.]

La disfunción sexual femenina (DSF) se define como un trastorno en el deseo, excitación, orgasmo y/o dolor durante la relación sexual, que genera estrés personal y tiene impacto en la calidad de vida y las relaciones interpersonales. [13]

Su etiología es multifactorial, debido a sus diversos componentes.

La prevalencia de DSF descrita oscila entre 38%-64% [14]; dentro de los factores asociados DSF están la edad y la menopausia; las mujeres postmenopáusicas repor-

tan una frecuencia alta de disfunciones sexuales, aun mayor que la de los hombres de la misma edad [15]

En este estudio se incluirán a mujeres en edad fértil. Se excluirán a mujeres con menopausia natural, la cual es definida como el último periodo menstrual que ocurre debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario, con edad promedio en México a los 48 años. También se excluirán a las pacientes que cursen la etapa de climaterio, el cual se define como la etapa asociada a la disminución fisiológica de las funciones ováricas (tanto gametogénicas, como esteroidogénicas) que se acompaña de manifestaciones clínicas y paraclínicas.

La mujer histerectomizada que conserva los ovarios entra en amenorrea secundaria y definitiva, pero no presenta climaterio hasta el cese de la función ovárica. Por esta razón las mujeres con histerectomía en las que no se realizó ooforectomía, no presentan alteraciones en la función sexual asociadas a la cirugía. [16]

SÍNTOMAS DE DSF [15]	30 años	60 años
Trastorno orgásmico	15,2%	32,2%
Deseo sexual	27,7%	57,9%
Trastorno de excitación	29,7%	57,9%
Lubricación	12,5%	51,2%

Otros factores de riesgo encontrados en la literatura son fumar, estado marital, nivel de educación, religión, trabajo, raza, enfermedad preexistente y depresión [14]

En México, Rubio realizó una panorámica de la frecuencia relativa de las personas atendidas en la clínica de salud sexual AMSSAC [17]. Así, de 138 hombres atendidos con disfunción sexual, la más frecuente fue trastorno de la erección, seguido de la eyaculación precoz y el deseo sexual hipoactivo. De 57 mujeres atendidas en el mismo periodo la disfunción sexual más frecuente en ellas fue trastorno del orgasmo, seguido del trastorno de la excitación Y el deseo sexual hipoactivo.

#### [Antecedentes Históricos y Modelos de respuesta sexual femenina.](#)

La función normal puede variar entre mujeres y en la misma mujer a lo largo de su vida. Se han desarrollado múltiples modelos para describir una respuesta sexual sana.

En 1966, Masters y Johnson propusieron un modelo lineal de la respuesta sexual, basado en sus observaciones de los cambios fisiológicos que se presentaban en hombres y mujeres en un entorno de laboratorio. Su modelo constaba de cuatro etapas: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Posteriormente, Kaplan y Leif *modificaron* este modelo de manera independiente para incluir el concepto de deseo, que refleja los componentes psicológicos, emocionales y cognitivos de la respuesta sexual. Este modelo lineal modificado comprendía tres fases: deseo, excitación, y orgasmo. Basson introdujo un modelo circular basado en la intimidad para ayudar a explicar la naturaleza multifactorial de la respuesta sexual de la mujer, tomando en cuenta observaciones que muestran que a menudo ésta no sigue una trayectoria lineal. Su modelo reconoce la compleja interacción de la intimidad emocional, los es-

tímulos sexuales, los factores psicológicos y la satisfacción con la relación, que determina la respuesta sexual. También introduce el concepto de neutralidad sexual y deseo responsivo (la idea de que las mujeres pueden no estar motivadas por deseo espontáneo y que el deseo resulta de la excitación en el contexto de una relación amorosa) y constituye la base de los criterios del DSM-V del Trastorno de la Excitación y del Interés Sexual Femenino. [18]

### Clasificación y causas de disfunción sexual femenina

La última edición del DSM ha revisado la clasificación de la DSF [1]. El trastorno del deseo sexual hipoactivo (TDSH) y el trastorno de la excitación femenina se han combinado en una categoría, al igual que la dispareunia y el vaginismo, mientras que el trastorno de aversión al sexo ha sido eliminado. El trastorno orgásmico femenino permanece sin cambios. Varios criterios, entre ellos la angustia personal y la duración y la gravedad de los síntomas, contribuyen a un diagnóstico preciso y al tratamiento recomendado.

Tabla 2 Clasificación de la disfunción sexual femenina	
Categoría	Incluye
Trastorno de interés sexual/de la excitación femenina	Trastorno del deseo sexual hipoactivo Trastorno de la excitación femenina
Trastorno del orgasmo femenino	NA
Dolor genitopélvico/trastorno de la penetración	Dispareunia (coito doloroso) Vaginismo (espasmo del tercio externo de la vagina que interfiere con el coito)

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición; NA: no aplicable.  
Fuente: American Psychiatric Association<sup>1</sup>.

La disminución de los niveles de estrógenos y andrógenos asociada con el envejecimiento puede contribuir significativamente a la aparición de la DSF. Otras influencias biológicas posibles sobre la DSF son condiciones médicas. Así, la hipertensión y la diabetes mellitus se han vinculado a la DSF. [19]

l) Trastornos del deseo sexual:

- Deseo Sexual Inhibido (DSI): es la inhibición persistente y profunda del deseo sexual, siendo la libido anormalmente baja. Sugiere la anulación del apetito sexual. Generalmente existe una etiología psíquica.
- Deseo Sexual Hipoactivo (TDSH): Es la disminución o ausencia de fantasías eróticas y deseos de actividad sexual en forma persistente o recurrente. Se caracteriza por actitudes y comportamientos tendientes a la evitación y el rechazo sexual, falta

de iniciativa, baja frecuencia de relaciones sexuales, ausencia de frustración si se les priva de mantenerlas, escasa respuesta a la estimulación genital o repuesta luego de un esmerado y persistente estímulo

- Deseo Sexual Hiperactivo: deseo casi constante de practicar alguna actividad sexual que interfiere con las actividades cotidianas de la mujer. Existen dificultades en controlar o postergar la necesidad de satisfacción sexual.
- Aversión al sexo: se trata de una fobia sexual simple. Es el miedo persistente, excesivo e irracional y deseo compulsivo de evitar sensaciones y/o experiencias sexuales. Se caracteriza por una evitación activa del contacto sexual genital con la pareja acompañado de angustia y ansiedad anticipatoria. El miedo surge al intentar una relación sexual y puede centrarse en algún aspecto particular del sexo.

## II) Trastorno de la excitación:

Es el equivalente de la disfunción eréctil masculina. Es la incapacidad persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación, vasocongestión genital como la tumescencia de los labios mayores, menores y del clítoris, o de la invaginación por dilatación de los dos tercios internos de la vagina, ante un estímulo adecuado en tipo, intensidad y duración hasta la terminación de la actividad sexual. Este trastorno generalmente se acompaña de varias disfunciones sexuales como deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo, entre otras.

## III) Trastorno del orgasmo:

Se caracteriza por la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una actividad sexual nor-

mal. Es importante destacar que las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo o intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo.

#### IV) Trastornos sexuales por dolor:

- **Dispareunia:** Es sinónimo de coito doloroso. Se caracteriza por el dolor genital persistente o recurrente antes, durante o después de una relación sexual. Se debe descartar un vaginismo o que solo sea causa de una lubricación insuficiente por inadecuada preparación de la mujer durante el juego previo. Puede responder a problemas orgánicos como inflamaciones o infecciones genitales, vaginales o del tracto urinario (vulvitis, vaginitis, uretritis, cistitis), disminución en la producción de estrógenos durante la menopausia, cicatrices dolorosas en la entrada de la vagina, lesiones o traumatismos dolorosos del aparato genital o como consecuencia de tratamientos oncológicos de radioterapia. También se puede experimentar dolor por la fuerte presión sobre la uretra durante el coito, manipulación excesiva, brusca o inadecuada del clítoris, reacciones alérgicas a desodorantes íntimos, espumas y geles anticonceptivos, a preservativos de látex, a lubricantes íntimos inadecuados. Entre las causas psicológicas puede responder a la falta de educación sexual, desconocimiento de la anatomía y fisiología genital y de la respuesta sexual, primeras experiencias coitales dolorosas que desarrollaron ansiedad y tensión muscular ante la proximidad del coito, contracción espasmódica del tercio externo vaginal, inadecuada relajación y dilatación, lográndose la penetración pero siendo esta dolorosa.
- **Vaginismo:** Se caracteriza por la contracción espasmódica e involuntaria, recurrente o persistente de la musculatura perivaginal y del tercio externo, que imposibilita la penetración, así como la introducción de cualquier objeto como dedos, tampones

o espéculos. El dolor es referido específicamente al intento de penetración, con sensaciones de presión intensa, de estar “cerradas”, “como si hubiera una pared”, asociado a un alto nivel de ansiedad, tensión muscular y fundamentalmente temor al dolor. Al examen ginecológico de la paciente pueden observarse: espasmos involuntarios de los músculos perineales, arqueamiento de la espalda, contracción de los aductores de los muslos y un importante estado de ansiedad y nerviosismo.

### Disfunción Sexual y TLP

Parece razonable esperar que los rasgos del trastorno límite de personalidad puedan interferir con el funcionamiento sexual y la capacidad de intimidad.

Sin embargo, hay muy pocos estudios que aborden específicamente las relaciones sexuales de pacientes con trastornos de personalidad. Un estudio de 1986 [20] examinó a 30 mujeres, de una edad promedio de 34 años, hospitalizadas por descompensación (según criterios de CIE-9). Usando cuestionarios diseñados específicamente para la evaluación del desarrollo sexual, se encontró que estos pacientes mostraron un desarrollo sexual disarmónico. En otros cuestionarios, mostraron puntuaciones más bajas en la función sexual, disminución de la actividad sexual y una menor capacidad orgásmica coita

Un estudio más reciente [21] examinó una muestra grande y bien definida de 290 pacientes con TLP y 72 sujetos de comparación del Eje II sin TLP, seguidos prospectivamente durante 6 años. Las dificultades en las relaciones sexuales fueron comunes entre los pacientes con TLP y significativamente más frecuentes entre ellos que en el grupo de comparación del Eje II. El 61% de los pacientes con TLP informaron algún tipo de dificultad en las relaciones sexuales en comparación, solo el 19% de

los demás pacientes con trastornos de la personalidad. Dentro del grupo TLP estas dificultades eran más comunes entre las mujeres. De los pacientes con TLP, el 65% de las mujeres y el 43% de los hombres informaron que se habían vuelto sintomáticos (por ejemplo: crisis, intento suicida, autoagresiones) como resultado de haber tenido relaciones sexuales con consentimiento o se habían evitado las relaciones sexuales por temor a sufrir síntomas, o ambos. Estos patrones de comportamiento disminuyen significativamente con el tiempo. Cabe destacar que un mayor porcentaje de pacientes con TLP con antecedentes de dificultades en las relaciones sexuales había informado un historial de abuso sexual en la infancia (76.8%) en comparación con los pacientes con TLP sin dicha historia (39.8%). Casi el mismo patrón se encontró en pacientes con antecedentes de violación en adultos (42.9 vs. 13.3%).

Los autores sugieren [22] que el trauma sexual, que es tan común en los pacientes con TLP, ya sea en la infancia, en la edad adulta o en ambos, predispondría a muchas de estas personas a evitar las experiencias sexuales por temor a provocar un recrudecimiento de los recuerdos relacionados con el trauma, los síntomas de la TLP, o ambos. Las tasas diferenciales entre sexos de abuso sexual infantil y las historias de violación en adultos reportadas en este estudio ayudan a explicar la diferencia en las tasas de dificultades en las relaciones sexuales entre pacientes con TLP masculinos y femeninos.

Las dificultades sexuales de los pacientes con TLP se derivan de los problemas interpersonales recurrentes que experimentan con miembros de la familia, parejas íntimas y otras personas significativas en sus vidas. [22]. Es posible que abordar adecuadamente los temores de estos pacientes pueda ayudar a mejorar la calidad de sus relaciones interpersonales con adultos, incluidas las relaciones sexuales.

