



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Unidad Médica de Alta Especialidad Complementaria
Hospital de Psiquiatría "Unidad Morelos"

Función sexual en mujeres con ansiedad y depresión que acuden a la consulta del servicio de Clínica del Afecto del Hospital de Psiquiatría "Unidad Morelos", IMSS.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA EN
P S I Q U I A T R I A

PRESENTA:

PAREDES CRUZ FRANCISCO

ASESORES DE TESIS

Dr. Eusebio Rubio-Aurioles
Asesor Teórico

Dra. Claudia Fouilloux Morales
Asesor Metodológico

México, D.F.; Febrero de 2014.



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental

Función sexual en mujeres con ansiedad y depresión que acuden a la consulta del servicio de Clínica del Afecto del Hospital de Psiquiatría “Unidad Morelos”, IMSS.

T E S I S

Que para obtener el grado de

Especialista en Medicina en

P S I Q U I A T R I A

PRESENTA:

PAREDES CRUZ FRANCISCO

ASESORES DE TESIS

Dr. Eusebio Rubio-Aurioles
Asesor Teórico

Dra. Claudia Fouilloux Morales
Asesor Metodológico

México, D.F.; Febrero de 2014.

***“Quien no conoce nada, no ama nada,
quien no puede hacer nada, no comprende nada.***

Quien nada comprende, nada vale...

Pero quien comprende también ama, observa, ve

Cuanto mayor es el conocimiento inherente a una cosa, más grande es el amor...

Quien cree que todas las frutas maduran al mismo tiempo que las frutillas

nada sabe acerca de las uvas”

Paracelso

Agradezco...

A la vida
a quien camina junto a mí: Nancy
a nuestros hijos J. Francisco y Sebastián
a mis padres Francisco e Isabel
a mis suegros J. Aurelio y A. Angeles
a mis maestros y profesores,
principal fuente de mis conocimientos;
les agradezco por el amor y cariño
con el que me han apoyado
para poder alcanzar esta meta.

Agradezco de manera especial al
Dr. Hector de Jesús Rincón-Arano
del Fred Hutchinson Cancer Research Center
por sus amables consejos y apoyo
para la realización de este trabajo.

Agradezco al Dr. Eusebio Rubio-Aurioles, a la
Dra. Claudia Fouilloux Morales y al Dr. Miguel Palomar Baena
por el apoyo, paciencia y confianza que
me brindaron para la realización de este trabajo.

Y agradezco infinitamente
a todos y cada uno de los pacientes,
quienes son la principal motivación y objeto de ser Médico,
que me han dado la oportunidad de
atenderles y servirles en momentos
vulnerables.

Gracias por su paciencia, su confianza,
y por depositar sus expectativas y esperanzas
en el tratamiento y apoyo que
pude brindarles.

CONTENIDO

RESUMEN	6
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	
Introducción	7
Marco teórico	9
Planteamiento del Problema	19
Justificación	20
Hipótesis	21
Objetivos	22
Objetivo General	22
Objetivo Específico	22
MATERIAL Y METODOS	
Lugar donde se realizará el estudio	23
Diseño del estudio	23
Tipo de población.....	23
Población en estudio y tamaño de la muestra	23
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	23
Variables	23
Instrumentos	24
Procedimiento y análisis estadístico	30
Implicaciones éticas del estudio	32
RESULTADOS	33
DISCUSION	53
CONCLUSIONES	58
REFERENCIAS	60
ANEXOS	63
Anexo 1. Female Sexual Function Index (FSFI)	63
Anexo 2. Escala de Hamilton de Ansiedad (HARS)	68
Anexo 3. Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)	70
Anexo 4. Carta Consentimiento Informado	73

RESUMEN

Introducción. Estados de ánimo como la ansiedad y la depresión, son típicamente asociados con disminución del interés sexual y la excitación. En la consulta de nuestro hospital es común que las pacientes tengan necesidad de abordar síntomas relacionados con la función sexual, como queja frecuente en la experiencia subjetiva de las pacientes con trastornos del estado de ánimo. El presente trabajo tiene la finalidad de describir la función sexual de las pacientes con elementos ansiosos y depresivos que acuden al Servicio de Clínica del Afecto de la UMAEC HPUM, y observar si el tratamiento psicoterapéutico utilizado para los síntomas afectivos, al mejorar la depresión y la ansiedad, indirectamente, ¿mejorará la función sexual?

Objetivo. Determinar la función sexual en mujeres con ansiedad o depresión, que asisten al servicio de Clínica del Afecto, de la UMCAE Hospital de Psiquiatría “Unidad Morelos”; y describir su comportamiento conforme estas pacientes reciben tratamiento psicoterapéutico para los trastornos de ansiedad y depresión.

Material y métodos. Es un estudio observacional, longitudinal, descriptivo, prospectivo. Se incluyó a toda la población de la Clínica del Afecto del Hospital de Psiquiatría “Morelos” que fueron sexo femenino, mayores a 18 años, portadoras de trastornos de ansiedad y/o depresión, con pareja sexual activa; que hayan acudido a tratamiento psicoterapéutico para ansiedad o depresión, y que estuvieron disponibles desde su primer consulta hasta la consulta de egreso durante los meses de junio a octubre de 2013. Se realizó una medición de la intensidad de los elementos depresivos mediante la *Escala de Hamilton para depresión (HAM-D)*, de elementos ansiosos mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS); y se determinó la función sexual mediante la *Female Sexual Function Index (FSFI)* en 3 momentos distintos: en la primer consulta, una medición en la cuarta consulta, y en la consulta de egreso. Se realizó una prueba T de dos colas con función pareada para observar la diferencia entre la primer y tercer consulta. Se utilizó el programa Office Excel v. 2010 para cálculos estadísticos y gráficos.

Resultados. Se aplicaron los instrumentos descritos a la población de la Clínica del Afecto, obteniendo una muestra de 52 pacientes, (*depresión n=27; ansiedad n=25*), donde la sexualidad femenina se observa mayormente afectada en los trastornos depresivos (FSFI 26.84, $p<0.05$); que en los padecimientos de ansiedad (FSFI global 31.632, $p<0.05$). La respuesta durante el desarrollo de la psicoterapia habla de que una mejoría en los elementos afectivos, y una mejoría en la función sexual expresada en el instrumento, sin embargo la media en pacientes con depresión se mantiene en el rango de función sexual alterada. En ansiedad se observa una mejora en elementos ansiosos y la expresión en el instrumento es una función sexual no alterada.

Conclusiones. Con los presentes resultados podemos afirmar que existe una mejoría en la función sexual conforme mejoran los trastornos del estado de ánimo, pero en pacientes con depresión, mantienen una función sexual alterada, por lo que ameritarían tratamiento específico. En ansiedad no es concluyente por lo que sugerimos nuevos estudios para poder ampliar la muestra.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Introducción.

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto ya que impactan directamente sobre la salud de los individuos. Según Una revisión de atención a la salud mental hecha en 2010, más de 20% de la población mundial padecerá en los próximos 10 años algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida.⁽¹⁾

La atención médica a la patología psiquiátrica durante 2004 se calculó una prevalencia de trastornos mentales de 5-18% de la población general. La depresión fue el más frecuente en uno y otro sexo (4.9% hombres y 9.7%, mujeres), por lo que se espera que 1 de cada 6 personas desarrolle eventualmente un trastorno mental que podría requerir atención especializada. Es decir, que en México, que tiene una población poco mayor a 100 millones de personas, casi 15 millones de personas presentan riesgo de padecer algún tipo de trastorno mental, esto es, poco menos de una sexta parte de sus habitantes ⁽¹⁾

Los trastornos depresivos y por ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes atendidos en la consulta de los 3 niveles de atención según una revisión de atención a Salud Mental hecha en 2010.. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, se cuenta con unidades especializadas en la atención de estos padecimientos. Uno de ellos es la Unidad Médica Complementaria de Alta Especialidad (UMCAE) Hospital de Psiquiatría “Unidad Morelos” (HPUM), unidad de tercer nivel de atención especializada en trastornos psiquiátricos, que atiende a población de usuarios de la Zona Norte de la Ciudad de México, Estados de México, Hidalgo, Querétaro y que en su conjunto suman poco más a 3,000,0000 de derechohabientes quienes tienen acceso a este hospital. ⁽²⁾

Desde su fundación el 15 de julio de 1981, la Unidad Médica de Alta Especialidad Complementaria (UMAEC) Hospital de Psiquiatría Morelos ha atendido a los pacientes con alguna afección del área médico-psiquiátrica de la población residente en la Zona Norte de la Ciudad de México y su Zona conurbada del Estado de México, principalmente. En el año de 1999 se crea el Servicio de Clínica del Afecto en esta unidad, como un servicio de atención médico – psiquiátrica oportuna cuyo principal objetivo “es evitar la disfunción de pacientes con procesos afectivos y/o ansiosos agudos, mediante la aplicación de tratamiento farmacológico y de psicoterapia breve.”⁽³⁾

En el servicio **se atienden exclusivamente** a usuarios quienes son portadores de **trastornos depresivos, y trastornos con elementos ansiosos**, muchas veces debido a estresores circunstanciales, como los laborales, económicos, de pareja o cambios derivados del ciclo vital. Se realiza una intervención psicoterapéutica breve incidiendo en los estresores que conducen a una disfunción en las distintas áreas del paciente, tratando de que el paciente pueda regresar en el menor tiempo posible a sus niveles de funcionalidad óptima, trabajando mediante la psicoterapia breve en aspectos afectivos, ansiosos así como en su interrelación con terceras personas como familiares, pareja, compañeros de trabajo y retomar sus actividades cotidianas; sin embargo, siendo la sexual una de las funciones que teóricamente se ven afectadas, no hemos encontrado algún estudio en nuestro medio que nos muestre información sobre el área sexual de pacientes atendido en nuestra unidad. ⁽³⁾

Según Potts y Short (2001), se menciona que se reconoce una estrecha correlación entre las emociones humanas y la función sexual. La mayoría de los afectos intensos, incluyendo la rabia, la euforia, la ansiedad, la tristeza influyen en la sexualidad, la cual ha sido conceptualizada, controlada y hasta reprimida de diversas maneras incluso

mencionan que “el sexo determina desde el color de ropa que usamos, hasta los crímenes que cometemos” ⁽⁴⁾

Frecuentemente en la práctica clínica observamos problemas relacionados con la sexualidad y se ha descrito que los trastornos de la sexualidad afectaban al 50% de las mujeres de edad media, comprometiendo principalmente el deseo y la excitación como factores que contribuyen de manera negativa en el funcionamiento sexual de los individuos. ⁽⁵⁾

Marco Teórico.

Definiciones básicas.

Para las consideraciones del presente trabajo, me permito realizar el listado de las siguientes definiciones:

El término **sexo** se refiere “al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos”.