### Fisiopatología de la Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos

La excitación sexual está mediada por el SNC y periférico; a nivel central, el sistema mesolímbico y el diencéfalo, regulados de manera parcial por la dopamina, relacionados con el deseo y la excitación. A nivel periférico, el sistema nervioso simpático y parasimpático regulan la actividad espinal refleja (erección/ agrandamiento del clítoris) a través de la serotonina y otros neurotransmisores, regulando el orgasmo y la resolución. Los neurotransmisores dopamina (deseo), serotonina (saciedad) y endorfinas (resolución) son de gran importancia en el proceso sexual, encontrándose alterados en su regulación en múltiples trastornos psiquiátricos y afectados por múltiples fármacos [23]

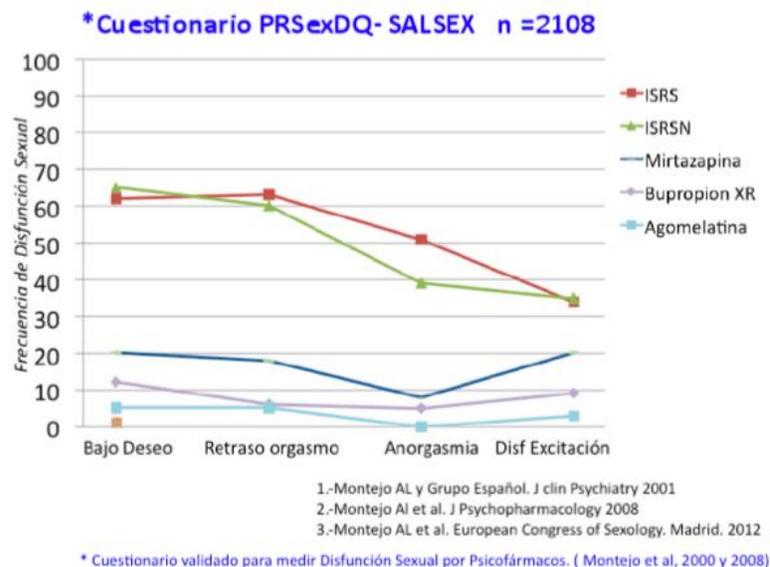
La inhibición selectiva de la recaptación de la serotonina, que se logra con algunos antidepresivos, reduce la actividad dopaminérgica en el sistema mesolímbico a través de los receptores de serotonina 5HT<sub>2</sub> [24]. Este mecanismo podría explicar que los antidepresivos que antagonizan al receptor 5HT<sub>2</sub> (nefazodona) o los que actúan mediante el sistema de recaptación de dopamina (bupropión) presentan una baja incidencia de DS.

Los fármacos antipsicóticos, al bloquear los receptores de dopaminérgicos D<sub>2</sub> y serotoninérgicos 5-HT<sub>2</sub> alteran los circuitos dopaminérgicos (así como el balance dopamina-serotonina), relacionados con la recompensa (dopamina tiene efecto generalmente estimulante) pudiendo alterar el deseo y la motivación hacia las relaciones sexuales (DS en más de un 50% de los pacientes tratados con antipsicóticos). Adicionalmente la administración de algunos psicofármacos se asocia frecuentemente

con aumentos de los niveles de prolactina, provocando disminución de LHRH y testosterona, asociados a una disminución de la libido y el deseo sexual. [23]

El orgasmo y la eyaculación, están principalmente mediados por el sistema nervioso periférico, regulado parcialmente por el sistema nervioso simpático y parasimpático (serotonina). Esto explica la alta incidencia de retardo en el orgasmo o anorgasmia que se presenta en los pacientes en tratamiento con ISRS. La excitación sexual también puede alterarse como consecuencia de la alteración de la libido o alteraciones en el orgasmo, dentro de los mecanismos de feedback. La regulación de la excitación sexual a nivel periférico también se asocia con el óxido nítrico, que puede encontrarse disminuido en las primeras semanas de tratamiento con algunos antidepresivos. [23]

**Figura 1: Frecuencia de la Disfunción Sexual con Antidepresivos**



Existen varios estudios realizados en México sobre este tema, en el 2012, Urbina y Secín [25], realizaron una revisión que mostró una alta prevalencia de disfunción sexual asociada al manejo antidepresivo, (65 vs 45% de grupos controles) especialmente entre aquellos fármacos que actúan sobre el sistema serotoninérgico. La DS puede manifestarse como una reducción del deseo, de la excitación y/o del orgasmo. Este problema tiende a ser subestimado tanto por los pacientes como por los propios médicos.

La DS secundaria a antidepresivos puede ser un factor agregado de malestar para los pacientes. Alrededor de 42% de los hombres y 15% de las mujeres descontinúan el tratamiento antidepresivo debido a los efectos sexuales adversos que les generó. [26]

Otro estudio realizado en México en el 2017, por el servicio de Urología del Hospital General Dr. Manuel Gea González [27], es un estudio prospectivo y descriptivo, al que se incluyeron mujeres de 20 a 60 años de edad, quienes asistieron a consulta o formaron parte del equipo médico y de trabajo, con el Cuestionario FSFI, mismo que se utilizará en el presente estudio. Se reportó una prevalencia de 35% de mujeres con disfunción sexual, similar a la reportada en la bibliografía mundial (38%). Los principales trastornos asociados con la disfunción sexual fueron: deseo sexual disminuido (28%), incapacidad para la excitación (17%), para alcanzar el orgasmo (17%), para conseguir la lubricación suficiente (11%) y dispareunia (11%).

### Inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS)

Los ISRS son los antidepresivos más ampliamente prescritos, pueden causar DS por decremento en la libido e incremento en la latencia al orgasmo, dificultades para obtener y mantener la erección también han sido reportadas.

Estos efectos en la función sexual, parecen estar relacionados con los efectos agonistas sobre los receptores 5-Ht<sub>2</sub>; no obstante, otros mecanismos pueden también estar involucrados; por ejemplo, la alta tasa de DS asociada con la Paroxetina puede ser atribuida no sólo a su mayor selectividad por receptores serotoninérgicos, sino también a su bloqueo sobre los receptores colinérgicos y los efectos inhibitorios sobre la óxido nítrico sintetasa; esto puede explicarse porque los pacientes que reciben Paroxetina comparado con otros ISRS tienen significativamente mayor incidencia de disfunción eréctil y problemas de lubricación vaginal. [28].

El uso de ISRS se ha asociado con el doble de riesgo de presentar deseo sexual hipoadectivo y un mayor deterioro de la función eréctil; pero, no se han observado diferencias en el flujo sanguíneo peneano. [29]. También se ha observado en quienes utilizan ISRS un mayor riesgo (siete veces más) de eyaculación retardada. [29].

### COMPARACIÓN ENTRE ISRS

Modell et al encontraron un grado similar de DS inducido por la Fluoxetina, Paroxetina y Sertralina en comparación con el bupropión, sólo el 27% de los pacientes con uso de ISRS no reportaron efectos adversos, en contraste con un 86% con el uso de bupropión. [30]

En el estudio de Serreti, [31] se reportó que los antidepresivos que mayor grado de afectación generan sobre la función sexual son, en orden decreciente: Sertralina, venlafaxina, citalopram, Paroxetina y Fluoxetina.

Montejo et al [28] reportaron las siguientes tasas de DS asociada con antidepresivos en una muestra de 1,022 pacientes (610 mujeres y 412 hombres): citalopram 72.7%, Paroxetina 70.7%, venlafaxina 67.3%. Sertralina 62.9%, fluvoxamina 62.3%, Fluoxetina 57.7%, mirtazapina 24.4% y moclobemide 3.9%.

Montgomery [32] realizó en 2002 una revisión sobre la DS en pacientes deprimidos, prevalencia y diferencia entre los diferentes antidepresivos, donde la Paroxetina y Sertralina presentaron los mayores efectos sexuales adversos.

### Disfunción Sexual asociada a otros medicamentos

Algunos trastornos sexuales pueden ser también observados en el 30% de las mujeres tratadas con antipsicóticos, mostrando una reducción de la calidad del orgasmo (33%), dificultad para alcanzar el orgasmo (22%) y dolor durante el orgasmo (7%); además suele aparecer hiperprolactinemia, galactorrea (5-19%), inflamación de senos mamarios (3%) e irregularidades menstruales (78%) o supresión completa de los ciclos menstruales (22-50%) [33]

Las fenotiazinas alifáticas, como la tioridazina y la trifluoperazina poseen además propiedades anticolinérgicas y alfa-bloqueantes que comprometen la erección, la eyaculación y el orgasmo femenino. Risperidona y olanzapina tienen la más alta pro-

babilidad de causar disfunciones sexuales, concretamente disfunción eréctil y disfunción eyaculatoria en hombres. En mujeres, irregularidades menstruales, amenorrea y disminución de la lubricación vaginal. Asimismo, disminución del deseo sexual y alteración del orgasmo en ambos sexos [34]

En cambio, ciertos antipsicóticos atípicos como aripiprazol, sertindol, amisulprida y ziprasidona no tienen efectos sedativos, ni tampoco antihistaminérgicos ni anticolinérgicos, por lo que no tienen efectos tan negativos sobre la función sexual [35.]

Las benzodiazepinas disminuyen las concentraciones de noradrenalina plasmática. A dosis bajas tienen efecto facilitador sobre la función sexual al producir un cierto grado de desinhibición y reducir la ansiedad; sin embargo, a dosis altas producen sedación y disminución de la libido junto con aparición de disfunciones sexuales por sus efectos sobre la transmisión nerviosa. [36]

Otras medicaciones psicotrópicas que estabilizan el humor como el litio, utilizado en el tratamiento de los trastornos bipolares, puede causar disfunción eréctil y disminución del deseo sexual en un alto número de pacientes [36]

Distintos estudios han demostrado que los anticonvulsivantes, especialmente la fenitoína, pero también el valproato y la Carbamazepina, tomados durante un período prolongado pueden provocar tanto en varones como en mujeres, anormalidades en los niveles plasmáticos de las hormonas sexuales (LH y testosterona). Al parecer, los anticonvulsivantes producen un aumento de la unión de las hormonas sexuales a las globulinas con la consiguiente reducción de testosterona libre [37]

Uso de un agente secundario para disminuir la DS:

Diversos medicamentos han sido utilizados en el tratamiento de la DS inducida por antidepresivos: [38]

Fármaco	Mecanismo	Dosis (mg/día)
Ciproheptadina	Antagonismo 5HT	4-8
Buspirona	Agonista parcial 5HT <sub>1A</sub>	14-45
Yohimbina	Antagonismo adrenérgico (alfa 2)	5-10
Amantadina	Agonista Dopaminérgico	100-400
Metilfenidato	Agonista Dopaminérgico	10-30
Bupropion	Efecto dopaminérgico y adrenérgico	150-300
Mirtazapina	Antagonismo 5HT <sub>2</sub>	15-45

## MÉTODO

### JUSTIFICACIÓN

El trastorno de personalidad tipo límite se presenta con una prevalencia en la población entre un 1-2% [1].

La prevalencia de disfunción sexual en mujeres oscila entre 38%-64% [13] lo que repercute de manera importante en la vida de las pacientes.

La conveniencia de este estudio radica en la importancia del abordaje de la función sexual de las pacientes con TLP, ya que se ha demostrado que la disfunción sexual repercute en la calidad de vida de la población general. Algunas de las pacientes con TLP presentan antecedente de abuso sexual, abuso físico o patrones inestables en sus relaciones, factores que repercuten en el funcionamiento sexual y otras pacientes presentan una función sexual normal previa, la cual presenta cambios ante el tratamiento con un ISRS.

La relevancia y alcance social que posee, es en beneficio de las pacientes que cursan con disfunción sexual, en caso de presentar disfunción que orienten a un origen estructural pueden ser derivadas a uroginecología para valoración.

Se pretende observar la tendencia en cuanto a las variables sociodemográficas.

En la actualidad, en nuestro país, existen pocos estudios al respecto, la mayoría orientados a realizarse en hospitales generales o enfocados a pacientes con trastorno depresivo mayor, cuando los ISRS no una indicación exclusiva para ese pade-

cimiento y se utilizan en otros padecimientos, siendo elevado el uso de estos fármacos en los pacientes con TLP.

Esta investigación es viable dada la observación frecuente del fenómeno a tratar (TLP), además de enfocarse en comparar dos grupos de pacientes en medios controlados como la consulta externa.

No requiere mayores intervenciones que representen exponer a un riesgo mayor al paciente o erogarse más recursos por parte del hospital.

Dado que se realizará en la consulta externa, se podrán controlar variables ya que se realizará a pacientes que son relativamente constantes en las consultas y en el apego a tratamiento.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hasta el momento en nuestro país existen escasas referencias bibliográficas donde se aborde la sexualidad de las pacientes con trastorno límite de la personalidad. Los estudios realizados en este ámbito se refieren a otros trastornos mentales que pueden afectar la función sexual. En pacientes con diagnóstico de Trastorno de la personalidad límite, los estudios se han limitado a la percepción o las conductas sexuales de riesgo.

Al realizar este estudio es un paso inicial para comprender la frecuencia, dominios y asociación de la disfunción sexual en pacientes con diagnóstico de TLP, que puede dar pie a otras investigaciones.

## PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Las pacientes de la consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad en tratamiento con Paroxetina presentan mayor frecuencia de disfunción sexual asociada a antidepresivos que las pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad en tratamiento con Fluoxetina o Sertralina?

## OBJETIVOS:

### Objetivo general:

- Comparar la presencia y severidad de disfunción sexual en los pacientes con diagnóstico de TLP en tratamiento con Paroxetina vs Fluoxetina vs Sertralina

### Objetivos específicos:

- Determinar los factores sociodemográficos asociados
- Determinar si existen cambios asociados en las pacientes con tratamiento farmacológico
- Determinar el dominio específico en el que presentan mayor disfunción

## HIPÓTESIS

### HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:

Las pacientes de la consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad en tratamiento con Paroxetina presentan diferencias significativamente estadísticas de mayor frecuencia de disfunción sexual asociada a antidepresivos que las pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad en tratamiento con Fluoxetina o Sertralina

### HIPÓTESIS NULA:

Las pacientes de la consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad en tratamiento con Paroxetina no presentan diferencias significativamente estadísticas de mayor frecuencia de disfunción sexual asociada a antidepresivos que las pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad en tratamiento con Fluoxetina o Sertralina

## VARIABLES

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	18 a 59 años	Independiente	Cuantitativa Discontinua	Años
<b>Escolaridad</b>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Grado de educación escolarizada	Cualitativa Independiente	Nominal	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Maestría
<b>Religión</b>	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).		Cualitativa Independiente	Nominal	Ateo Católico Cristiano Testigo de Jehová Judío
<b>Estado Civil</b>	Condición de una persona según el registro civil en función de si este tiene o no pareja y su situación legal.		Cualitativa Independiente	Nominal	Soltero, casado, separado, divorciado, unión libre y viudo.
<b>Tratamiento farmacológico</b>	Tratamiento con cualquier sustancia, diferente de los alimentos, que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal.	Nombre del ISRS	Cualitativa Independiente	Nominal	Paroxetina Fluoxetina
<b>Deseo</b>	Interés o apetencia que una persona tiene por conseguir la posesión o la realización de algo.	Fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo.	Cuantitativa Dependiente	Intervalar	mínimo de 2 y máximo de 10
<b>Excitación</b>	Primera parte de la respuesta sexual.	Aumento labios menores y mayores. Lubricación vaginal Expansión parte anterior de la vagina. Retracción clítoris.	Cuantitativa Dependiente	Intervalar	Mínimo de 0 y máximo de 20.

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
<b>Lubricación</b>	Segregación del flujo vaginal, por el cuello de la matriz y las paredes de la vagina con diversos fines.	Fluido que se desencadena por la sangre que fluye hacia los genitales durante la excitación con la finalidad de treparse para la penetración.	Cuantitativa Dependiente	Intervalar	Mínimo de 0 y máximo de 20.
<b>Orgasmo</b>	punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores	Contracciones útero. Contracciones "plataforma orgásmica". Contracciones del ano.	Cuantitativa Dependiente	Intervalar	Mínimo de 0 y máximo de 15.
<b>Satisfacción</b>	respuesta afectiva que emerge de una evaluación subjetiva de las dimensiones positivas y negativas asociadas con la propia actividad sexual	evaluación subjetiva de agrado o desagrado que una persona hace respecto de su vida sexual	Cuantitativa Dependiente	Intervalar	mínimo de 2 y máximo de 15
<b>Dolor</b>	Percepción sensorial localizada y subjetiva desagradable y que se siente en una parte del cuerpo	presencia de dolor persistente o recurrente durante las actividades sexuales, ya sean las involucradas durante la penetración vaginal o simplemente las relacionadas con estimulación táctil de la vulva y el vestíbulo	Cuantitativa Dependiente	Intervalar	Mínimo de 0 y un máximo de 15.
<b>Disfunción Sexual</b>	Dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (que incluye deseo, excitación, orgasmo y resolución) que evita al individuo o pareja el disfrute de la actividad sexual	Medida de funcionamiento sexual en mujeres con el Índice de Función sexual femenina (FSFI)	Dependiente, Cuantitativa	Intervalar	Puntaje que va de 0 a 5 por dominio.

## MUESTREO

## SUJETOS

No probabilístico, por cuota, a 39 pacientes mujeres con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad en tratamiento con Fluoxetina, Paroxetina o Sertralina de consulta externa del Hospital Fray Bernardino Álvarez, en el periodo de enero 2019 a mayo de 2019.

## Criterios de Selección

### Criterios de inclusión

Pacientes del sexo femenino.

Con diagnóstico de Trastorno de inestabilidad emocional (F60.3).

Que se encuentren en seguimiento en consulta externa.

De los 18 a los 48 años de edad.

Que se encuentren en edad fértil.

Que se encuentren con tratamiento farmacológico con Paroxetina o Fluoxetina dosis máximas de 40mg, o Sertralina a dosis máxima de 50mg/día.

Al menos 6 meses con tratamiento farmacológico.

Que acepten participar y firmen hoja de consentimiento informado

En caso de presentar otros trastornos mentales, se incluirá en la muestra, siempre y cuando se encuentre con criterios de remisión. (Episodio depresivo, trastorno de adaptación, trastorno por estrés agudo)

### Criterios de exclusión

Pacientes con patología neurológica, hipertensión arterial, cáncer, enfermedad reumatológica o metabólica descontrolada

Que no cuenten vida sexual en las últimas 4 semanas.

Pacientes con cuadros psicóticos

Pacientes con cuadros afectivos o ansiosos agudizados

Pacientes con abuso o dependencia de sustancias

Pacientes que tomen medicamentos adicionales: Ciprohptadina, buspirona, Yohimbi-  
na, Amantadina, Metilfenidato, Bupropión, Mirtazapina, Risperidona, Olanzapina, Li-  
tio, Fenitoína, Carbamazepina, Valproato de magnesio, Benzodiazepinas (a dosis  
altas).

Pacientes en quienes se haya realizado histerectomía con ooforectomía

Pacientes en periodo de climaterio o menopausia

### Criterios de eliminación

Pacientes que no completen las escalas

Pacientes que no cuenten con la carta de consentimiento informado

Pacientes que soliciten su retiro del estudio

Procesamiento inadecuado de datos de alguno de los participantes de la muestra

## INSTRUMENTO

### The Female Sexual Function Index

Autores: Rosen R. y Cols. [26]

Año: 2000

Versiones en español: Índice de Función Sexual Femenina validada en 2004 por  
Juan Enrique Blümel M., Lorena Binfa E., Paulina Cataldo A. Alejandra Carrasco V.,  
Humberto Izaguirre L., Salvador Sarrá C.

Validación en México: No. Utilizada por consenso, (Ejemplos de investigaciones en  
las que se ha utilizado: empleada en la Asociación mexicana para la salud sexual

AC, Estudio de Prevalencia de disfunción sexual femenina en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México [27], Prevalencia de las alteraciones de la función sexual (AFS) en sujetos mexicanos con diabetes mellitus de tipo 1 (DM1) y 2 (DM2) que acuden a una Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), etc.). [39]

Tipo de instrumento: cuestionario

Objetivo: El FSFI es una breve medida del funcionamiento sexual en mujeres. Fue desarrollado con el propósito específico de determinar dominios de funcionamiento en ensayos clínicos

Población: mujeres

Número de ítems: 19

Descripción: Cuestionario que consta de 19 preguntas agrupadas en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada pregunta tiene cinco o seis opciones asignándose un puntaje que va de cero a cinco.

Criterios de calidad

Fiabilidad: la fiabilidad media mediante la alfa de Cronbach fue mayor de 0.82 para los seis dominios y para la escala en su conjunto y la fiabilidad test -retest analizada con el coeficiente de correlación de Pearson fue elevada en todos los dominios y en la puntuación total

Validez: la validez discriminante se estableció comparando las respuestas medias del grupo de enfermas con el grupo control, las diferencias más altas para los grupos fue para los dominios de excitación y lubricación, la puntuación total de la escala puede 19.27/ 6.63 para el grupo de enfermos y del 30.5/ 5.29 para el grupo control. La validez divergente se estableció comparando FSFI con el test de satisfacción marital de Locke- Wallas, la correlación se determinó mediante R de Pearson Y fue moderada para el grupo control ( $r=0.53$ ) Y muy baja para el grupo de enfermas ( $r=0.22$ )

#### Aplicación

Tiempo de administración: 5 a 10 minutos

Normas de aplicación: El FSFI es un cuestionario auto administrado. La paciente tiene que responder a 19 cuestiones diferentes y seleccionar en cada una de ellas una de las seis respuestas posibles que mejor describa su situación durante las últimas cuatro semanas (una respuesta de cero indica que no ha habido actividad sexual, una de 1 indique el mayor deterioro funcional y una de 5 el menor)

Correlación e interpretación: el análisis factoriales seducen seis dominios que explora el cuestionario: deseo (ítem 1 y 2), excitación (ítem 3, 4, 5 y 6), lubricación (ítems 7, 8,9 y 10) orgasmo (ítems 11, 12 y 13), satisfacción (ítem 14, 15 y 16), y dolor (ítems 17, 18, 19). El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los puntajes. La puntuación total del test oscila entre 4y 95 puntos. Los valores obtenidos fueron  $19.2 \pm 6.63$  versus  $30.5 \pm 5.29$  en los controles con un valor de  $P \leq 0.001$

El dominio deseo puntúa un mínimo de 2 y un máximo de 10

El dominio excitación puntúa un mínimo de 0 y un máximo de 20

El dominio lubricación puntúa un mínimo de 0 y un máximo de 20

El dominio orgasmo puntúa un mínimo de 0 y un máximo de 15

El dominio satisfacción puntúa un mínimo de 2 y un máximo de 15

El dominio dolor puntúa un mínimo de 0 y un máximo de 15

Tabla 3. Interpretación y Corrección de FSFI

<b>Dominio</b>	<b>Preguntas</b>	<b>Rango</b>	<b>Factor</b>	<b>Score mínimo</b>	<b>Score máximo</b>
<b>Deseo</b>	1, 2	1-5	0,6	1,2	6,0
<b>Excitación</b>	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6,0
<b>Lubricación</b>	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6,0
<b>Orgasmo</b>	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6,0
<b>Satisfacción</b>	14, 15, 16	0 (o 1)-5	0,4	0	6,0

<b>Dolor</b>	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6,0
<b>Rango total de la escala</b>				<b>2,0</b>	<b>36,0</b>

### Cuestionario de disfunción sexual secundaria a Psicofármacos (PRSEXDO-SALSEX)

Ese instrumento [19] 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.

No ha sido validada en México, pero se utiliza por consenso, empleada en estudios de asociación y comparativos de ISRS y específicamente en Paroxetina [40] [41], Además de haber sido en otras tesis del HPFBA [42]

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 a abandono.

Aplicación: es realizado mediante entrevista clínica directa de forma heteroaplicada, siendo utilizado en ambos sexos variando los enunciados en las preguntas

Los ítems uno y dos evalúan la presencia de algún tipo de alteración en actividad sexual inducida por psicofármacos Y si su comunicación al médico es espontánea. Los siguientes cuatro ítems evalúan la intensidad o frecuencia de las siguientes alteraciones de la función sexual inducida por psicofármacos mediante una escala de respuesta de cero 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 el 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, ausencia de orgasmo, disminución de la excitación sexual. Un ítem adicional evalúa 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 uno, lo cual es normal en condiciones clínicas normales y pasajeras.

- 0 y 3 puntos - sin DS
- 4-5 puntos - disfunción leve
- 6 a 10 puntos - moderada
- 11 y 15 puntos o bien cualquier ítem=3 - disfunción grave entre 11 y 15 puntos o bien cualquier ítem=3.

Fiabilidad: 0.93 en términos de consistencia interna.

Validez: Adecuada validez convergente/ divergente y discriminante, insensibilidad a los cambios (87%), Alta correlación con impresión clínica global de DS ( $r=0.79$ ) Y moderada correlación con HDRS ( $r=0.63$ ).

## DISEÑO DE ESTUDIO

Este estudio es de tipo:

- Descriptivo
- No experimental
- Comparativo
- Transversal

## PROCEDIMIENTO

1. Se presentó éste protocolo de investigación, para su revisión y aprobación, al comité de Ética e Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
2. Una vez aprobado, se procedió a solicitar el permiso al jefe médico de Consulta externa para desarrollar el protocolo a partir de su aprobación
3. Se captaron 39 pacientes (mínimo 10 pacientes por fármaco) de consulta externa de 18 a 48 años en edad fértil, que ya contaban con el diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad, y sin cuadros afectivos o ansiosos agudizados, cuyo tratamiento farmacológico con Paroxetina o Fluoxetina a dosis máximas de

40mg/día, o Sertralina a dosis máximas de 50mg/día, por periodo mínimo de 6 meses.

4. Se recolectaron las características sociodemográficas: edad, grado académico, religión, estado civil.
5. Se aplicó la escala FSFI obteniéndose puntajes por dominio y las escala PRSexDQ-SALSEX de enero a mayo del 2019.
6. Los datos se registraron en un formato de recolección de datos, que a su vez se descargará en una base de datos de Excel© con los siguientes apartados:
  - a) Características sociodemográficas
  - b) Puntajes por dominio de la escala FSFI.
  - c) Puntajes por dominio de la escala PRSEXDQ-SALSEX
  - d) Aceptación a los cambios asociados al fármaco, según lo reportado en la escala PRSEXDQ-SALSEX

## ASPECTOS ÉTICOS

Este trabajo se basa en principios éticos que no dañen a los participantes, principalmente no implicó malestar o dolor en ellos, así mismo tendrá un riesgo mínimo y ningún costo. El trato que recibirán los participantes será digno y de respeto, con ello nos comprometemos al resguardo de la información obtenida durante el estudio.