La **sexualidad**, definido por la Real Academia de la Lengua Española, como “el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas de cada sexo”, pero abarca más aspectos que podríamos definir a la sexualidad como el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, y que es un aspecto tomado en consideración en la calidad de vida de la mujer y es un reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. En resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos. ⁽⁶⁾

La **actividad sexual** es una “expresión conductual de la sexualidad, donde el componente erótico es el más evidente. Se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual” ⁽⁶⁾

Salud sexual. “Es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos.” ⁽⁶⁾

Función sexual, “constituye la expresión de la integridad orgánica y funcional del sistema neuroendócrino y del aparato reproductor que permite al organismo llevar a cabo la actividad sexual con una respuesta adecuada.” Esta respuesta está influida por múltiples factores tanto anatómicos biológicos, fisiológicos como psicológicos, los cuales pueden favorecerla y otros inhibirla.⁽⁷⁾ A éstos se agregan aspectos como la interacción y el estado actual con la pareja, donde los patrones culturales juegan un papel importante, así como las vivencias previas, los sentimientos hacia la pareja, y la autoestima. Estos factores son comunes en ambos sexos, sin embargo, se describen de manera más compleja en el sexo femenino debido a que su condición se ve marcada no sólo por aspectos biológicos como hormonas y mediadores neurogénicos, sino también por una carga emocional y psicológica.⁽⁶⁾

Masters y Johnson fueron los primeros en estudiar e informar sobre la función sexual saludable y las alteraciones de la misma que reciben el nombre de disfunción sexual. Este material se publicó en la década de 1960 con el trabajo "Respuesta Sexual Humana", que describe la respuesta sexual humana en cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. ⁽⁸⁾

Existe otro modelo, más reciente, el cual es más específico para la respuesta sexual femenina, y describe una respuesta circular originalmente llamado “*Sexual Response Cycle*” por *Basson* en el 2002, el cual incorpora aspectos psicológicos y sociales de la

función sexual femenina así como intimidad emocional y satisfacción, marcando las diferencias en la respuesta femenina. Algo muy importante, es que en la mujer, no siempre hay conocimiento o conciencia del deseo que precede a la excitación sexual. Para muchas mujeres, la respuesta del ciclo sexual está íntimamente ligada a la relación general en que se encuentran e incorpora el entorno social y psicológico. ⁽⁹⁾

A pesar de que el modelo circular de *Basson* se describe como el más preciso para la mujer, el antiguo y lineal de *Masters y Johnson* es la base para definir las disfunciones sexuales. ⁽⁹⁾

Disfunción Sexual. “Es una condición compleja que afecta a mujeres y hombres de todas las edades, es la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales”, según la definición de la OMS (*Organización Mundial de la Salud, OMS 1992*) y en el DSM-IV TR, lo describe el concepto de trastornos sexuales, “los cuales se caracterizan por una alteración propia del ciclo de la respuesta sexual o por dolor asociado con la realización del acto sexual.” ⁽⁶⁾

La disfunción sexual femenina es reconocida como una problemática generalizada, pero los datos son escasos en cuanto a la prevalencia, que oscila entre 25% a 63% de las mujeres, dependiendo del origen y la definición empleada. Un primer estudio de la disfunción sexual en Estados Unidos analizó los datos de la *National Health and Social Life Survey* (Encuesta nacional de salud y vida social). La encuesta se basó en una cohorte de 1749 mujeres y 1410 hombres de entre 18 y 59 años y se observó una prevalencia de disfunción sexual del 43% de las mujeres y del 31% de los hombres. La libido baja (hipo-deseo sexual) fue la queja más común, la cual se notificó en un 51% de los encuestados, seguido por problemas con la excitación en el 33%, y trastornos de dolor en un 16%. Las disfunciones sexuales en mujeres, en comparación con los hombres (43% versus 31%), se asoció con una menor edad (18 a 39 años), menor educación, y ser

soltero. Es importante destacar que en este estudio, la disfunción sexual estaba vinculada a una mala salud física, emocional y un impacto significativo en la calidad de vida. Otro estudio realizado en 2008 en Estados Unidos muestra que el 71% de las mujeres en edad reproductiva encuestadas en una población de California fueron sexualmente activas, y el 33% de éstas se clasificaron con disfunciones sexuales en por lo menos una de las cuatro áreas estudiadas, pero consideraban que cuando las mujeres no son sexualmente activas fueron incluidas como personas con disfunción sexual, manejando entonces una prevalencia de la disfunción sexual en este estudio de 45%.⁽¹¹⁾

Como se pueden observar en los dos ejemplos previos, la prevalencia de disfunción sexual es variable debido a las definiciones que se utilicen, el tipo de población y los contextos culturales principalmente. Dentro de las causas de la disfunción sexual femenina se han identificado un número de causantes potenciales como factores hormonales, vasculares, musculares, neurogénicos, psicológicos y otros contribuyentes, siendo la depresión uno de los más importantes.⁽⁵⁾

Depresión y ansiedad.

En el *Informe Mundial sobre la Salud* de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente.⁽¹²⁾

La depresión es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto se caracteriza por la persistencia, gravedad y deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad referencia.

El riesgo de que población adulta sufra depresión en México en 2005 fue de 4.5% (IC 95%=4.1, 4.9), con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y, en el caso de los hombres, lugar de residencia. En el país, el riesgo de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8% (IC 95%=5.2, 6.5). La cifra correspondiente en los hombres es de 2.5% (IC 95%=2.2, 3.0).⁽¹³⁾

Por su parte, la ansiedad puede definirse como el sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como un síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva en relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona, la cual se manifiesta por alteraciones psíquicas y somáticas.⁽¹⁴⁾

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (México), llevada a cabo en 2002 entre población mexicana urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó que los trastornos afectivos –dentro de los que se incluyen los trastornos depresivos–, se ubican, respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar en frecuencia para prevalencia alguna vez en la vida (9.1%), después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%). Al limitar el análisis de la encuesta a los 12 meses previos a su aplicación, los trastornos más comunes fueron los de ansiedad, seguidos por los afectivos. Al analizar los trastornos individualmente, el episodio depresivo pasa a un quinto lugar (luego de las fobias específicas, los trastornos de conducta, la dependencia al alcohol y la fobia social), con una prevalencia de 3.3% alguna vez en la vida. Entre las mujeres, la depresión mayor ocupa el segundo lugar.⁽¹⁵⁾

Relación entre ansiedad, depresión y sexualidad.

Estados de ánimo como la ansiedad y la depresión, son típicamente asociados con disminución del interés sexual y la excitación, sin embargo, también hay algunas pruebas de que el estado de ánimo deprimido o ansioso puede incrementar el interés sexual o la excitación de algunos individuos. ⁽¹⁶⁾

Lynkins (2006) comenta en un estudio, realizado a mujeres universitarias entre 18 y 24 años, la mayoría reportaron disminución del interés sexual y la respuesta al sentir depresión o ansiedad; una minoría (aproximadamente 10%) de las mujeres, sin embargo, reportaron un aumento en el interés sexual / respuesta durante ansiedad y estado de ánimo depresivo. Se comparó con una muestra de 399 hombres de edad universitaria, encontrando que los hombres eran más propensos que las mujeres a reportar un mayor interés sexual durante los estados de ánimo negativos. Se determinó a la predisposición para la excitación sexual, como el predictor más fuerte de la relación entre el estado de ánimo negativo y la sexualidad en las mujeres. ⁽¹⁷⁾

Las diferencias individuales en los efectos del estado de ánimo negativo puede resultar relevante para nuestra comprensión de una variedad de temas, incluyendo "riesgo" y comportamiento sexual "compulsivo" y disfunción sexuales.

Es bien reconocido que la depresión clínica se asocia con una reducción en el interés sexual y la respuesta, una asociación que puede ser más marcada en las mujeres que en los hombres según Angst(1998). ⁽¹⁸⁾

Mathew y Weinman (1982) encontraron en un grupo de 57 hombres y mujeres con depresión clínica, que mientras que el 31% tenían pérdida de interés sexual, el 22% reportó una mayor predisposición a la excitación sexual en comparación con su estado no-deprimido. Del mismo modo, Angst observó que entre los hombres con depresión,

26% reportó disminución y el 23% aumentó el interés sexual, en comparación con 11% y 7%, respectivamente, de su grupo de no-deprimido.

En comparación, el 9% de las mujeres reportaron mayor interés cuando presentan sintomatología depresiva, comparado con el 35% disminución del interés sexual (En comparación con 2% y 32%, respectivamente, grupo de no-deprimidos). Esto sugiere que no hay diferencias individuales significativas de la depresión y su impacto en el interés sexual, con una reducción en el interés sexual para algunos, pero sin cambio en el interés por los demás.

En nuestro medio, tanto en el país o de forma Institucional, la investigación sobre la relación entre los trastornos de ansiedad y el interés y la respuesta sexual, en comparación, ha sido escasa. A nivel internacional, un estudio de Angst (1998) buscó si la pérdida de interés sexual estaba relacionada con el trastorno de ansiedad generalizada, pero no a otros trastornos de ansiedad (por ejemplo, trastorno de pánico, agorafobia, fobia social). En un estudio realizado por Ware et al. (1996), incluyó a 61 varones y 92 mujeres con trastornos ansiosos que se comparó con un grupo control; y se encontró que pacientes con trastornos de ansiedad tenían tasas más altas de disfunción sexual, en comparación con los participantes de control. ⁽¹⁸⁾

Además de los estudios clínicos sobre los trastornos de ansiedad, hay evidencia experimental de que la inducción de la ansiedad y la activación fisiológica en el laboratorio tienen efectos sobre la respuesta sexual. En los hombres, Barlow y colegas (1982) han llevado a cabo una serie de estudios sobre la relación entre la ansiedad y el funcionamiento sexual, que muestra que en individuos funcionales, la ansiedad puede facilitar la excitación sexual. Un pequeño número de estudios comparables sobre las mujeres han demostrado efectos similares, y podemos citar a autores como Beggs, (1987); Hoon, (1976); Palace & Gorzalka, (1990). Este modelo postula que los individuos varían en su propensión tanto para excitación sexual y la inhibición. ⁽¹⁶⁾

Muchas mujeres experimentan fluctuaciones tanto en el estado de ánimo y el interés sexual durante diferentes fases del ciclo menstrual (Hedricks, 1994), y una fuerte relación positiva entre el interés sexual y el bienestar. ⁽¹⁹⁾

Algunas mujeres reportan los niveles más altos de interés sexual durante la fase premenstrual, incluso cuando experimentan depresión, proporcionando pruebas de que en un subgrupo de las mujeres, el estado de ánimo negativo puede estar asociado con un aumento de sentimientos sexuales. ^(16,19)

Evaluación Clínica de la Función Sexual Femenina.

Hasta hace unos años la evaluación de las mujeres que se quejaban de trastornos de la función sexual se reducía a efectuar un estudio o valoración psicológica. Los estudios fisiológicos de la respuesta sexual femenina en el ámbito clínico se han complicado por la dificultad para cuantificar objetivamente los cambios que se producen durante la excitación sexual. A diferencia de la respuesta eréctil en el varón, hay muchos cambios genitales que forman parte de la respuesta sexual femenina que pueden pasar desapercibidos para la propia paciente. De forma idónea, debemos hacer dos tipos de evaluaciones: la médica/fisiológica y la evaluación psicosocial/psicosexual. ⁽²⁰⁾

Evaluación médica/fisiológica.