El estudio cuenta con un valor científico y social, ya que ayudará a mejorar las pautas terapéuticas de los pacientes con primer episodio psicótico.

Los principios éticos que se cuidaran durante la elaboración del estudio son:

- **Beneficencia:** puesto que el interés principal del trabajo es encontrar una forma de determinar y prevenir la cronicidad y deterioro de los pacientes.  
**No maleficencia:** durante la realización ningún participante será perjudicado, se respetaran sus derechos fundamentales y no serán lastimados de ninguna forma.
- **Justicia:** todos los participantes que cumplan con los criterios de selección pueden participar en el estudio si así lo desean, nadie será discriminado por ninguna condición social, de raza o género.
- Según el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación, este estudio se considera como:

Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios: pruebas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

- Los datos personales de los encuestados no son de dominio público.  
Se otorgará carta de consentimiento informado al paciente con la finalidad de

que se encuentre enterado del estudio, la finalidad del mismo y la confiabilidad de los datos, será estrictamente voluntario.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La base de datos de Excel© se transportó al software estadístico SPSS© versión 20 para su análisis. Aplicándose análisis paramétrico:

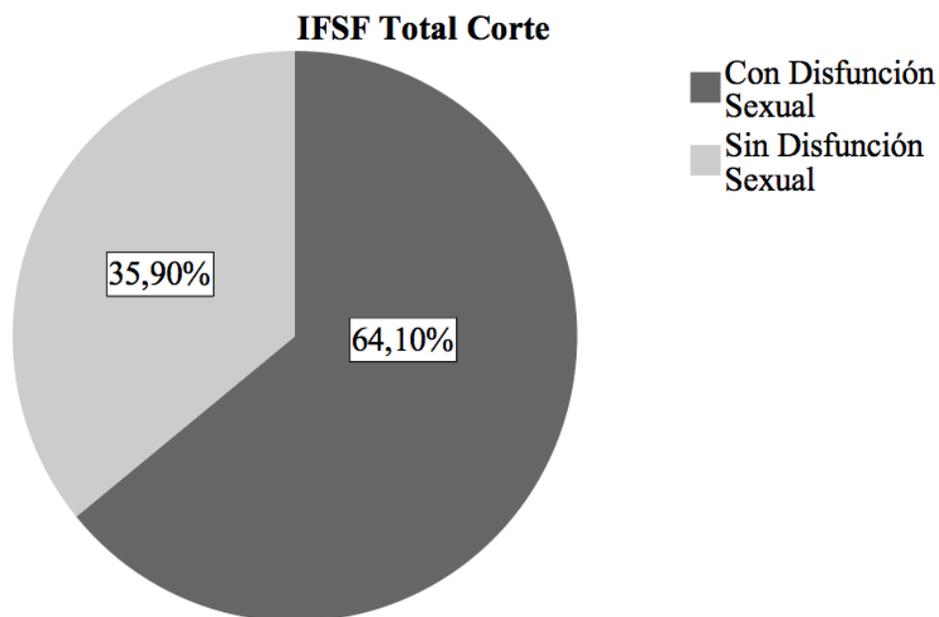
- a) Estadística descriptiva. Se obtendrán frecuencias y porcentajes para variables sociodemográficas
- b) Chi cuadrada de homogeneidad

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Fecha esperada	Año 2018			Año 2019				
		OCTUBRE	NOVIEMBRE	DI- CIEM- BRE	ENERO.	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
ACTIVIDADES PLANEADAS	Elaboración de proyecto								
	Aprobación del proyecto y ampliación del marco teórico.								
	Selección de pacientes y aplicación de escalas								
	Análisis de la información obtenida								
	Redacción de tesis.								

## RESULTADOS

La muestra de estuvo compuesta por n= 39 sujetos femeninos diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad, de las cuales 25 presentaron disfunción sexual, mientras que el resto de la muestra compuesto por 14 mujeres no presentaron disfunción sexual (Figura 1).

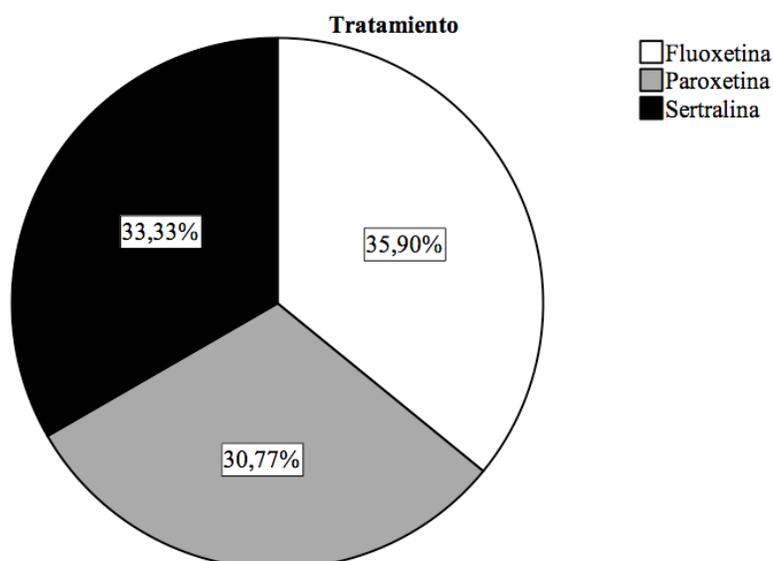


**Figura 1.** Distribución de la muestra a partir de la disfunción sexual (FSFI).

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Con Disfunción Sexual	25	64.1
	Sin Disfunción Sexual	14	35.9

**Tabla 1.** Descriptivos obtenidos de la escala de Índice de Disfunción Sexual Femenina (FSFI).

A partir del medicamento administrado, la muestra se distribuyó de la siguiente manera: el 35.9 % de las participantes recibieron tratamiento a partir de Fluoxetina, el 30.8 % recibió Paroxetina mientras que el 33.5 % fue tratada con Sertralina.



**Figura 2.** Distribución de la muestra a partir del tipo de medicamento.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Fluoxetina	14	35.9
	Paroxetina	12	30.8
	Sertralina	13	33.3
	Total	39	100.0

**Tabla 2.** Distribución de la muestra a partir de la administración de medicamento.

## DESEO

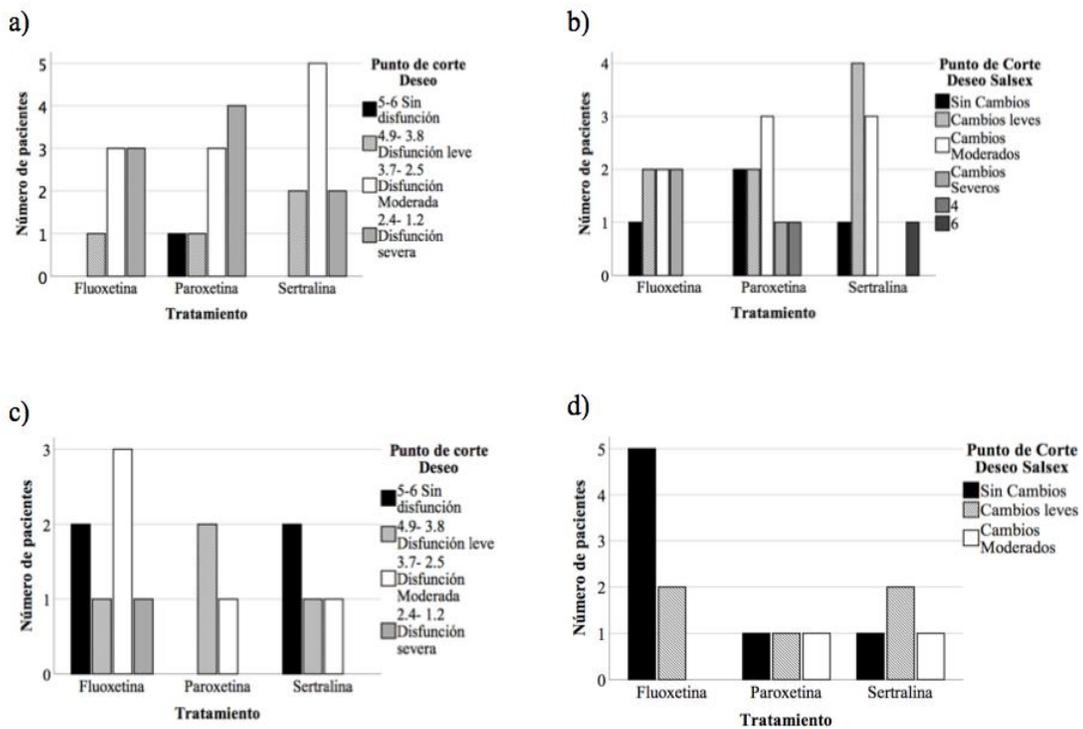
De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la prueba estadística de Chi cuadrada de homogeneidad, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de deseo de las mujeres con disfunción sexual a partir del tipo de tratamiento que recibieron,  $\chi^2_{(6,25)}=3.395$ ,  $p=.758$ . De modo tal que, las pacientes que estuvieron bajo tratamiento con Fluoxetina reportaron un caso de disfunción leve, 3 casos de disfunción moderada y 3 casos de disfunción sexual severa. Mientras que las mujeres bajo tratamiento con Paroxetina presentaron un caso sin disfunción, un caso con disfunción sexual leve, 3 casos con disfunción sexual moderada y 4 casos de pacientes con disfunción sexual severa. Finalmente, las pacientes que recibieron Sertralina reportaron dos casos de disfunción sexual leve, 5 casos de disfunción sexual moderada y 2 casos de disfunción sexual severa (Figura 3).

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la prueba estadística de Chi cuadrada de homogeneidad, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de deseo de las mujeres con disfunción sexual según la escala SALSEX cuando se comparan a partir del tipo de tratamiento que recibieron,  $X^2_{(10,25)}=7.374$ ,  $p=.690$ . De modo tal que, en las mujeres tratadas a partir de la Fluoxetina se reportaron un caso sin cambios en la disfunción, 2 casos con disfunción sexual leve, 2 casos con disfunción moderada y 2 casos con disfunción sexual severa. Mientras que las mujeres bajo tratamiento con Paroxetina presentaron 2 casos sin cambios, 2 casos con disfunción sexual leve, 3 casos con disfunción sexual moderada, y un caso con disfunción sexual severa. Por último, las mujeres que tomaron Sertralina reportaron un caso de disfunción sin cambios, 4 casos de disfunción sexual leve y 3 casos de disfunción sexual moderada (Figura 3).

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la prueba estadística de Chi cuadrada de homogeneidad, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de deseo de las mujeres sin disfunción sexual a partir del tipo de tratamiento que recibieron,  $X^2_{(6,14)}=4.775$ ,  $p=.573$ . De modo que las mujeres que tomaron Fluoxetina reportaron 2 casos sin disfunción sexual, un caso de disfunción leve, 3 casos de disfunción sexual moderada y un caso de disfunción severa. Las pacientes que fueron medicadas con Paroxetina reportaron 2 casos de disfunción leve, y un caso de disfunción sexual moderada. Finalmente, las mujeres que

recibieron Sertralina como tratamiento presentaron 2 casos sin disfunción, un caso de disfunción leve y un caso de disfunción sexual moderada (Figura 3).

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la prueba estadística de Chi cuadrada de homogeneidad, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de deseo de las mujeres sin disfunción sexual según la escala SALSEX cuando se comparan a partir del tipo de tratamiento que recibieron,  $\chi^2_{(4,14)}=3.726$ ,  $p=.444$ . De modo tal que, en las mujeres tratadas a partir de la Fluoxetina se reportaron 5 casos sin cambios en la disfunción, y 2 casos con disfunción sexual leve. Mientras que las mujeres bajo tratamiento con Paroxetina presentaron un caso sin cambios, un caso con disfunción sexual leve, y un caso con disfunción sexual moderada. Por último, las mujeres que tomaron Sertralina reportaron un caso de disfunción sin cambios, 2 casos de disfunción sexual leve y un caso de disfunción sexual moderada (Figura 3).



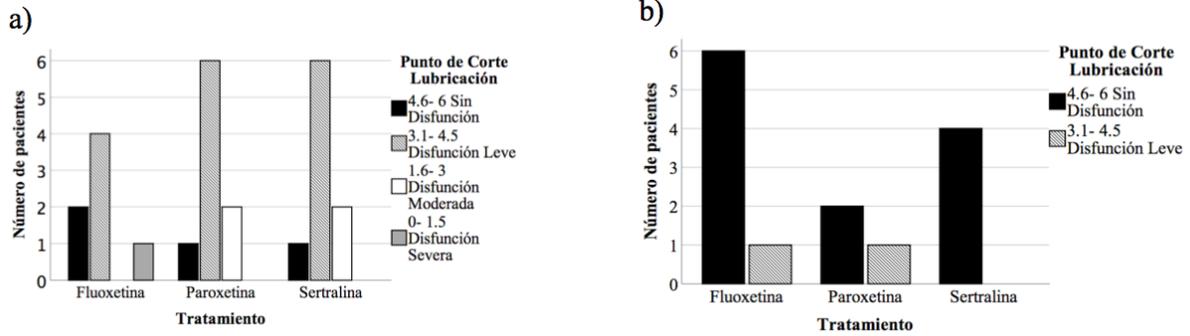
**Figura 3. Deseo.** a) Se muestra la comparación de niveles de disfunción sexual de pacientes con disfunción sexual a partir del tipo de tratamiento. b) Se muestra la comparación de niveles de disfunción sexual de pacientes con disfunción sexual según la escala SALSEX después de recibir tratamiento. c) Se muestra la comparación de niveles de disfunción sexual de pacientes sin disfunción sexual a partir del tipo de tratamiento. d) Se muestra la comparación de niveles de disfunción sexual de pacientes sin disfunción sexual, según la escala SALSEX, después de recibir tratamiento.

## LUBRICACIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la prueba no paramétrica de Chi cuadrada de homogeneidad, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de lubricación de las mujeres con disfunción sexual a partir del tipo de tratamiento que recibieron,  $\chi^2_{(6,25)}=5.159$ ,  $p=.524$ . De forma tal que las

pacientes que recibieron tratamiento farmacológico basado en Fluoxetina manifestaron 2 casos sin disfunción, 4 casos de disfunción sexual leve, y un caso de disfunción sexual severa. Por otro lado, las mujeres que fueron tratadas a partir de Paroxetina reportaron un caso sin disfunción, 6 casos de disfunción sexual leve y 2 casos de disfunción sexual moderada. Finalmente, las mujeres que tomaron Sertralina como tratamiento reportaron un caso sin disfunción, 6 casos de disfunción sexual leve y 2 casos de disfunción sexual moderada (Figura 4).

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la prueba no paramétrica de Chi cuadrada de homogeneidad, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de lubricación de las mujeres sin disfunción sexual a partir del tipo de tratamiento que recibieron,  $\chi^2_{(2,14)}=1.556$ ,  $p=.459$ . De modo tal que, las mujeres que fueron tratadas con Fluoxetina reportaron 6 casos sin disfunción y un caso con disfunción sexual leve. Mientras que, las mujeres tratadas bajo tratamiento farmacológico con Paroxetina manifestaron presentar 2 casos sin disfunción, y un caso con disfunción sexual leve. Por último, las pacientes que consumieron Sertralina reportaron 4 casos sin disfunción sexual (Figura 4).

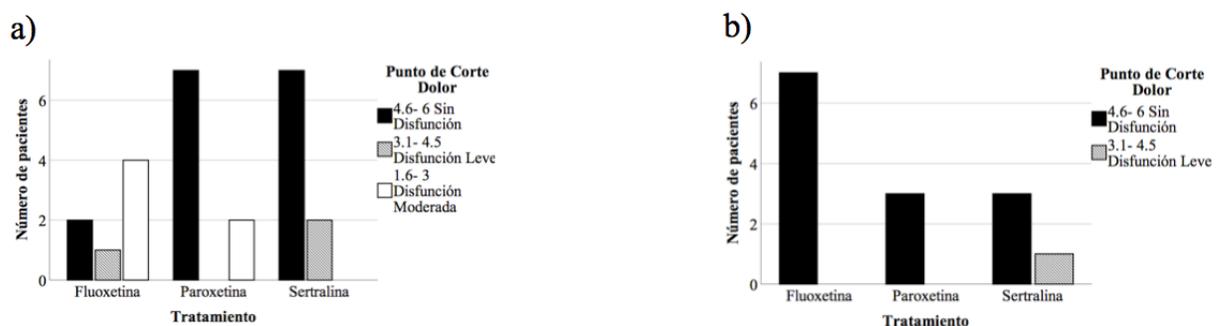


**Figura 4. Lubricación.** a) Se muestra la comparación de niveles de lubricación de pacientes con disfunción sexual a partir del tipo de tratamiento. b) Se muestra la comparación de niveles de lubricación de pacientes con disfunción sexual a partir del tipo de tratamiento.

## DOLOR

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la prueba no paramétrica de Chi cuadrada de homogeneidad, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de dolor de las mujeres con disfunción sexual a partir del tipo de tratamiento que recibieron,  $\chi^2_{(4,25)}=9.177$ ,  $p=.057$ . De modo tal que, las mujeres que fueron tratadas con Fluoxetina reportaron 2 casos sin disfunción, un caso con disfunción sexual leve, y 4 casos con disfunción sexual moderada. Mientras que, las mujeres tratadas bajo tratamiento farmacológico con Paroxetina manifestaron presentar 7 casos sin disfunción, y 2 casos con disfunción sexual moderada. Por último, las pacientes que consumieron Sertralina reportaron 7 casos sin disfunción y 2 casos con disfunción sexual leve (Figura 5).

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la prueba no paramétrica de Chi cuadrada de homogeneidad, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de dolor de las mujeres sin disfunción sexual a partir del tipo de tratamiento que recibieron,  $\chi^2_{(2,14)}=2.692$ ,  $p=.260$ . De modo tal que, las mujeres que fueron tratadas con Fluoxetina reportaron 7 casos sin disfunción sexual. Mientras que, las mujeres tratadas bajo tratamiento farmacológico con Paroxetina manifestaron presentar 3 casos sin disfunción sexual únicamente. Finalmente, las pacientes que consumieron Sertralina reportaron 3 casos sin disfunción y un caso con disfunción sexual leve (Figura 5).

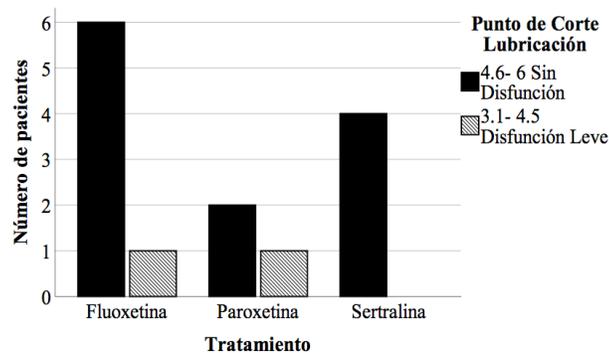


**Figura 5. Dolor.** a) Se muestra la comparación de niveles de dolor de pacientes con disfunción sexual a partir del tipo de tratamiento. b) Se muestra la comparación de niveles de dolor de pacientes con disfunción sexual a partir del tipo de tratamiento.

## EXCITACIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos a partir de la prueba estadística de Chi cuadrada de homogeneidad, se encontró que no existen diferentes estadísticamente significativas en el nivel de excitación de las mujeres sin disfunción sexual a partir del tipo de tratamiento que recibieron,  $\chi^2_{(4,14)}=3.542$ ,  $p=.472$ . De tal forma que las pa-

cientes que recibieron tratamiento farmacológico a partir de Fluoxetina refirieron presentar 3 casos sin disfunción, 3 casos de disfunción sexual leve, y 1 caso de disfunción sexual moderada. Las pacientes que recibieron Paroxetina reportaron 3 casos sin disfunción. De igual manera, las mujeres que recibieron tratamiento farmacológico a partir de Sertralina reportaron 3 casos sin disfunción y 1 caso de disfunción sexual leve (Figura 6).



**Figura 6. Excitación.** Se muestran los resultados de los tipos de disfunción posteriores a la administración de tres tipos de fármaco (Fluoxetina, Paroxetina y Sertralina) en pacientes sin disfunción sexual.

## ORGASMO

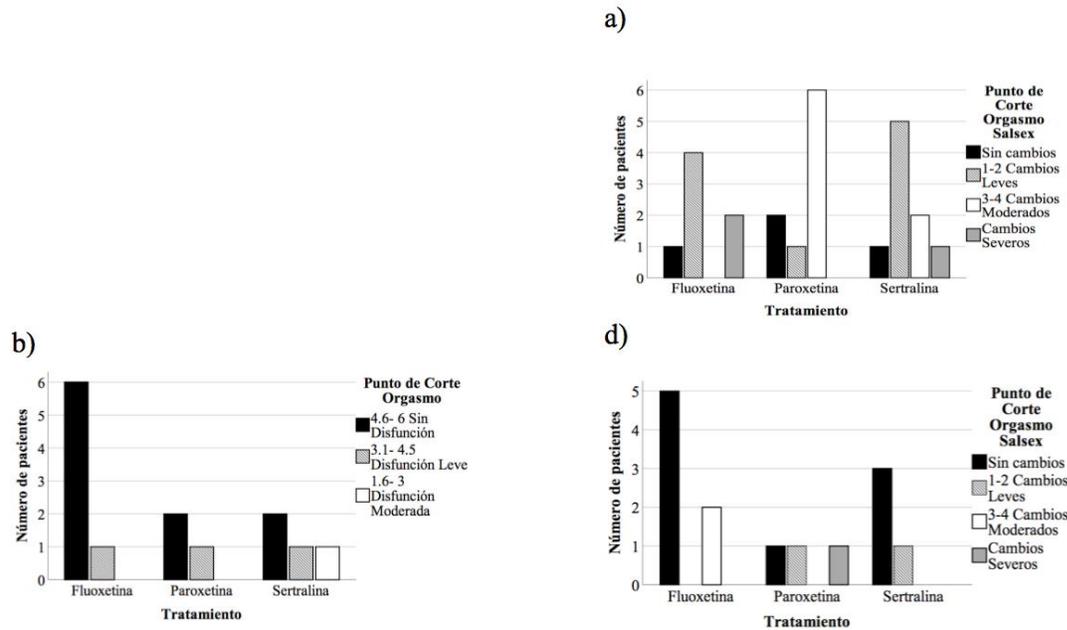
De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la prueba estadística de Chi cuadrada de homogeneidad, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de orgasmos de las mujeres con disfunción sexual, según la

escala SALSEX, cuando se compararon a partir del tipo de tratamiento que recibieron,  $X^2_{(6,25)}=11.878$ ,  $p=.065$ . De modo tal, que las pacientes tratadas con Fluoxetina reportaron un caso sin cambios, 4 casos de disfunción sexual leve y 2 casos con disfunción sexual severa. Por otra parte, las pacientes que recibieron Paroxetina manifestaron 2 casos sin cambios en la disfunción sexual, un caso de disfunción sexual leve y 6 casos de disfunción sexual moderada. Finalmente, las mujeres que fueron tratadas con Sertralina reportaron un caso sin cambios en la disfunción sexual, 5 casos de disfunción sexual leve, 2 casos de disfunción moderada y un caso de disfunción sexual severa (Figura 7).

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la prueba estadística de Chi cuadrada de homogeneidad, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de orgasmo de las mujeres sin disfunción sexual, a partir del tipo de tratamiento que recibieron,  $X^2_{(4,14)}=3.356$ ,  $p=.500$ . De modo que, las mujeres que recibieron tratamiento farmacológico a partir de Fluoxetina reportaron 6 casos sin disfunción y un caso de disfunción sexual leve. Mientras que las pacientes con tratamiento basado en Paroxetina presentaron 2 casos sin disfunción y un caso con disfunción sexual leve. Finalmente, las mujeres que tenían un tratamiento con Sertralina reportaron 2 casos sin disfunción, un caso con disfunción leve y un caso con disfunción sexual moderada (Figura 7).

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la prueba estadística de Chi cuadrada de homogeneidad, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de orgasmo de las mujeres sin disfunción sexual, según la

escala SALSEX, cuando se comparan a partir del tipo de tratamiento que recibieron,  $X^2_{(6,14)}=8.324$ ,  $p=.215$ . De tal modo que las pacientes que recibieron como tratamiento Fluoxetina reportaron 5 casos sin cambios en la disfunción sexual y 2 casos de disfunción sexual moderada. Por otro lado, las pacientes que fueron tratadas con Paroxetina presentaron un caso sin cambios en la disfunción, un caso de disfunción sexual leve y un caso de disfunción sexual severa. Finalmente, las pacientes que recibieron Sertralina como tratamiento farmacológico reportaron 3 casos de disfunción sexual sin cambios y un caso de disfunción sexual leve (Figura 7).