Para evaluar a una paciente con disfunción sexual hay que realizar una exploración clínica completa, incluido el examen ginecológico y una evaluación psicológica, unos análisis hormonales o estudios de laboratorio si están indicados. De esta manera se pueden obtener y evaluar unos parámetros subjetivos y objetivos.

El perfil hormonal comprende el análisis de la hormona foliculoestimulante (FSH), la hormona luteinizante (LH), la prolactina, los niveles de testosterona libre y total, la

globulina unida a las hormonas sexuales (SHBG), y las concentraciones de estradiol. Los niveles de SHBG se elevan con la edad y descienden al utilizar estrógenos endógenos. Si se registra un nivel anormal de estrógenos o de testosterona, se puede empezar la hormonoterapia sustitutiva correspondiente para resolver o mejorar los síntomas de la paciente. Las mujeres que tienen niveles bajos de estrógenos o de testosterona experimentan habitualmente síntomas como disminución de la libido, menor sensibilidad, sequedad vaginal, dispareunia, y menos capacidad para excitarse. Debe identificarse la existencia de ciertas enfermedades, como los que interrumpen el eje hipotálamo-hipofisario, o los déficits hormonales secundarios a la menopausia, a la quimioterapia antineoplásica, o los que aparecen después de ooforectomía bilateral.

La evaluación de la respuesta sexual femenina en el ámbito clínico confirma el problema de la paciente y permite además diagnosticar posibles enfermedades orgánicas, como la insuficiencia vascular, las alteraciones hormonales o los procesos neurológicos.

Evaluación psicosocial/psicosexual.

Además de las evaluaciones fisiológicas, en todas las pacientes hay que evaluar los problemas emocionales, adaptativos o de relación con la pareja que pueden favorecer algunas disfunciones.

El clínico debe conocer el contexto en el que la paciente obtiene sus experiencias sexuales, en donde está encuadrada su autoestima y su imagen corporal, y conocer su capacidad para expresar sus necesidades sexuales a su pareja. Esta evaluación es un elemento esencial del estudio ya que los aspectos emocionales o de relación deben resolverse antes de aplicar ningún tratamiento e indudablemente antes de determinar la eficacia del mismo.

Para evaluar la función sexual subjetiva, especialmente la excitación existen varios instrumentos, como puede ser el *Female Sexual Function Index* (FSFI) de Rosen (2000), el cual detallaremos ya que es instrumento para nuestro estudio; es un breve cuestionario de la función sexual en las mujeres. Ha sido desarrollado con el propósito específico de evaluar dominios del funcionamiento sexual (deseo, excitación sexual, orgasmo, satisfacción, dolor) en ensayos clínicos. No es una medida de la experiencia sexual, el conocimiento, las actitudes o el funcionamiento interpersonal en las mujeres. No fue diseñado para el uso como un instrumento de diagnóstico y no debe ser utilizado como un sustituto de una historia completa sexual en la evaluación clínica. ⁽²¹⁾

Los datos que se obtienen en la evaluación psicológica sobre la respuesta sexual son un reflejo de la experiencia personal de la paciente, una variable que es importante para la evaluación, pues el objetivo en último caso es aumentar la experiencia sexual de la mujer. El tratamiento no se considera eficaz salvo que la mujer sea capaz de experimentar subjetivamente la excitación sexual, el placer y la satisfacción.

Por lo anteriormente mencionado en la presente introducción, y viendo la importancia que tiene que la función sexual, y como queja frecuente en la experiencia subjetiva de las pacientes, el presente trabajo tiene la finalidad de describir la función sexual de las pacientes con elementos ansiosos y depresivos que acuden al Servicio de Clínica del Afecto de la UMAEC HPUM.

Planteamiento del Problema

Se plantea la realización de este estudio debido a que la función sexual es una queja frecuente de pacientes mujeres portadoras de trastornos relacionados con ansiedad y depresión, motivo principal de consulta de la Clínica del Afecto del Hospital de Psiquiatría “Unidad Morelos”.

La función sexual ha sido poco evaluada en las mujeres de consulta externa de psiquiatría de tercer nivel en nuestro Instituto. En población general existen estudios que mencionan una prevalencia para disfunción sexual del 43% para mujeres (Lauman, 1999) y del 55% para varones (Ugarte, 2001), su relación directa con niveles más bajos de calidad de vida, así como su asociación con otros problemas de salud tales como: cardiopatías, hipertensión, diabetes mellitus, entre otros, sin poder determinar la presencia de alteración en este campo dentro de la población derechohabiente con trastornos relacionados con depresión o ansiedad,

En los trabajos e investigaciones realizados en nuestro medio sobresale la poca información documental respecto a la evaluación de la función sexual femenina de pacientes que acuden a la Consulta Externa de Clínica del Afecto del IMSS UMCAE Hospital de Psiquiatría Morelos, y al ser esta una petición espontánea de las pacientes que acuden a nuestros servicios, esto nos obliga a obtener información sobre el tema en nuestra población, particularmente los usuarios del Instituto Mexicano del Seguro Social, para desarrollar estrategias de atención encaminadas a conocer y manejar problemas relacionados con la sexualidad de nuestras usuarias.

De lo expresado, se puede plantear las siguientes preguntas:

- ¿Cómo es la función sexual en las mujeres que tienen ansiedad y/o depresión y que se atienden en la Clínica del Afecto de la UMCAE HPUM? ¿Tendrán problemas en la función sexual?
- ¿Se afecta la función sexual en las mujeres conforme mejoran los elementos de ansiedad y depresión en aquellas que reciben tratamiento psicoterapéutico?
- La intervención psicoterapéutica utilizada en la Clínica del Afecto, ¿mejora los elementos ansiosos y/o depresivos de las usuarias, e indirectamente la función sexual?

Justificación

El Hospital de Psiquiatría “Unidad Morelos” se verá beneficiado con la realización de este estudio al proponerse conocer la función sexual dentro las mujeres derechohabientes que acuden al Servicio de clínica del Afecto, ya que el conocimiento del tema nos podrá permitir una evaluación más amplia y realizar una intervención terapéutica dirigida a mejorar la función sexual, ya que muchas ocasiones es una demanda de las mismas usuarias.

Adicionalmente, podemos mediante la medición de la función sexual, tener un marcador adicional de mejora clínica en la percepción de las pacientes, quienes reciben tratamiento para sus padecimientos ansiosos-depresivos. Así mismo, se pueden generar los programas de atención a la salud para este tipo de pacientes, considerando su impacto sobre la calidad de vida, realizando estrategias preventivas, terapéuticas y psicoeducación para mejorar la calidad de atención a las usuarias.

Hipótesis

- **General:** Las mujeres que acuden a la Clínica del Afecto del IMSS UMAEC HPUM, y que son portadoras de algún trastorno ansioso y/o depresivo, tienen función sexual alterada.
- **H₀.** No existe función sexual alterada en mujeres con ansiedad y/o depresión, que acuden a tratamiento psicoterapéutico en la Clínica del Afecto del IMSS UMAEC HPUM.
- **H_A.** Las mujeres con depresión tendrán una peor función sexual que las mujeres con ansiedad atendidas en la Clínica del Afecto del IMSS HPUM.
- **H_A.** Las mujeres que acuden a la Clínica del Afecto del IMSS UMAEC HPUM portadoras de trastornos ansiosos y/o depresivos y que reciben tratamiento psicoterapéutico, obtendrán mejoría en la función sexual al término de la intervención psicoterapéutica.

Objetivos.

Objetivo General

Determinar la función sexual en mujeres con ansiedad o depresión, que asisten al servicio de Clínica del Afecto, de la UMCAE Hospital de Psiquiatría “Unidad Morelos”; y describir su comportamiento conforme estas pacientes reciben tratamiento psicoterapéutico para los trastornos de ansiedad y depresión.

Objetivos Secundarios

Determinar la severidad de síntomas de ansiedad de las pacientes que acuden a la consulta del servicio de Clínica del Afecto.

Determinar la severidad de síntomas depresivos de las pacientes que acuden a la consulta del servicio de Clínica del Afecto.

Describir la función sexual en pacientes con Ansiedad.

Describir la función sexual en pacientes con depresión.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Lugar donde se realizará el estudio.

Unidad Médica de Alta Especialidad Complementaria, Hospital de Psiquiatría “Unidad Morelos”; del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Servicio “Clínica del Afecto”

Ubicado en: Av. San Juan de Aragón No. 311; Col. San Pedro el Chico, Deleg, Gustavo A. Madero; C.P.7480; México D.F.

Diseño.

Es un estudio observacional, longitudinal, descriptivo, prospectivo.

Población en estudio y tamaño de la muestra.

Población: Mujeres que acuden a la Consulta del Servicio de la Clínica del Afecto de la UMAEC Hospital de Psiquiatría “Unidad Morelos”, IMSS., y que cumplan con los criterios de Inclusión.

Tamaño de la muestra: Se incluirá a toda la población de la Clínica del Afecto de la UMCAE Hospital de Psiquiatría “Morelos” del IMSS que cumplan con los criterios de inclusión, que estén disponibles desde su primer consulta hasta la consulta de egreso durante los meses de julio a octubre de 2013.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión

- Sexo: femenino

- Edad: mayores a 18 años.
- Pacientes que acuden a la consulta de la Clínica del Afecto, portadoras de trastornos de ansiedad y/o depresión.
- Pacientes que sepan leer y escribir.
- Que tengan pareja sexual activa en los últimos 6 meses.
- Firmar de conformidad el consentimiento informado.

Criterios de no inclusión

- Pacientes que no cumplan con criterios de inclusión.
- Pacientes portadoras de trastornos del piso pélvico, detectadas en historia clínica.
- Pacientes en estado de puerperio y en último trimestre de gestación.

Criterios de eliminación

- Pacientes que abandonen tratamiento en Clínica del Afecto.
- Pacientes que no completen el llenado de alguna de los instrumentos.

Variables e Instrumentos de medición

a) Variables

- Dependiente:
 - **Función sexual** de mujeres portadoras de ansiedad y depresión que acuden al servicio de Clínica del Afecto
- Independiente:
 - **Ansiedad** en mujeres que acuden a la Clínica del Afecto y reciben tratamiento psicoterapéutico.
 - **Depresión** en mujeres que acuden a la Clínica del Afecto y reciben tratamiento psicoterapéutico.

b) Instrumentos

Variable dependiente.

Función Sexual

Definición conceptual: Expresión de la integridad orgánica y funcional del sistema neuroendócrino y del aparato reproductor que permite al organismo llevar a cabo la actividad sexual con una adecuada respuesta. Esta respuesta está influenciada por aspectos biológicos, anatómicos, fisiológicos y psicológicos que pueden favorecerla o inhibirla. ⁽⁴⁾

Definición operacional: Será medido por el instrumento denominado *Female sexual functionindex* (FSFI) (Anexo 1), que es un cuestionario breve de función sexual en mujeres, que evalúa los dominios del funcionamiento sexual femenino, a saber: excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Es un instrumento auto-aplicable, simple y confiable. Este cuestionario consta de 19 preguntas y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntaje mejor función sexual.