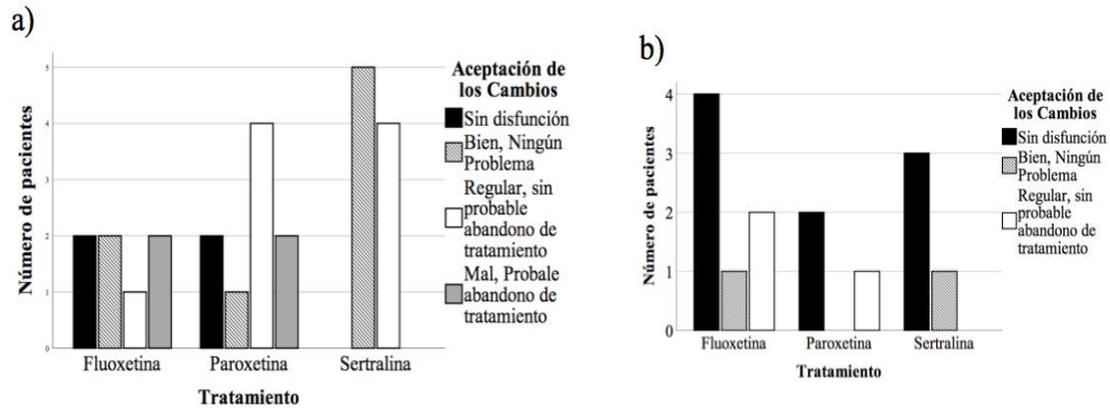
**Figura 7. Orgasmo.** a) Se muestran los resultados obtenidos a partir de a prueba PRSexDQ-SALSEX en pacientes con disfunción sexual analizándolas a partir del tratamiento que escogieran. b) Se muestran las puntuaciones obtenidas por pacientes sin disfunción sexual posteriores a la administración de tratamiento. c) Se muestran los resultados obtenidos a partir de a prueba PRSexDQ-SALSEX en pacientes sin disfunción sexual, analizándolas a partir del tratamiento brindado.

## ACEPTACIÓN A LOS CAMBIOS

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la prueba no paramétrica de Chi cuadrada de homogeneidad, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de aceptación de los cambios de las mujeres con disfunción sexual a partir del tipo de tratamiento que recibieron,  $X^2_{(6,25)}=8.785$ ,  $p=.186$ . De modo tal que, las pacientes que fueron tratadas con Fluoxetina reportaron 2 casos sin cambios en la aceptación, 2 casos de una buena aceptación al cambio, un caso de aceptación regular y 2 casos de mala aceptación. Por otra parte, las pacientes que fueron tratadas con Paroxetina manifestaron 2 casos sin cambios en la aceptación, un caso de buena aceptación, 4 casos de aceptación regular y 2 casos de mala aceptación al cambio. Para concluir, las mujeres que usaron como tratamiento farmacológico Sertralina presentaron 5 casos de buena aceptación y 4 casos de aceptación regular al cambio únicamente (Figura 8).

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la prueba no paramétrica de Chi cuadrada de homogeneidad, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de aceptación de los cambios de las mujeres sin disfunción sexual, a partir del tipo de tratamiento que recibieron,  $X^2_{(4,14)}=2.102$ ,  $p=.717$ . De modo tal, que las pacientes que fueron tratadas con Fluoxetina reportaron 4 casos sin disfunción, un caso de buena aceptación al cambio y 2 casos de aceptación regular. Por otra parte, las pacientes que fueron tratadas con Paroxetina manifestaron 2 casos sin cambios en la aceptación y un caso de aceptación regular al cambio. Para concluir, las mujeres que usaron como tratamiento farmacológico Sertralina presenta-

ron 3 casos sin cambios en la aceptación y un caso de buena aceptación al cambio (Figura 8).

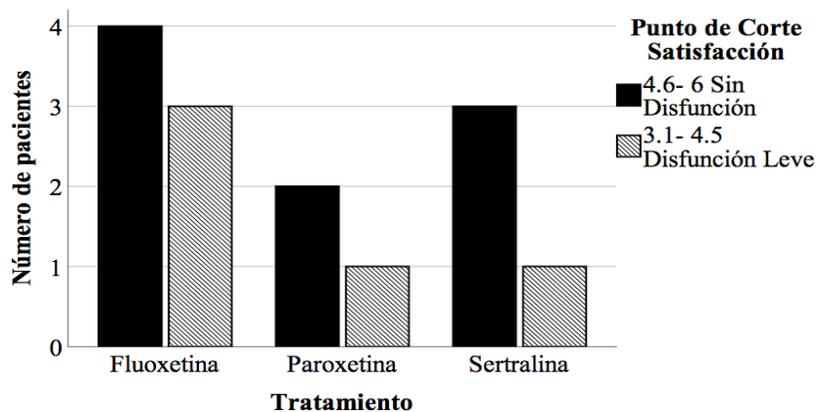


**Figura 8. Aceptación a los Cambios.** a) Se muestran las puntuaciones obtenidas por pacientes con disfunción sexual posteriores a la administración de tratamiento en torno a la aceptación de los cambios. b) Se muestran las puntuaciones obtenidas por pacientes sin disfunción sexual, posterior a la administración del tratamiento, en torno a la aceptación de los cambios.

## SATISFACCIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la prueba estadística de Chi cuadrada de homogeneidad, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de satisfacción de las mujeres sin disfunción sexual, a partir del tipo de tratamiento que recibieron,  $\chi^2_{(2,14)}=363$ ,  $p=.834$ . De modo que, las mujeres que recibieron tratamiento farmacológico a partir de Fluoxetina reportaron 4 ca-

sin disfunción, y 3 casos de disfunción sexual leve. Mientras que las pacientes con tratamiento basado en Paroxetina presentaron 2 casos sin disfunción, y un caso con disfunción sexual leve. Finalmente, las mujeres que tenían un tratamiento con Sertralina reportaron 1 caso sin disfunción y un caso con disfunción sexual leve (Figura 9).

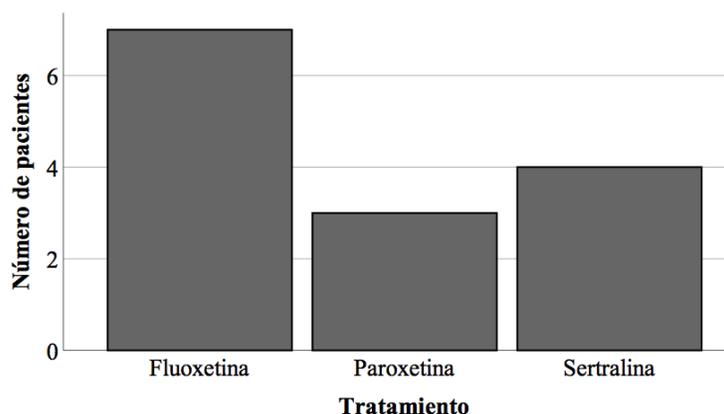


**Figura 9. Satisfacción.** En esta gráfica se muestra la distribución de la muerte a partir de su nivel de satisfacción posterior a la administración de alguno de los tres fármacos (Fluoxetina, Paroxetina o Sertralina).

### CUESTIONARIO DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA, PUNTAJE TOTAL (FSFI)

A partir de los resultados obtenidos por las participantes sin disfunción sexual (n=14), se establecen los resultados analizados por tipo de tratamiento. Las mujeres que recibieron Fluoxetina reportaron 7 casos sin disfunción. Las pacientes que recibieron tratamiento farmacológico a partir de Paroxetina refirieron 3 casos sin disfunción se-

xual. Por último, aquellas mujeres que tomaron Sertralina reportaron 4 casos sin disfunción sexual. Con esta información no fue posible realizar un análisis estadístico respecto a los hallazgos encontrados debido a la escasez de datos.



**Figura 10. Satisfacción Total.** En esta gráfica se muestra la distribución de la muestra a partir del tipo de medicamento.

### **ANÁLISIS DE TODAS LAS VARIABLES CON EL TOTAL DE MUESTRA (n=39) A PARTIR DEL TRATAMIENTO**

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la prueba estadística de Chi cuadrada de homogeneidad, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de deseo de las mujeres a partir del tipo de tratamiento que recibieron,  $\chi^2_{(6,39)}=1.828$ ,  $p=.935$ . De modo que, las mujeres que recibieron tratamiento farmacológico a partir de Fluoxetina reportaron 2 casos sin disfunción, 2 casos de disfunción sexual leve, 6 casos de disfunción sexual moderada y 4 casos de disfunción sexual severa. Mientras que las pacientes con tratamiento basado en Paroxetina presentaron un caso sin disfunción, 3 casos con disfunción sexual leve, 4 casos con disfunción sexual moderada y 4 casos con disfunción sexual severa. Fi-

nalmente, las mujeres que tenían un tratamiento con Sertralina reportaron 2 casos sin disfunción, 3 casos con disfunción sexual leve, 4 casos con disfunción sexual moderada y 2 casos con disfunción sexual severa (Figura 11).

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la prueba estadística de Chi cuadrada de homogeneidad, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de excitación de las mujeres a partir del tipo de tratamiento que recibieron,  $\chi^2_{(6,39)}=5.459$ ,  $p=.486$ . De modo que, las mujeres que recibieron tratamiento farmacológico a partir de Fluoxetina reportaron 3 casos sin disfunción, 5 casos de disfunción sexual leve, 5 casos de disfunción sexual moderada y un caso de disfunción sexual severa. Mientras que las pacientes con tratamiento basado en Paroxetina presentaron 4 casos sin disfunción, 2 casos con disfunción sexual leve, 4 casos con disfunción sexual moderada y 2 casos con disfunción sexual severa. Finalmente, las mujeres que tenían un tratamiento con Sertralina reportaron 3 casos sin disfunción, 7 casos con disfunción sexual leve y 3 casos con disfunción sexual moderada (Figura 11).

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la prueba estadística de Chi cuadrada de homogeneidad, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de lubricación de las mujeres a partir del tipo de tratamiento que recibieron,  $\chi^2_{(6,39)}=6.410$ ,  $p=.379$ . De modo que, las mujeres que recibieron tratamiento farmacológico a partir de Fluoxetina reportaron 8 casos sin disfunción, 5 casos de disfunción sexual leve y un caso de disfunción sexual severa. Mientras que las pacientes con tratamiento basado en Paroxetina presentaron 3 casos sin disfun-

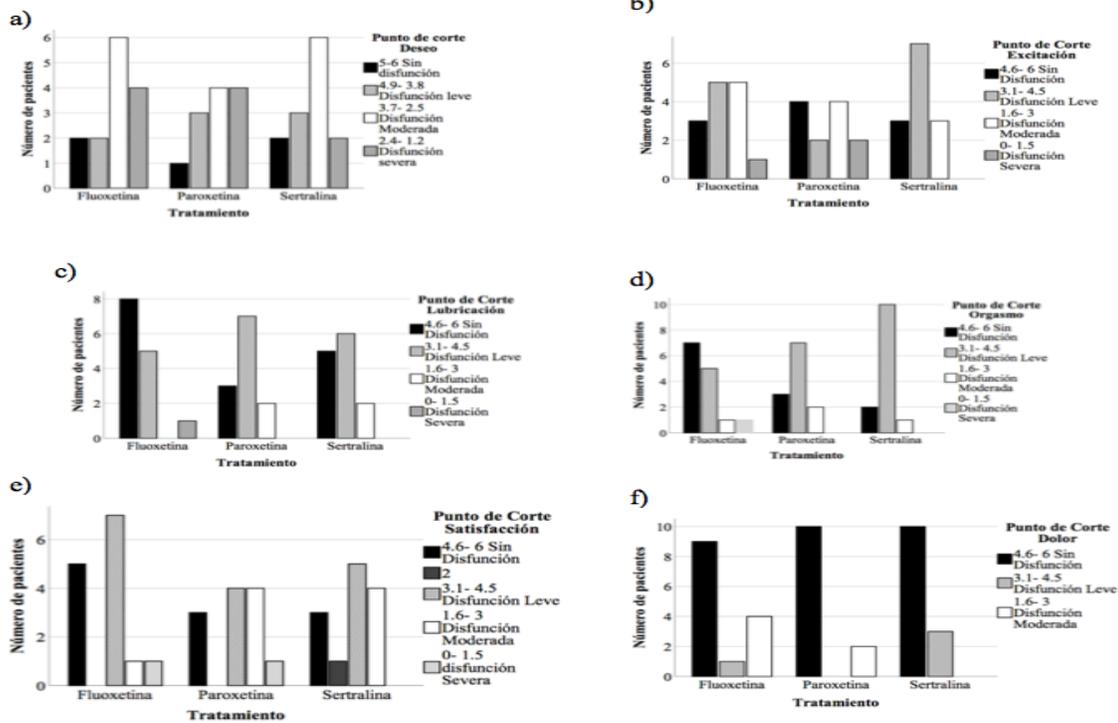
ción, 7 casos con disfunción sexual leve y 2 casos con disfunción sexual moderada. Finalmente, las mujeres que tenían un tratamiento con Sertralina reportaron 5 casos sin disfunción, 6 casos con disfunción sexual leve y 2 casos con disfunción sexual moderada (Figura 11).