Dominio	Preguntas	Puntaje	Factor	Mínimo	Máximo
Deseo	1 – 2	1 – 5	0,6	1,2	6
Excitación	3 – 6	0 – 5	0,3	0	6
Lubricación	7 – 10	0 – 5	0,3	0	6
Orgasmo	11 – 13	0 – 5	0,4	0	6
Satisfacción	14 – 16	0 – 5	0,4	0,8	6

Dolor	17 – 19	0 – 5	0,4	0	6
			Rango Total	2	36

Es una herramienta con propiedades psicométricas óptimas para cada uno de los 6 dominios, fácil de usar, y ha demostrado la capacidad de discriminar entre poblaciones clínicas (mujeres con disfunción sexual) y no clínicas (sin disfunción sexual).

El artículo original donde se usa este instrumento fue publicado en el año 2000 por Raymond Rosen, Ph.D., profesor de Psiquiatría de la *Robert Wood Johnson Medical School*, quien se desempeñó como investigador principal del estudio.

Rosen, utiliza población norteamericana con una muestra de 259 mujeres: 131 controles sanos y 128 mujeres con trastorno de excitación sexual según el DSM-IV-TR; con poblaciones en ambos grupos emparejadas por edad, de entre 21 y 70 años. Se evaluaron los 6 dominios antes descritos, y se obtuvo una confiabilidad medida con un alpha de Cronbach con valores de 0.82 y superior para los 6 dominios y la escala en conjunto; la fiabilidad test-retest analizada con el coeficiente de correlación de Pearson elevada en todos los dominios y en la puntuación total (0.79 – 0.88). La validez discriminante se estableció al comparar las respuestas medias del grupo de mujeres con alguna disfunción sexual con el grupo control, las diferencias más altas entre los grupos fueron para los dominios excitación y lubricación. La puntuación total de la escala fue para pacientes diagnosticadas de 19.2 ± 6.63 ; y de 30.5 ± 5.29 para el grupo control.

La validez divergente se estableció comparando el FSFI con el test de satisfacción marital de Locke-Wallas, la correlación se determinó mediante una r de Pearson, siendo para el grupo control ($r=0.53$) y baja para el grupo de enfermas ($r=0.22$).⁽²¹⁾

La validación psicométrica de la FSFI fue realizado por un grupo de investigadores, con financiación de dos patrocinadores corporativos (Bayer y Zonagen Inc.). Target Health Inc. se desempeñó como CRO del proyecto. El estudio ha sido publicado en el Journal of Sex and Marital Therapy⁽²¹⁾

La FSFI es una instrumento ya traducido al español en 2004 por Blümel⁽²²⁾, aplicado en castellano en mujeres chilenas en el artículo “*Índice de Función Sexual Femenino: Un test para evaluar la sexualidad en la mujer*”. Se encuestaron 371 mujeres entre 20 y 59 años con actividad sexual en los últimos 3 meses y salud normal (se excluyeron usuarios de reemplazo hormonal o de anticonceptivos orales, histerectomizadas, embarazadas y en los primeros 6 meses de post-parto). El índice de respuesta fue del 96.9%.

El formulario de la encuesta fue traducido al español, vuelto a traducir al inglés y nuevamente traducido al español (backward – translate technique), aplicando el test alpha de Cronbach para evaluar la consistencia interna de los diferentes dominios, obteniendo valores que señalan buena o muy buena correlación (>0,70 para el deseo y el orgasmo y >0,80 para la excitación, lubricación, satisfacción y el dolor).⁽²²⁾ Considero este instrumento para nuestra evaluación ya que fue utilizado en población sudamericana, la cual tiene características que comparten con nuestra población objetivo.

Para fines del presente estudio, se clasificará a las pacientes, según los resultados, como **función sexual alterada o no alterada**, según la puntuación registrada en el instrumento, de acuerdo al punto de corte del instrumento que es de 26.55.⁽²³⁾

Variables independientes

Ansiedad

Definición conceptual: Sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro que puede ser interno o externo.⁽²⁴⁾

Definición operacional: Será definida mediante la aplicación de la *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) (Anexo 2) que es un instrumento hetero-administrado por un clínico tras una entrevista.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

Para su calificación, se tomará en cuenta según los siguientes puntajes:

Ausencia ansiedad: 0-6

Ansiedad leve: 7-14

Ansiedad moderada: 15-25

Ansiedad alta: 26-39

Ansiedad muy alta: >40

Este instrumento se encuentra traducido al español y validado al idioma, con un alpha de Cronbach para evaluar la consistencia interna de los diferentes dominios, con valor que señala muy buena correlación (>0,80).^(25, 26, 27)

Depresión

Definición conceptual: Estado mental que se caracteriza por sentimientos de tristeza, soledad, desesperanza, baja autoestima y autor-reproche. Los signos acompañantes incluyen retraso psicomotor, retirada del contacto interpersonal, insomnio y anorexia. ⁽²⁴⁾

Definición operacional: Será definida mediante la aplicación de la *Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D) que es un instrumento hetero-administrado por un clínico tras una entrevista. (Anexo 3).

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo ítem, con una puntuación total de 0 a 76. Se evalúan las respuestas del paciente a preguntas que se hacen al paciente sobre sentimientos de culpa, pensamientos de suicidio, hábitos de sueño y otros síntomas de depresión. Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte: ^(28,29)

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

Este instrumento se encuentra traducido al español y validado al idioma. ^(29, 30)

Procedimientos y análisis estadístico

Procedimientos.

Se invitó a pacientes que acuden a la consulta de la Clínica del Afecto a participar en el estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión. Una vez aceptando la invitación previa firma del consentimiento informado, se realizó la aplicación de las escalas en el día en que acudieron a su consulta.

Se realizaron tres mediciones a cada integrante de nuestra población: una primera medición se realizó en la primer consulta, donde se determinó diagnóstico de ansiedad o de depresión, y se aplicó la escala correspondiente: si era diagnóstico de depresión apliqué la escala HAM-D, y fue diagnóstico del espectro ansiedad se aplicó la escala HARS. Además se aplicó la escala FSFI, independientemente el tipo de diagnóstico.

Se realizó una segunda medición con los instrumentos realizados en la primer consulta, la cual fue en la consulta 3 o 4, ya que fue la mitad del manejo psicoterapéutico proyectado; y realicé una tercer medición en la última consulta, previo a su egreso del servicio.

Se medirá a las pacientes que acuden a la Clínica y que tengan diagnóstico actual de padecimiento del espectro de Ansiedad, le será aplicada la escala de Ansiedad de Hamilton, y posteriormente la aplicación de la Female Sexual Function Index (FSFI).

A las mujeres asistentes a la Clínica con diagnóstico actual de padecimiento de espectro de depresión, se aplicará la Escala de Hamilton para Depresión, y posteriormente la FSFI.

Análisis estadístico

Una vez obtenido los resultados de los instrumentos aplicados a la población objetivo, se realizará una prueba T de Student para comparar los promedios resultantes de la función sexual entre ambos grupos diagnósticos y observar cómo se comporta la función sexual en relación con en el trastorno afectivo estudiado y según el avance de la intervención psicoterapéutica recibida en la Clínica del Afecto.

Se utilizó una T de Student de doble cola (2 tail) para considerar si el efecto terapéutico fue benéfico o no y una función pareada para comparar los resultados de las muestras de la tercera medición con la primera.

Se utilizaron programas Excel 2010 y SPSS V17 para la realización de tablas, gráficos y análisis estadísticos.

Implicaciones éticas del estudio

El presente estudio protege la intimidad y confidencialidad de la información; no pone en riesgo la integridad física, mental y social de los pacientes; incluirá sujetos que aceptarán firmando consentimiento informado de las características del protocolo; no afecta de manera adversa la salud de los participantes; de acuerdo con los principios éticos para las investigaciones de la declaración de Helsinki en su (59ª) asamblea más reciente de Seúl, Corea (Octubre de 2008), se ajusta al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación; así como las disposiciones y normas dictadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Con confidencialidad absoluta para todos los participantes.

Resultados.

Se aplicaron los instrumentos descritos a la población de la Clínica del Afecto atendidos durante los meses de junio a octubre de 2013, obteniendo una muestra de 52 pacientes, de las cuales 27 cursaron con trastornos del espectro depresivo y 25 del espectro ansioso.

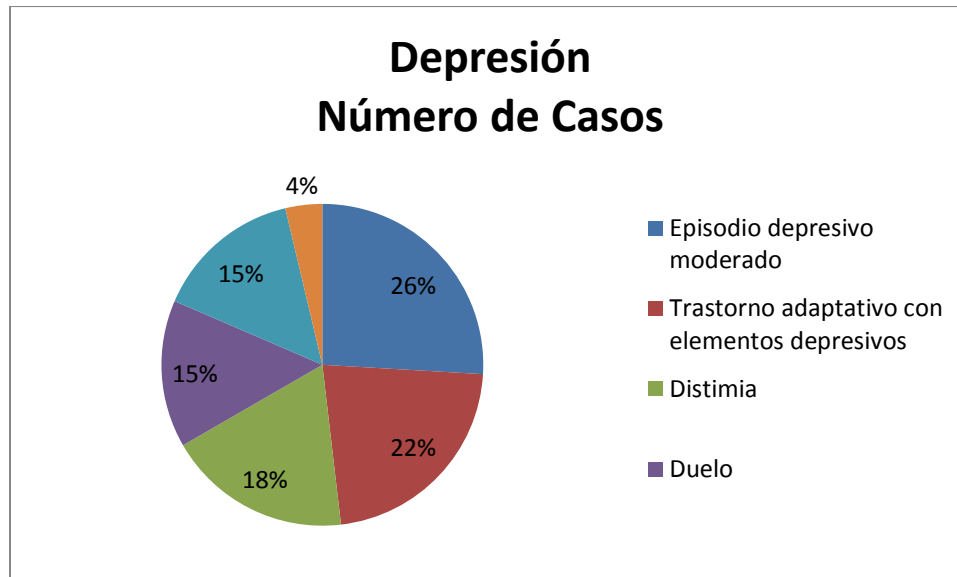
DEPRESION

De acuerdo a los diagnósticos, dentro de los trastornos depresivos, el diagnóstico más frecuente fue el episodio depresivo moderado con 7 casos (26%), seguido de los trastornos adaptativos con elementos depresivos con 6 casos (22%), posteriormente los casos de Distimia con 5 pacientes (18%); seguidos de los diagnósticos de Duelo y Episodio Depresivo Leve con 4 casos cada uno (14.8% cada uno) y un caso de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (3%). (Cuadro y Figura 1.)

Cuadro 1. Diagnósticos de pacientes atendidos en el espectro depresión.

Diagnósticos	Número de Casos	Porcentajes
Episodio depresivo moderado	7	26%
Trastorno adaptativo con elementos depresivos	6	22%
Distimia	5	19%
Duelo	4	14.8%
Episodio depresivo leve	4	14.8%
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	1	4%
Total de casos	27	

Figura 1. Porcentaje de pacientes por diagnóstico del espectro depresión.



ANSIEDAD

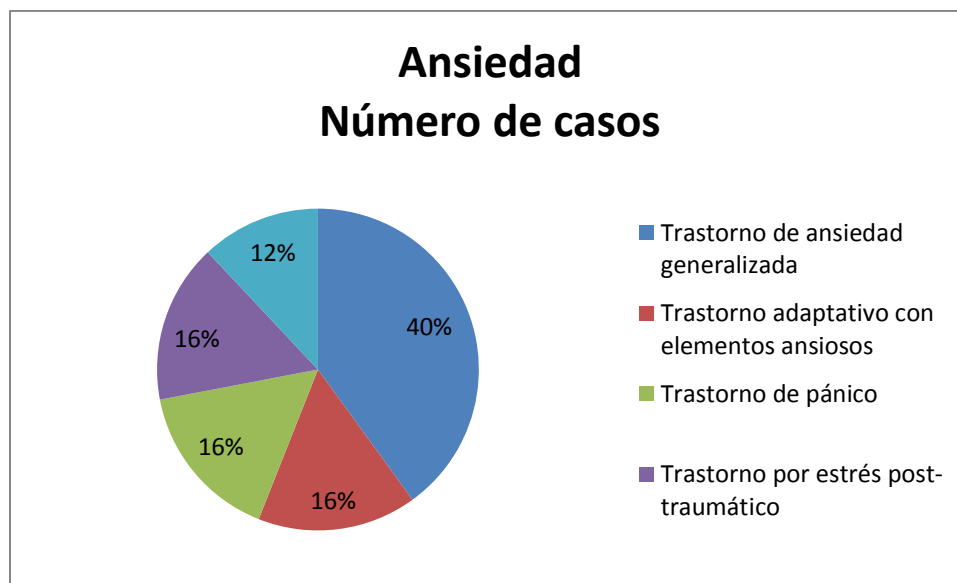
Dentro de los diagnósticos del espectro de ansiedad, tenemos con mayor frecuencia al trastorno de ansiedad generalizada con 10 casos (40%), trastorno adaptativo con elementos ansiosos, el trastorno de pánico y el trastorno de estrés post-traumático, con 4 casos cada uno de ellos (16% cada uno), y 3 casos de trastorno mixto ansioso – depresivo (12% casos). (Cuadro y figura 2).

Cuadro 2. Diagnósticos de pacientes atendidos en el espectro ansiedad.

Diagnósticos	Número de Casos	Porcentajes
Trastorno de ansiedad Generalizada	10	40%
Trastorno adaptativo con elementos ansiosos	4	16%
Trastorno de pánico	4	16%
Trastorno por estrés post-traumático	4	16%

Trastorno mixto ansioso depresivo.	3	12%
Total de Casos	25	

Figura 2. Porcentaje de pacientes por diagnóstico del espectro ansiedad.



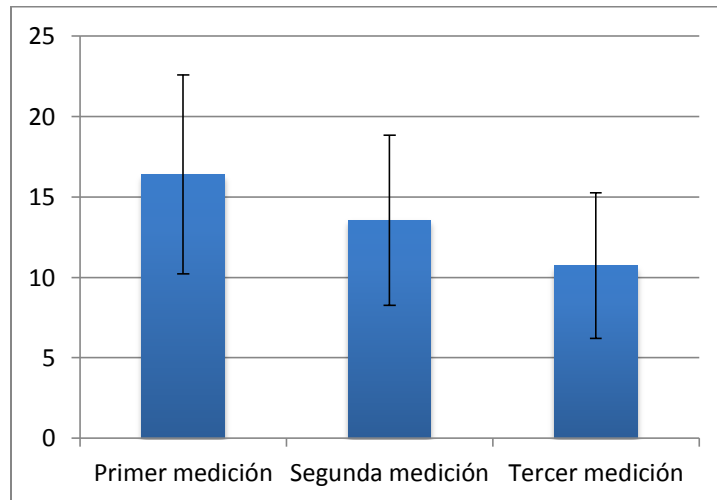
En el caso de pacientes portadoras de depresión, 8 de 27 requirieron manejo con ISRS debido a intensidad de síntomas afectivos; del espectro ansiedad 9 de 25 requirieron igualmente tratamiento con ISRS, en todos los casos aunado al manejo psicoterapéutico proporcionado en la clínica.

Iniciaremos con los resultados obtenidos con las pacientes con diagnósticos del espectro de depresión.

En cuanto a los resultados de los instrumentos, la media obtenida en la Escala de Hamilton para Depresión (HAM-D), fue como sigue: en la primera medición se tuvo una media de 16.4 (con DE ± 6.18 , rango entre 22.59 y 10.22); en la segunda medición se

obtuvo una media de 13.55 (DE \pm 5.29, rango entre 18.84 y 8.26) y en la tercera medición una media de 10.73 (DE \pm 4.52, rango entre 15.25 y 6.20). (Figura 3)

Figura 3. Media de puntuación de escala HAM-D.



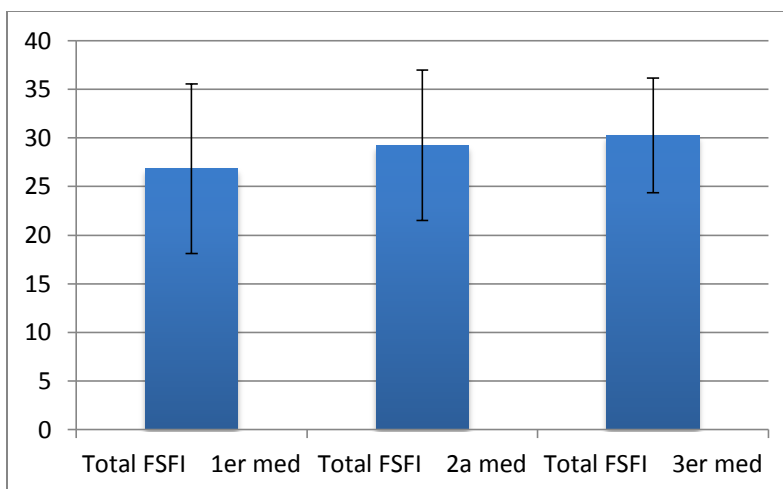
En cuanto a los resultados de la *Female Sexual Function Index* (FSFI) aplicados a los pacientes con depresión, encontramos que de nuestra muestra de 27 pacientes, en la primer medición 10 presentan una función sexual alterada (37.03%), en una segunda medición en la cuarta consulta, que es la mitad del tratamiento psicoterapéutico se observa un decremento a 7 pacientes con función sexual alterada (25.9%), y en la tercer medición, entre la 6ª y 8ª consulta observamos 8 pacientes con función sexual alterada (29.6%) (cuadro 3).

Cuadro 3. Frecuencias del componente función sexual con y sin alteración según las mediciones realizadas.

		Primera medición	Segunda Medición	Tercer medición
Función Sexual SIN alteración		17	20	19
Función alterada	Sexual	10	7	8

Las medias obtenidas por medición del FSFI, fueron como sigue: en la primer medición hubo una media de 26.84 (DE 8.71), en la segunda medición 29.22 (con una DE 7.73 y un valor $p= 0.004$); y la tercer medición un FSFI con media de 30.26 (DE 5.92, $p= 0.000086$).

Figura 4. Media de puntuación de escala FSFI en pacientes con depresión.



Del total de pacientes, se pueden relacionar aquellas con función sexual alterada y sin alteración según la intensidad de síntomas depresivos, encontramos que en la primera medición, podemos clasificar según intensidad de síntomas depresivos: a 4 pacientes en “muy severa”, de los cuales 4 presentan función sexual alterada; 4 con síntomas depresivos en rango “severa”, de los cuales 2 tienen función sexual alterada; 8 con síntomas depresivos “moderados”, de quienes 2 tienen función sexual alterada y 11 pacientes con síntomas depresivos “leves” y 2 con función sexual alterada. (Cuadro 4).

Cuadro 4. Frecuencias del componente función sexual con y sin alteración según la intensidad de síntomas depresivos. (1ª medición).

		Intensidad de Síntomas Depresivos (HAM-D) (1ª medición)				
		Ligera	Moderada	Severa	Muy Severa	Total
Función sexual alterada		2	2	2	4	10

Función sexual alterada	9	6	2	0	17
Función sexual NO alterada					
Total	11	8	4	4	27

Del total de pacientes con función sexual alterada, en la Primer medición se encontró que el 100% de las pacientes que tenían depresión muy severa, mientras que el 50% depresión severa, 25% depresión moderada y 18% presentaba depresión leve

En la segunda medición, encontramos: 2 pacientes en “muy severa”, de los cuales 1 presenta función sexual alterada; 2 con síntomas depresivos en rango “severa”, de los cuales los 2 presentan función sexual alterada; 8 con síntomas depresivos “moderados”, de quienes sólo 2 tiene función sexual alterada; 11 pacientes con síntomas depresivos “leves” y 1 con función sexual alterada; y 4 pacientes con “ausencia” de síntomas depresivos y con 1 paciente con función sexual alterada. (Cuadro 5)

Cuadro 5. Frecuencias del componente función sexual con y sin alteración según la intensidad de síntomas depresivos. (2ª medición).

Intensidad de Síntomas Depresivos (HAM-D) (2ª medición)

	Ausencia	Ligera	Moderada	Severa	Muy Severa	Total
Función sexual alterada	1	1	2	2	1	7
Función sexual NO alterada	3	10	6	0	1	20
Total	4	11	8	2	2	27

Del total de pacientes con función sexual alterada, en la segunda medición se encontró en el 50% de las pacientes que tenían depresión muy severa, mientras que en el 100% de pacientes con depresión severa tendrían función sexual alterada, 25% de pacientes con depresión moderada; en síntomas depresivos de intensidad leve encontramos al 9% con función sexual alterada, y en el rango de ausencia de síntomas depresivos al 25% con función sexual alterada.

En la tercer medición, tenemos según intensidad de síntomas depresivos: a 1 paciente en “muy severa”, quien presenta función sexual alterada; 4 con síntomas depresivos en rango “moderada”, de los cuales sólo 2 tienen función sexual alterada; 14 con síntomas depresivos “leves”, de quienes 3 tienen función sexual alterada y 8 pacientes con síntomas depresivos “ausentes” y 2 con función sexual alterada. (Cuadro 6)

Cuadro 6. Frecuencias del componente función sexual con y sin alteración según la intensidad de síntomas depresivos.(3ª medición).

Intensidad de Síntomas Depresivos (HAM-D) (3ª medición)

	Ausencia	Ligera	Moderada	Severa	Muy Severa	Total
Función sexual alterada	2	3	2	0	1	8
Función sexual NO alterada	6	11	2	0	0	19
Total	8	14	4	0	1	27

Del total de pacientes con función sexual alterada en la tercer medición, se encontró presencia en pacientes que depresión muy severa (1 caso), moderada (2 casos) y en síntomas leves y ausencia de síntomas depresivos, con frecuencia de 3 y 2 casos, respectivamente, en cada rubro.