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la prueba estadística de Chi cuadrada de homogeneidad, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de orgasmo de las mujeres a partir del tipo de tratamiento que recibieron,  $X^2_{(6,39)}=7.335$ ,  $p=.219$ . De modo que, las mujeres que recibieron tratamiento farmacológico a partir de Fluoxetina reportaron 7 casos sin disfunción, 5 casos de disfunción sexual leve, un caso de disfunción sexual moderada y un caso de disfunción sexual severo. Mientras que, las pacientes con tratamiento basado en Paroxetina presentaron 3 casos sin disfunción, 7 casos con disfunción sexual leve y 2 casos con disfunción sexual moderada. Finalmente, las mujeres que tenían un tratamiento con Sertralina reportaron 2 casos sin disfunción, 10 casos con disfunción sexual leve y un caso con disfunción sexual moderada (Figura 11).

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la prueba estadística de Chi cuadrada de homogeneidad, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de satisfacción de las mujeres a partir del tipo de tratamiento que recibieron,  $X^2_{(8,39)}=6.352$ ,  $p=.608$ . De modo que, las mujeres que recibieron tratamiento farmacológico a partir de Fluoxetina reportaron 5 casos sin disfunción, 7 casos de disfunción sexual leve, un caso de disfunción sexual moderada y un caso de disfunción sexual severo. Mientras que, las pacientes con tratamiento basado en

Paroxetina presentaron 3 casos sin disfunción, 4 casos con disfunción sexual leve, 4 casos con disfunción sexual moderada y un caso de disfunción sexual severa. Finalmente, las mujeres que tenían un tratamiento con Sertralina reportaron 3 casos sin disfunción, 5 casos con disfunción sexual leve y 4 casos con disfunción sexual moderada (Figura 11).

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la prueba estadística de Chi cuadrada de homogeneidad, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de dolor de las mujeres a partir del tipo de tratamiento que recibieron,  $\chi^2_{(4,39)}=7.374$ ,  $p=.117$ . De modo que, las mujeres que recibieron tratamiento farmacológico a partir de Fluoxetina reportaron 9 casos sin disfunción, un caso de disfunción sexual leve y 4 casos de disfunción sexual moderada. Mientras que, las pacientes con tratamiento basado en Paroxetina presentaron 10 casos sin disfunción y 2 casos con sexual moderada. Finalmente, las mujeres que tenían un tratamiento con Sertralina reportaron 10 casos sin disfunción y 3 casos con disfunción sexual leve (Figura 11).



**Figura 11. Análisis de variables con muestra total (n=39).** **a)** Se muestran los resultados obtenidos a partir de la variable deseo tomando toda la muestra. **b)** Se muestran los resultados obtenidos a partir de la variable excitación tomando toda la muestra. **c)** Se muestran los resultados obtenidos a partir de la variable lubricación tomando toda la muestra. **d)** Se muestran los resultados obtenidos a partir de la variable orgasmo tomando toda la muestra. **e)** Se muestran los resultados obtenidos a partir de la variable satisfacción tomando toda la muestra. **f)** Se muestran los resultados obtenidos a partir de la variable dolor tomando toda la muestra.

## DISCUSIÓN

La literatura sugiere que existe una alteración en el funcionamiento sexual de los pacientes que presentan un TLP [21]. En la presente investigación, se evaluaron seis dimensiones que permiten conocer el funcionamiento sexual: deseo, lubricación, excitación, orgasmo, satisfacción y dolor.

Los hallazgos en este campo sugieren que una de las causas más comunes para la disfunción sexual en mujeres es la depresión y el tratamiento con antidepresivos [25], existe una relación bidireccional entre el funcionamiento sexual y la depresión donde las personas con este trastorno del estado de ánimo presentan un aumento de probabilidad de entre el 50 y 70 por ciento de presentar disfunción sexual [43].

Se ha encontrado que los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) tienden a presentar los peores efectos a nivel de deseo y disfunción sexual [44]. En nuestra investigación, se encontró que el 64.1 % de mujeres con TLP presentaban disfunción sexual. Un estudio prospectivo con 344 sujetos encontró que dentro de los ISRS con mayores implicaciones en la disfunción sexual se encuentran la Paroxetina, fluvoxamina, Sertralina y Fluoxetina [46].

En torno al deseo, las mujeres con disfunción sexual de este estudio no presentaron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de deseo sexual respecto al grupo de mujeres sin disfunción sexual. Este hallazgo es consistente con otra inves-

tigación en la que se encontró que no puntuaron distinto las mujeres con TLP cuando se compararon con las mujeres sanas en cuanto a la subescala de deseo [47].

Respecto al nivel de lubricación, este estudio encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en las mujeres con disfunción sexual, sin embargo, cuando se analizaron los resultados a partir del tratamiento farmacológico se encontró que las mujeres con TLP tratadas bajo Paroxetina manifestaron un menor número de casos severos y un mayor número de casos leves. Estos hallazgos contrastan los resultados obtenidos en otras investigaciones donde se establece que la Paroxetina se asocia un mayor riesgo de causar una lubricación inadecuada en mujeres [48].

Un estudio realizado en Irán encontró que el 41.17 % de las mujeres tienen dificultades durante el orgasmo [48]. Estos resultados son consistentes con lo encontrado en la muestra de este estudio donde 19 de las las mujeres con disfunción sexual manifestaban problemas con el orgasmo en la actividad sexual en contraste con la muestra que no presentaba disfunción sexual en la cual se reportaron 4 casos únicamente.

En este estudio se encontró que dentro de la muestra que presentaba disfunción sexual, la Sertralina demostró un menor efecto negativo respecto al nivel del dolor en contraste con los otros dos fármacos (Fluoxetina y Paroxetina). Estos resultados son opuestos a otras investigaciones donde propones a la Sertralina como uno de los inhibidores de recaptura de serotonina con mayor tendencia a sintomatología negativa respecto al funcionamiento sexual [32].

Se ha encontrado que la Fluoxetina, puede dar paso a la aparición de alteraciones que entren dentro de la disfunción sexual en pacientes como consecuencia del tratamiento, la población que llega a presentar esta sintomatología oscila entre el 34- 75 % [49]. Los resultados de nuestra investigación reflejan la tendencia de la afirmación anterior, en los dominios de lubricación y dolor en pacientes con disfunción sexual cuando los resultados de pacientes a quienes se les administró Fluoxetina se comparan con pacientes bajo tratamiento con Sertralina y Paroxetina.

A pesar de que los resultados de esta investigación no son concluyentes respecto a una diferencia estadísticamente significativa, sí logran demostrar la tendencia en la que oscilan las alteraciones de deseo, dolor, lubricación y orgasmo reportadas en otras investigaciones con relación a la disfunción sexual en personas con TLP.

## CONCLUSIÓN

A partir de los hallazgos encontrados en este estudio se pone de manifiesto la necesidad de abrir líneas de investigación encaminadas a indagar las repercusiones que tienen los tratamientos farmacológicos para personas con TLP y las implicaciones que tienen estos en la calidad de vida. Sin duda, uno de los aspectos fundamentales de las consecuencias de fármacos como: Paroxetina, Fluoxetina y Sertralina son las alteraciones que tiene en la esfera sexual del sujeto y el impacto que tiene esto en el estilo y calidad de vida de los pacientes.

Nociones como el deseo sexual o la capacidad de generar o mantener un orgasmo son variables a considerar como focos de intervención para disminuir la incidencia de disfunción sexual en sujetos con TLP.

Nuestros hallazgos muestran que las mujeres con disfunción sexual tienden a presentar una disminución de los síntomas de esta relacionados con el deseo cuando su tratamiento farmacológico es a partir de Sertralina. De igual forma, respecto al orgasmo encontramos que las mujeres con disfunción sexual reportan un mayor número de casos leves. Estos resultados contrastan otras investigaciones donde este fármaco está catalogado como uno de los ISRS con mayor efecto negativo en el funcionamiento sexual [32].

Las mujeres con disfunción sexual que fueron tratadas con Fluoxetina reportaron una tendencia mayor de casos severos en síntomas relacionados con la lubricación. Es-

tos resultados son consistentes con otros estudios donde se cataloga a este fármaco como uno de los ISRS con mayores repercusiones en el funcionamiento sexual [46].

Finalmente, respecto al dolor nuestra investigación sugiere que las pacientes con mayor tendencia a presentar casos moderados de dolor son las mujeres que recibieron Fluoxetina como línea de tratamiento. Lo anterior reafirma lo encontrado en otras investigaciones donde se establece que la Fluoxetina puede tener efectos relacionados con la disfunción sexual como consecuencia de estar bajo este tipo de tratamiento [49].

En conclusión, los resultados del presente estudio logran reportar resultados similares a otras investigaciones en los dominios de: lubricación y dolor. Y contrastan lo sugerido en la literatura en los dominios de deseo y orgasmo. Es importante considerar estos hallazgos a pesar de no presentar una diferencia estadísticamente significativa si dan luz de tendencias reportadas en otros estudios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagnéy Lifante, A. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana. 2014.
2. Gunderson, J. G. El Diagnóstico Borderline. En J. G. Gunderson, Trastorno Límite de la Personalidad. Guía Clínica .USA: Aula Médica. 2003
3. García López M.T., Martín Pérez M. F., Otín Llop R. Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2010 Jun. citado 2015 Ago. 25; 30(2): 263-278.
4. Departamento de bioestadística, Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, 2018
5. O.M.S.: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
6. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agencia de Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Ser veí Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions . Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011
7. Torgersen S, Lygren S, Oien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, et al. A twin study of personality disorders. Compr Psychiatry. 2000;41(6):416 - 25.

8. Coccaro EF, Lee R, McCloskey M. Norepinephrine function in personality disorder: plasma free MHPG correlates inversely with life history of aggression. *CNS Spectr*. 2003; 8(10):731 - 6
9. Rusch N, Van Elst LT, Ludaescher P, Wilke M, Huppertz HJ, Thiel T, et al. A voxel - based morphometric MRI study in female patients with borderline personality disorder. *Neuroimage*. 2003; 20(1):385 - 92.
10. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(7):600 - 6
11. Fonagy P, Target M, Gergely G, et al. The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: a theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*. 2003;23:412 - 59
12. Wood A, Runciman R, Wylie KR, McManus R. An update on female sexual function and dysfunction in old age and its relevance to old age psychiatry. *Aging Dis* 2012;3(5):373-84
13. Walton B, Thornton T. Female sexual dysfunction. *Curr Womens Health Rep* 2003; 3(4):319-26
14. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States. *JAMA* 1999; 281(6):537-44..
15. Dennerstein L, Hayes RD. Confronting the challenges: epidemiological study of female sexual dysfunction and the menopause. *J Sex Med* 2005;2 Suppl 3:118-32

16. Vázquez J, Morfin J, Motta E. Estudio del Climaterio y la Menopausia. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. Acta GOMEGO 2008. Actualización Marzo 2010
17. Rubio. E. Introducción al estudio de la sexualidad humana. En Antología de la sexualidad humana. Ed. CONAPO Miguel Angel Porrúa. México, 1994. I:17-46
18. Sheryl A. Kingsberg, Terri Woodard, Female sexual dysfunction: focus on low desire. *Obstet Gynecol.* 2015 Feb;125(2):477-86]
19. Alcantara Montero A, Sanchez Camareno CI. Disfunción sexual femenina: opciones de tratamiento farmacológico. *Semergen.* 2016. 1049.
20. Raboch J: Sexual development and life of psychiatric female patients. *Arch Sex Bahav* 1986; 15:341–353.
21. Zanarini MC, Parachini EA, Frankenburg FR, Holman JB, Hennen J, Bradford Reich D, Silk KR: Sexual relationship difficulties among borderline patients and axis II comparison subjects. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:479–482
22. Zemishlany Z, Weizman A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. Balon R (ed): *Sexual Dysfunction. The Brain-Body Connection. Adv Psychosom Med.* Basel, Karger, 2008, vol 29, pp 89–106
23. Sociedad Española de Psiquiatría, Sociedad Española de Psiquiatría Biológica y Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Manual del Residente en Psiquiatría.* España. 2010
24. Montejo AL y Grupo Español de Trabajo para el Estudio de las Disfunciones Sexuales Secundarias a Psicofármacos. Recomendaciones de tratamiento ante disfunciones sexuales provocadas por antidepresivos. *Psiquiatría Biológica* 2006.13(supl 5):19-28 .