Considerando la intensidad de síntomas depresivos, independientemente de la función sexual, tenemos que hubo mejoría significativa conforma pasan las sesiones terapéuticas, como lo observamos en las medias en la siguiente (cuadro 7):

Cuadro 7. Cálculo de promedios y desviación estándar en resultados de la escala de depresión de Hamilton, aplicada en 3 momentos distintos.

	<i>Primer medición</i>	<i>Segunda medición</i>	<i>Tercer medición</i>
<i>Media</i>	16.4074074	13.5555556	10.73076923
<i>Desviación estándar</i>	6.18471602	5.29392492	4.521572225
<i>Error estándar</i>	1.19024915	1.01881633	0.886753269
<i>Mediana</i>	15	13	10
<i>Varianza</i>	38.2507123	28.025641	20.44461538
<i>p value</i>		0.00014089	0.000145215

Considerando la función sexual, independientemente de la intensidad de los síntomas afectivos, tenemos los siguientes puntajes (cuadro 8):

Cuadro 8. Cálculo de promedios y desviación estándar en resultados del instrumento Female Sexual Function Index (FSFI), aplicada en 3 momentos distintos en pacientes con depresión.

	<i>Primer medición</i>	<i>Segunda medición</i>	<i>Tercer medición</i>
<i>Media</i>	26.8481481	29.2259259	30.26153846
<i>Desviación estándar</i>	8.71724067	7.73277702	5.920343025
<i>Error estándar</i>	1.67763375	1.48817363	1.161074793
<i>Mediana</i>	31.1	32.7	32.55
<i>Varianza</i>	75.9902849	59.7958405	35.05046154
<i>p value</i>		0.00474423	0.000860259

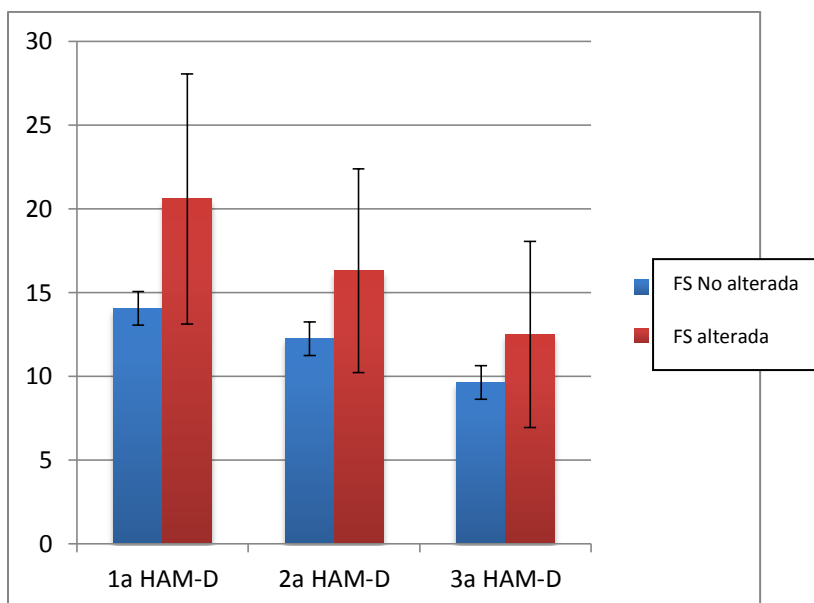
En cuanto al cálculo de promedios y desviación estándar de la calificación del HAM-D, en pacientes con función sexual alterada y función sexual no alterada, observamos lo siguiente como se describe en la siguiente tabla (cuadro 9):

Cuadro 9. Cálculo de promedios y desviación estándar en resultados de la escala de depresión de Hamilton, aplicada en 3 momentos distintos, en pacientes con función sexual alterada y no alterada.

HAM-D	Función sexual NO alterada		Función sexual alterada	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Primer medición	14.0625	3.7321	20.6	7.4714
Segunda medición	12.25	4.0906	16.3	6.0745
Tercer medición	9.625	3.5	12.5	5.5426

El promedio de las puntuaciones obtenidas para depresión, es más alto en todos los casos en pacientes con función sexual alterada en comparación con quienes tienen función sexual no alterada, y las desviaciones estándar son menores en todos los casos de pacientes con función sexual no alterada.

Figura 5. Media de puntuación de escala HAM-D en pacientes con función sexual alterada y no alterada.



En cuanto a las medias del instrumento FSFI en pacientes con depresión, podemos resumirlo en el siguiente cuadro (cuadro 10):

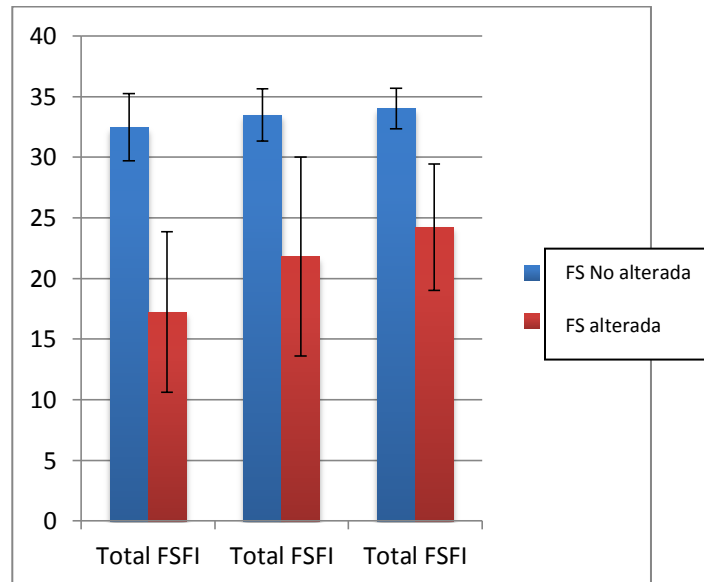
Cuadro 10. Cálculo de promedios y desviación estándar en resultados de la escala de depresión de Hamilton, aplicada en 3 momentos distintos, en pacientes con función sexual alterada y no alterada.

FSFI	Función sexual NO alterada		Función sexual alterada	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Primer medición	32.48125	2.7641	17.24	6.6235
Segunda medición	33.48125	2.1435	21.8	8.2089
Tercer medición	34.025	1.6703	24.24	5.2196

Como podemos observar, en la muestra con función sexual alterada, aunque la media de las distintas mediciones tiende a la mejoría, la media se mantiene dentro de función sexual alterada entre la primer y hasta la tercer medición; mientras la muestra con función

sexual no alterada desde la primer muestra, se mantiene con mejoría constante. (figura 6).

Figura 5. Media de puntuación de escala FSFI en pacientes con función sexual alterada y no alterada.



Es preciso hacer notar que existieron dentro del tratamiento psicoterapéutico, algunas pacientes que requirieron tratamiento farmacológico co-adyuvante. De la muestra de 25 pacientes, 8 requirieron tratamiento con ISRS, de los cuales 5 utilizaron sertralina 50mg/día y 3 fluoxetina 20mg/día. Realizando una comparación entre las pacientes que recibieron medicamentos y quienes no recibieron, tenemos el siguiente puntaje en escala de Hamilton para depresión (HAM-D) y en la Female Sexual Function Index (FSFI) como a continuación se describe en los siguientes cuadros (cuadros 11 y 12):

Cuadro 11. Cálculo de promedios y desviación estándar en resultados de escala de depresión de Hamilton y de la FSFI, aplicada en 3 momentos distintos, en pacientes con uso de medicamentos.

ISRS	Escala de Hamilton Depresión (HAM-D)		Female Sexual Function Index (FSFI)	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Primer medición	24.125	5.19443383	18.475	9.1743
Segunda medición	19.125	5.54043577	23.5875	9.6684
Tercer medición	14.625	4.897156	25.475	6.801627

Cuadro 12. Cálculo de promedios y desviación estándar en resultados de la escala de depresión de Hamilton y de la FSFI, aplicada en 3 momentos distintos, en pacientes con uso únicamente de psicoterapia. (SIN medicamentos).

Sin medicamento	Escala de Hamilton Depresión (HAM-D)		Female Sexual Function Index (FSFI)	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Primer medición	13.22222	2.734433	30.2388	5.857738
Segunda medición	11.44444	2.894664	31.8888	5.5501
Tercer medición	9	3.14362099	32.38888	4.11366

Como podemos observar, en el espectro depresión existe una diferencia en los promedios de las pacientes entre quienes requirieron manejo con ISRS y quienes requirieron únicamente manejo psicoterapéutico. Quienes necesitaron tratamiento farmacológico presentaron un puntaje en HAM-D mayor, lo cual se mantuvo a lo largo de las tres determinaciones incluso, con respecto a quienes no requirieron manejo farmacológico (figura 6). A su vez, al observar las medias obtenidas en el instrumento FSFI, podemos ver que conforme fueron avanzando las consultas, se observa una mejora en la

puntuación del instrumento, siendo una mejora más evidente en las medias de quienes usaron ISRS, la cual se refleja entre la primer y segunda medición (figura 7).

Figura 6. Media de puntuación de escala HAM-D en pacientes con depresión a lo largo del tratamiento psicoterapéutico y tratamiento psicoterapéutico con uso adjunto de ISRS.

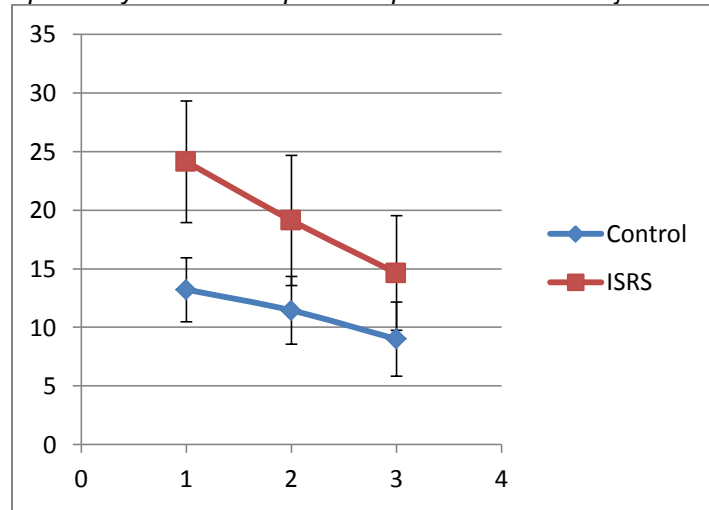
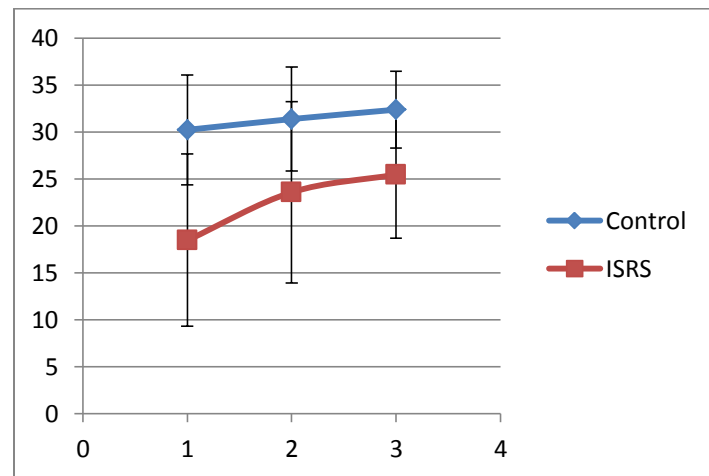


Figura 7. Media de puntuación de escala FSFI en pacientes con depresión a lo largo del tratamiento psicoterapéutico y tratamiento psicoterapéutico con uso adjunto de ISRS.



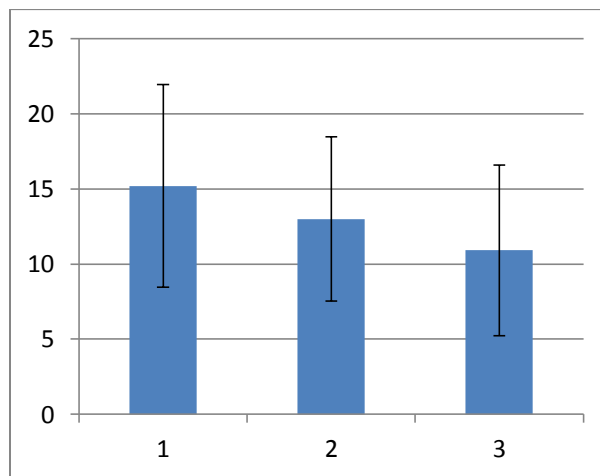
Existe diferencia significativa en pacientes con depresión en manejo con ISRS y con uso único de psicoterapia, observamos que la media de pacientes con uso de ISRS es siempre menor respecto al uso exclusivo con psicoterapia, siendo que nunca cruzan entre sí las líneas de tendencia. En el caso del instrumento FSFI, las medias muestran mejor

función sexual desde el inicio en pacientes con uso exclusivo de psicoterapia, ubicando a quienes presentan uso de ISRS por debajo, sin embargo cabe destacar que el pacientes con manejo con ISRS tuvieron una mejora importante entre la primer y segunda medición del instrumento.

ANSIEDAD.

En el caso de pacientes con el espectro **ansiedad**, los resultados de los instrumentos, utilizados, la media obtenida en la Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS), fue como sigue: en la primera medición se tuvo una media de 15.2 (con DE ± 6.7330 , rango entre 21.933 y 8.467); en la segunda medición se obtuvo una media de 13 (DE ± 5.477 , rango entre 18.477 y 7.523) y en la tercera medición una media de 10.916 (DE ± 5.686 , rango entre 16.602 y 5.23). (Figura 8)

Figura 8. Media de puntuación de escala HARS.



En cuanto a los resultados de la *Female Sexual Function Index* (FSFI) aplicados a los pacientes con ansiedad, encontramos que de nuestra muestra de 25 pacientes, en la primer medición 3 presentan una función sexual alterada (8%), en una segunda medición

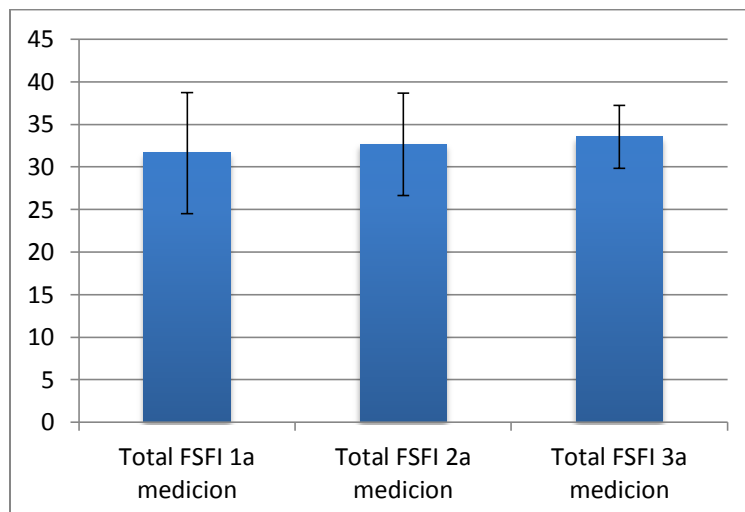
en la cuarta consulta, que es la mitad del tratamiento psicoterapéutico proyectado, se observa un decremento a 1 paciente con función sexual alterada (4%), y en una tercer medición, entre la 6ª y 8ª consulta, se tiene a 3 pacientes con función sexual alterada (cuadro 13).

Cuadro 13. Frecuencias del componente función sexual con y sin alteración según las mediciones realizadas.

		Primera medición	Segunda Medición	Tercer medición
Función Sexual SIN alteración		23	24	24
Función Sexual alterada		3	1	3

Las medias obtenidas por medición del FSFI, fueron como sigue: en la primer medición hubo una media de 31.632 (DE 7.109), en la segunda medición 32.668 (con una DE 6.033 y un valor $p= 0.024$); y la tercer medición un FSFI con media de 33.55 (DE 3.7033, $p= 0.0095$).

Figura 9. Media de puntuación de escala FSFI en pacientes con ansiedad.



Del total de pacientes, se pueden relacionar aquellas con función sexual alterada y sin alteración según la intensidad de síntomas de ansiedad, encontramos que en la primera medición, podemos clasificar según intensidad de síntomas ansiosos: 1 paciente con ansiedad “alta”, sin función sexual alterada; de 12 pacientes con síntomas de ansiedad “moderada”, 3 tienen función sexual alterada; 10 con ansiedad “leve”, y 2 con ansiedad “ausente” ambas categorías sin pacientes con función sexual alterada. (Cuadro 14).

Cuadro 14. Frecuencias del componente función sexual con y sin alteración según la intensidad de síntomas ansiosos. (1ª medición).

Intensidad de Síntomas Ansiosos (HARS) (1ª medición)

	Alta	Moderada	Leve	Ausente	Total
Función sexual alterada	0	3	0	0	2
Función sexual NO alterada	1	9	10	2	23
Total	1	12	10	2	25

En la Primer medición se encontró que sólo en la categoría ansiedad moderada, encontramos a 3 pacientes (16.6%) con función sexual alterada.

En la segunda medición, encontramos: 12 pacientes con síntomas ansiosos “moderados”, de quienes sólo 1 tiene función sexual alterada; 11 pacientes con síntomas ansiosos “leves” y ninguna con función sexual alterada; y 2 pacientes con “ausencia” de síntomas ansiosos y sin función sexual alterada. (Cuadro 15)

Cuadro 15. Frecuencias del componente función sexual con y sin alteración según la intensidad de síntomas de ansiedad. (2ª medición).

Intensidad Síntomas Ansiosos (HARS) (2ª medición)

		Alta	Moderada	Leve	Ausente	Total
Función sexual alterada	sexual	0	1	0	0	1
Función sexual NO alterada	sexual	0	11	11	2	24
Total		0	12	11	2	25

En la segunda medición se encontró sólo una paciente con función sexual alterada, y presentaba síntomas ansiosos moderados, lo cual constituye el 8.33% de los pacientes de ansiedad moderada.

En la tercer medición, tenemos según intensidad de síntomas ansiosos que: de 8 pacientes con ansiedad “moderada”, 1 paciente presenta función sexual alterada, 11 pacientes con síntomas ansiosos “leves”, de donde 1 paciente presenta función sexual alterada y 6 pacientes con ausencia de síntomas ansiosos, de las cuales 1 paciente presentaba función sexual alterada. (Cuadro 16)

Cuadro 16. Frecuencias del componente función sexual con y sin alteración según la intensidad de síntomas ansiosos (3ª medición).

Intensidad de Síntomas Ansiosos (HARS) (3ª medición)

		Ausencia	Leves	Moderada	Alta	Muy Alta	Total
Función sexual alterada	sexual	1	1	1	0	0	3
Función sexual NO alterada	sexual	7	10	5	0	0	22

alterada						
Total	8	11	6	0	0	25

Del total de pacientes con función sexual alterada en la tercera medición, se encontró presencia en pacientes que en ausencia de síntomas ansiosos, con frecuencia de 1 caso.

En algunos casos de diagnósticos con trastornos de ansiedad, se utilizó además del tratamiento psicoterapéutico, manejo farmacológico co-adyuvante. De la muestra de 25 pacientes, 9 requirieron tratamiento con ISRS, de los cuales 5 utilizaron sertralina 50mg/día, 3 paroxetina 20mg/día y una paciente con fluoxetina 20mg/día. Realizando una comparación entre las pacientes que recibieron medicamentos y quienes no recibieron, tenemos el siguiente puntaje en escala de Hamilton para ansiedad (HARS) y en la Female Sexual Function Index (FSFI) como a continuación se describe en los siguientes cuadros (cuadros 17 y 18):

Cuadro 17. Cálculo de promedios y desviación estándar en resultados de la escala de ansiedad de Hamilton y de la FSFI, aplicada en 3 momentos distintos, en pacientes con uso de medicamentos.

ISRS	Escala de Hamilton Depresión (HARS)		Female Sexual Function Index (FSFI)	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Primer medición	21.222	5.4949	28.722	9.8634
Segunda medición	17.777	3.4920	29.7555	9.1517
Tercer medición	14.444	4.0654	32.5222	5.0046

Cuadro 18. Cálculo de promedios y desviación estándar en resultados de la escala de ansiedad de Hamilton y de la FSFI, aplicada en 3 momentos distintos, en pacientes con uso únicamente de psicoterapia.(SIN medicamentos).

Sin medicamento	Escala de Hamilton Depresión (HARS)		Female Sexual Function Index (FSFI)	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Primer medición	11.8125	4.7359	33.2687	4.5870
Segunda medición	10.3125	4.4828	34.3062	2.3707
Tercer medición	8.8	5.5574	34.1666	2.6706

Como podemos observar, en el espectro ansiedad existe una diferencia en los promedios de las pacientes entre quienes requirieron manejo con ISRS y quienes requirieron únicamente manejo psicoterapéutico. Quienes necesitaron tratamiento farmacológico presentaron un puntaje en HARS mayor, lo cual se mantuvo a lo largo de las tres determinaciones incluso, con respecto a quienes no requirieron manejo farmacológico (figura 10). A su vez, al observar las medias obtenidas en el instrumento FSFI, podemos ver que conforme fueron avanzando las consultas, se observa una mejora en la puntuación del instrumento, siendo una mejora más evidente en las medias de quienes usaron ISRS, ya que en la tercer medición se presentan casi intersectantes (figura 7).

Figura 10. Media de puntuación de escala HARS en pacientes con ansiedad a lo largo del tratamiento psicoterapéutico y tratamiento psicoterapéutico con uso adjunto de ISRS.