25. Urbina S, Secín R., Disfunción sexual asociada a antidepresivos, artículo de revisión, ActA Médica Grupo Ángeles. Volumen 10, No. 1, enero-marzo 2012
26. Rosenberg KP, Bleiberg KI, Koscis J et al. a survey of sexual side effects among severely mentally ill patients taking psychotropic medications: impact on compliance. *J Sex Marital Ther* 2003; 29: 289-296.
27. López-Maguey RP, Cantellano-Orozco M, Staufert-Gutiérrez JR, Gómez-Sánchez J, Herrera-Muñoz JA, Preciado-Estrella DA y col. Prevalencia de disfunción sexual femenina en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. *Rev Mex Urol*. 2018 mayo-junio; 78(3):169-175.
28. Montejo al, Ilorca G, izquierdo Ja, rico-Villademoros F. incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1,022 outpatients. spanish working group for the study of psychotropic-related sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(suppl 3): 10-21.
29. Corona G, Ricca V, Bandini e, Mannucci e et al. selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *J Sex Med* 2009; 6(5): 1259-1269.
30. Modell JG, Katholi cr, Modell Jd, dePalma rl. comparative sexual side effects of bupropion, fluoxetine, paroxetine, and sertraline. *Clin Pharmacol Ther* 1997; 61(4): 476-487.
31. Serrettia. Chiesaa. Treatment emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2009; 29(3): 259-266.
32. Montgomery SA, Baldwin DS, Riley A. Antidepressant medications: a review of the evidence for drug-induced sexual dysfunction. *J Affect Disord* 2002; 69: 119-140.

33. Just MJ. The influence of atypical antipsychotic drugs on sexual function. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2015;11:1655-61.
34. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, Manber R. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther*. 2000;26: 25-40.
35. Andersohn F, Schemedt N, Weinmann S, Willich SN, Garbe E. Priapism associated with antipsychotics: role of alpha1 adrenoceptor affinity. *J Clin Psychopharmacol*. 2010;30(1): 68-71
36. Ghadirian AM, Annable L, Belanger MC. Lithium, benzodiazepines and sexual function in bipolar patients. *Am Psychiatry*. 1992;149: 801-5.
37. Scott DF. Sexual functioning in epilepsy. *Br J Sex Medicine*. 1978; 5: 17-8.
38. Montejo A, Majadas S. Disfunción sexual por antidepresivos ¿Qué se puede hacer?. *Cursos rápidos online de resolución de dudas clínicas sobre la depresión*. Asociación Española de sexualidad y Salud Mental. 2016
39. Coronado I, Escalante J, Celis A. Prevalencia de las alteraciones de la función sexual (AFS) en sujetos mexicanos con diabetes mellitus de tipo 1 (DM1) y 2 (DM2) que acuden a una Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), *Gaceta Médica de México*. 2014;150 Suppl 1:107-13
40. Regal M, Fernández J. Disfunción sexual asociada a tratamiento antidepresivo. *Cad Aten Primaria Año 2011 Volume 18*. Páx. 101-106
41. Montejo al, Prieto N, terleira a, Matias J et al. Better sexual acceptability of agomelatine (25 and 50 mg) compared with paroxetine (20 mg) in healthy male volunteers. an 8-week, placebo-controlled study using the PrseXdQ-salseX scale. *J Psychopharmacol* 2010; 24(1): 111-120

42. Ortega. T. Grado de disfunción sexual en pacientes deprimidos con y sin tratamiento farmacológico. Tesis para obtener el grado de Especialista en Medicina (Psiquiatría). UNAM 2017
43. Clayton, A, & Valladares Juarez, E. Female Sexual Dysfunction. *Medical Clinics of North America* 2019; 103(4), 681–698.
44. Serretti A, Chiesa A. Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2009;29(3):259–66.
45. Collazzoni A, Ciocca G, Limoncin E, Marucci C, Mollaioli D, Di Sante S, Di Lorenzo G, Niolu C, Siracusano A, Maggi M, Castellini G, Rossi A, Jannini E. Mating Strategies and Sexual Functioning in Personality Disorders: A Comprehensive Review of Literature. *Sex med Rev* 2017; 5(4), 414–428.
46. Stahl S. Mechanism of action of serotonin selective reuptake inhibitors. Serotonin receptors and pathways mediate therapeutic effects and side effects. *J Affect Disord.* 1998; 51 3: 215- 35.
47. Schulte-Herbrüggen, O, Ahlers, C, Kronsbein, J, Rüter, A, Bahri, S, Vater, A, & Roepke, S. Impaired Sexual Function in Patients with Borderline Personality Disorder is Determined by History of Sexual Abuse. *J Sex Med* 2009; 6(12), 3356–3363.
48. Safa M, Sadr S, Talischi F, Ghasem Boroujerdi F. Study of effects of selective serotonin reuptake inhibitors on stages of sexual function in Iranian patients with major depressive disorder. *Ther Adv Psychopharmacol.* 2013; 3 6: 306- 13.
49. Birtwistle, J. Effects of antidepressant drugs on sexual function. *IntJ Psych Clin Pract* 1997; 1(1), 47–58.



CUESTIONARIO DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (FSFI)

---

**Cuestionario:**

- 1- En las últimas 4 semanas, con qué **frecuencia** experimentó deseo o interés sexual?
- Casi siempre o siempre 5 puntos
  - Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
  - Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
  - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
  - Casi nunca o nunca 1 punto
- 2- En las últimas 4 semanas, en qué **porcentaje** estima su nivel (grado) de deseo o interés sexual?
- Muy alto 5 puntos
  - Alto 4 puntos
  - Regular 3 puntos
  - Bajo 2 puntos
  - Muy bajo o nada 1 punto
- 3- En las últimas 4 semanas, con qué **frecuencia** experimentó excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?
- Sin actividad sexual 0 punto
  - Casi siempre o siempre 5 puntos
  - Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
  - Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
  - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
  - Casi nunca o nunca 1 punto
- 4- En las últimas 4 semanas, en que **porcentaje** estima su nivel de excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?
- Sin actividad sexual 0 punto
  - Muy alto 5 puntos
  - Alto 4 puntos
  - Moderado 3 puntos
  - Bajo 2 puntos
  - Muy bajo o nada 1 punto

5- En las últimas 4 semanas, que **confianza** tiene de poder lograr excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy alta confianza 5 puntos
- Alta confianza 4 puntos
- Moderada confianza 3 puntos
- Baja confianza 2 puntos
- Muy baja o sin confianza 1 punto

6- En las últimas 4 semanas, con qué **frecuencia** ha satisfecho su excitación durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

7- En las últimas 4 semanas, con qué **frecuencia** se ha lubricado (húmedo o mojado) durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

8- En las últimas 4 semanas, cuán **difícil** fue lubricarse (mojarse) durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Levemente difícil 4 puntos
- Sin dificultad 5 puntos

9- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia mantiene la lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

10- En las últimas 4 semanas, cuán difícil fue mantener su lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Levemente difícil 4 puntos
- Sin dificultad 5 puntos

11- En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, con qué frecuencia logra el orgasmo (climax)?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

12- En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, cuán difícil fue lograr el orgasmo (climax)?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Levemente difícil 4 puntos
- Sin dificultad 5 puntos

13- En las últimas 4 semanas, cuán **satisfecha** estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo durante la actividad o intercurso sexual?

- \* Sin actividad sexual 0 punto
- \* Muy satisfecha 5 puntos
- \* Moderadamente satisfecha 4 puntos
- \* Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- \* Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- \* Muy insatisfecha 1 punto

14- En las últimas 4 semanas, Cuán **satisfecha** estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- \* Sin actividad sexual 0 punto
- \* Muy satisfecha 5 puntos
- \* Moderadamente satisfecha 4 puntos
- \* Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- \* Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- \* Muy insatisfecha 1 punto

15- En las últimas 4 semanas, Cuán **satisfecha** ha estado con la relación sexual con su pareja?

- \* Muy satisfecha 5 puntos
- \* Moderadamente satisfecha 4 puntos
- \* Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- \* Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- \* Muy insatisfecha 1 punto

16- En las últimas 4 semanas, Cuán **satisfecha** a estado con su vida sexual en general?

- \* Muy satisfecha 5 puntos
- \* Moderadamente satisfecha 4 puntos
- \* Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- \* Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- \* Muy insatisfecha 1 punto

17- En las últimas 4 semanas, Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 1 punto
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 2 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 4 puntos
- Casi nunca o nunca 5 puntos

18- En las últimas 4 semanas, Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 1 punto
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 2 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 4 puntos
- Casi nunca o nunca 5 puntos

19- En las últimas 4 semanas, Con que porcentaje usted valora su molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy alto 1 punto
- Alto 2 puntos
- Regular 3 puntos
- Bajo 4 puntos
- Muy bajo o nada 5 puntos

• Fecha:

• Edad:

• Código:



## **PRSexDQ-SALSEX.** (Montejo AL, et al 2000)

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

PACIENTE:	FECHA:
-----------	--------

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

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

SÍ                      NO                      No toma tratamiento actualmente

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

SÍ                      Comunicó espontáneamente  
NO                      Comunicó espontáneamente

**1.- ¿Ha notado descenso en su deseo de tener actividad sexual o en el interés por el sexo?**

0.- Ningún problema  
1.- Descenso leve. Algo menos de interés.  
2.- Descenso moderado. Bastante menos interés.  
3.- Descenso severo. Casi nada o nulo interés.

**2.- ¿Ha notado algún retraso en la eyaculación/orgasmo?**

0.- Ningún retraso  
1.- Retraso leve o apenas apreciable  
2.- Retraso moderado y claramente apreciable.  
3.- Retraso intenso, incluso puede NO tener eyaculación/orgasmo.

**3.- ¿Ha notado incapacidad para eyacular/o tener orgasmo durante la relación sexual?**

0.- Nunca.  
1.- A veces: menos del 25% de las ocasiones.  
2.- A menudo: 25-75% de las ocasiones.  
3.- Siempre o casi siempre: más del 75% e las ocasiones.

**4.- ¿Ha notado dificultades de la erección o del mantenimiento de la misma una vez que inicia la actividad sexual? (lubricación vaginal en las mujeres)**

0.- Nunca.  
1.- A veces: menos del 25% de las ocasiones.  
2.- A menudo: 25-75% de las ocasiones.  
3.- Siempre o casi siempre: más del 75% e las ocasiones.

**5.- ¿Cómo acepta los cambios en la relación sexual que nos ha comentado anteriormente?**

0.- No ha habido disfunción sexual  
1.- **Bien.** Ningún problema por este motivo.  
2.- **Regular.** Le molesta la disfunción aunque no ha pensado abandonar el tratamiento por este motivo. Interfiere en sus relaciones de pareja.  
3.- **Mal.** Le molesta mucho la disfunción sexual. Ha pensado en abandonar el tratamiento por esta causa o interfiere gravemente las relaciones de pareja.

## ANEXO 3



HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

SERVICIO DE INVESTIGACIÓN



### CARTA DE CONSENTIMIENTO / ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTE:

Título: Estudio comparativo de la disfunción sexual en pacientes femeninos con Trastorno Límite de la personalidad en tratamiento con Paroxetina, Fluoxetina y Sertralina, de la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Se utilizarán dos escalas (Índice de disfunción sexual femenina y el Cuestionario de disfunción sexual secundaria al tratamiento con Psicofármacos) para comparar la frecuencia y grado de disfunción sexual en las pacientes con diagnóstico Límite de la personalidad en pacientes con tratamiento con Paroxetina vs Fluoxetina (dosis máximas 40mg/día, con tratamiento mínimo por 6 meses) vs Sertralina (dosis máxima 50mg/día con tratamiento mínimo por 6 meses)

- De acuerdo con la Guía Nacional de Integración y Funcionamiento de Comités de Ética en Investigación para el consentimiento informado, Anexo 5:
- He sido a invitada a participar en una investigación para determinar la comparación de frecuencia y grado de disfunción sexual en las pacientes con trastorno límite de la personalidad en tratamiento con Fluoxetina, Paroxetina o Sertralina.
- Me han informado que responder los cuestionarios no representa un riesgo para mi salud.
- Me han informado que el estudio no interviene de ninguna manera con el tratamiento farmacológico ya establecido por mi médico tratante.
- EL médico me dio una información clara y leí la información sobre la investigación
- Tuve oportunidad de hacer preguntas y mis dudas han sido resueltas.
- Acepto voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo derecho a retirarme de la investigación, sin perder mis derechos como paciente de este hospital.

Nombre del participante \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Firma del participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del testigo \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del testigo \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del investigador principal: Dra. Mariana Alejandra Ávila Herrera  
Dirección del sitio de investigación: servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, San Buenaventura 2, Tlalpan. Teléfono Conmutador: 5555731500.

## ANEXO 4

### Carta de información al Jefe del Servicio de Consulta Externa

México, Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Dr. José Ibarreche Beltrán

Con el presente solicito a usted, autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado: “Estudio comparativo de la disfunción sexual en pacientes femeninos con Trastorno Límite de la personalidad en tratamiento con Paroxetina, Fluoxetina y Sertralina de la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.”

Durante un periodo de enero a abril de 2019. El cual se evaluará con entrevistas psiquiátricas y realización de cuestionarios: Índice De Función Sexual Femenina (FSFI) y Cuestionario De Disfunción Sexual Secundaria Al Tratamiento Con Psicofármacos PRSexDQ-SALSEX

Atentamente

Dra. Mariana Alejandra Ávila Herrera