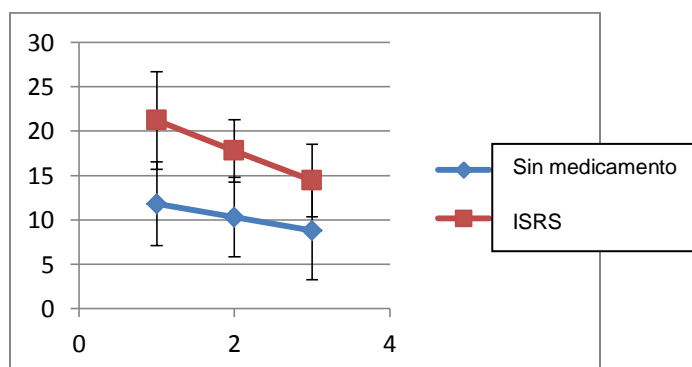
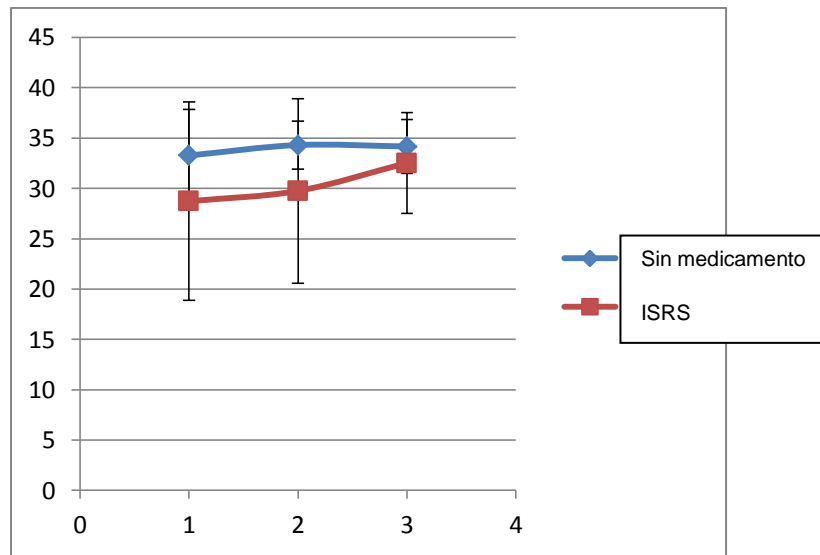


Figura 11. Media de puntuación de escala FSFI en pacientes con ansiedad a lo largo del tratamiento psicoterapéutico y tratamiento psicoterapéutico con uso adjunto de ISRS.



Existe diferencia significativa en pacientes con ansiedad en manejo con ISRS y con uso único de psicoterapia, observamos que la media de pacientes con uso de ISRS es siempre menor respecto al uso exclusivo con psicoterapia, siendo que nunca cruzan entre sí las líneas de tendencia.

En el caso del instrumento FSFI, las medias muestran mejor función sexual desde el inicio en pacientes con uso exclusivo de psicoterapia, ubicando a quienes presentan uso de ISRS por debajo, sin embargo cabe destacar que en pacientes con manejo con ISRS tuvieron una mejora importante según la puntuación del instrumento.

Discusión.

De acuerdo con los resultados del estudio, la sexualidad femenina se observa mayormente afectada en los trastornos depresivos (FSFI global 26.84, $p < 0.05$; en primer medición) que en los padecimientos de ansiedad (FSFI global 31.632, $p < 0.05$; en primer medición); y estos valores en el instrumento son muy semejantes al obtenido en otro estudio realizado en pacientes chilenas, el cual tuvo un FSFI de 26.⁽²²⁾

Abordaremos primero lo encontrado en las pacientes deprimidas. En primer lugar se realizó un análisis global de la población sin considerar medicamentos y/o status de función sexual. En este rubro podemos observar que en las pacientes con síntomas depresivos muy severos tuvieron función sexual alterada, lo cual concuerda con la literatura internacional, ya que las personas con depresión tienen prevalencia más alta en disfunción sexual respecto a la población general.⁽¹⁸⁾

En el estudio que presento, las pacientes con depresión mostraron una disminución significativa en la intensidad de los síntomas, conforme avanzaba el tratamiento psicoterapéutico, con una disminución de 5.67 puntos sobre la escala HAM-D, desde la primera medición hasta el término de la intervención terapéutica (HAM-D 16.40 en primer medición, $p = < 0.05$; 10.73 en segunda medición, $p = < 0.05$). De igual forma, observamos que en relación a la función sexual, una mejora en la puntuación en la escala FSFI en pacientes con depresión mejora, desde la primera medición (FSFI 26.84, $p = < 0.05$) hasta el final del tratamiento en la Clínica del Afecto (FSFI 30.26, $p = > 0.05$).

Tomando en cuenta lo anterior marcado en los resultados, el tratamiento psicoterapéutico mejora los síntomas depresivos, y al mejorar los síntomas depresivos hay mejoría en la función sexual, si bien, la asociación entre la función sexual y la existencia de depresión

es un tema conocido desde la clínica, su demostración epidemiológica tiene trascendencia para dar idea de la magnitud de la problemática, sin embargo no he encontrado estudios en nuestro medio con el cual comparar los resultados obtenidos en el presente.

Se incluyó en el reporte de resultados la media de cada comparación, y los valores de p, los cuales en todos los casos nos indican que las medias son significativamente diferentes entre comparaciones y menores de 0.05. Se utilizó una T de Student de doble cola (2 tail), con el fin de considerar si el efecto del tratamiento recibido fue benéfico; y obtuve como resultados una $p= 0.00014089$ para terminar con $p= 0.000000001452$, lo cual corrobora que el manejo psicoterapéutico mejoro la sintomatología depresiva, y también mejora de la función sexual.

Durante el desarrollo del estudio, hubo pacientes quienes requirieron además de la intervención psicoterapéutica, tratamiento farmacológico, por lo que se tomó en consideración como las intervenciones se comportaron con los pacientes basados en el uso de medicamentos. En este renglón fue importante valorar dicha variable, debido al efecto que causan los ISRS sobre la función sexual, ya que se ha citado frecuentemente dificultad para tener orgasmo con el uso concomitante de estos medicamentos.⁽³⁰⁾

Por lo antes mencionado, se realizó una comparación entre la muestra que recibió tratamiento farmacológico y aquellos que no lo recibieron, y encontramos las siguientes diferencias a notar: que las pacientes con depresión y manejo sólo psicoterapéutico tuvieron una media en HAM-D de 13.22, y al término del tratamiento mejoro para puntuar en HAM-D de 9, la función sexual mejoró en el FSFI de 30.23 a FSFI 32.38 al egreso de la Clínica; y en aquellos pacientes con manejo concomitante con ISRS, se tuvo una mejora más evidente de síntomas afectivos de HAM-D de 24.125 a un HAM-D de 14.625,

es decir diferencia de 10.5 puntos en el instrumento, y en el FSFI de principio 18.475 para finalizar con un FSFI de 25.475, es decir una diferencia de 7 puntos.

Con los anteriores resultados, podemos citar que, comparada la experiencia de las usuarias medidas en los instrumentos, se observó una mejoría en la función sexual más evidente en aquellos pacientes deprimidos que recibieron manejo con ISRS que aquellos que recibieron psicoterapia exclusivamente, sin embargo aún con presencia de función sexual alterada al término de la intervención terapéutica para el problema afectivo. En un estudio realizado en mujeres colombianas en 2012, se buscó la prevalencia de deseo sexual hipoactivo y factores asociados, encontrando que las mujeres con uso de antidepresivos presentaba, un riesgo de 5 veces más (OR=5, IC 95%; 3 – 8.3) de presentar deseo sexual hipoactivo, riesgo comparable con falta de cercanía emocional con la pareja (OR=5, IC 95%; 3 – 8.3).⁽³¹⁾

Con lo anterior cabe mencionar que, en el caso de pacientes quienes tienen función sexual alterada, a pesar del manejo del problema depresivo, se requiere una intervención específica para la función sexual alterada.

En un tercer análisis sobre la función sexual en pacientes deprimidas, se comparó las medias de los instrumentos en aquellas quienes resultaron con función sexual alterada y no alterada, y cómo fue su evolución a lo largo del tratamiento en la Clínica del Afecto. El resultado fue como sigue:

En la escala HAM-D encontramos una media en pacientes con función sexual no alterada de 14.42 que disminuye en intensidad de síntomas depresivos a 9.63, con un FSFI de inicio de 32.48 que mejora a 34.025. En las pacientes con función sexual alterada, presentaron en principio una media de HAM-D de 22.42 y mejora a 13.71, con una función

sexual de inicio en FSFI 17.24 a mejorar en FSFI 24.24; en todos los casos con una validez significativa ($p < 0.05$).

Según lo anterior, de forma cualitativa, el tratamiento otorgado a las pacientes deprimidas sin alteración en la función sexual, mantuvieron esa cualidad de no alteración en la función sexual. Aquellas quienes iniciaron con función sexual alterada, al término de la intervención en la clínica del Afecto obtuvieron un incremento en la media en el instrumento FSFI, sin embargo mantiene la calidad de función sexual alterada; con esto podemos concluir que el manejo brindado en la Clínica del Afecto disminuyó la intensidad de síntomas depresivos, y mejoró también la función sexual alterada, pero a pesar de la mejora, requieren un manejo específico en la función sexual. Lo anterior refuerza que abordar la morbilidad sexual podría mejorar la salud psicológica. ⁽³²⁾

En cuanto a los resultados de ansiedad, encontramos una disminución en intensidad de elementos ansiosos, presentando una disminución de 4.283 puntos en la escala HARS, es decir de una medición inicial de HARS 15.2 ($p=0.038$) a un HARS 10.91 ($p=0.000987$); y en cuanto a la función sexual encontramos una medición inicial en FSFI 31.632 ($p=0.24$) a finalizar con un FSFI 33.55 ($p=0.095$).

Lo anterior nos indica que, posterior al tratamiento otorgado en la Clínica del afecto, la sintomatología ansiosa disminuye significativamente, sin embargo la función sexual no presenta mayor cambio, en parte porque la media del instrumento en estas pacientes no se encontraba como función sexual alterada.

Al realizar la medición de los síntomas ansiosos en pacientes quienes recibieron manejo psicoterapéutico y quienes adicionalmente recibieron tratamiento farmacológico antidepresivo, encontramos lo siguiente:

Las pacientes con ansiedad y manejadas con psicoterapia exclusiva presentaron al inicio una puntuación en el HARS 11.8125 ($p=0.019$) contra un HARS al término de tratamiento de HARS 8.8 ($p=0.007$), una función sexual inicial de FSFI 33.26875 ($p<0.05$) y de última medición de FSFI 34.166 ($p=0.0497$).

En aquellas que recibieron tratamiento farmacológico, encontramos a la intensidad de síntomas ansiosos con una medición inicial de HARS 21.22 y un HARS final de 14.44; en cuanto a la función sexual, un FSFI 28.722 y final de FSFI 32.522.

Con lo antes mencionado, se observa una mejoría en síntomas ansiosos con el tratamiento psicoterapéutico, tanto en disminución de intensidad de elementos ansiosos, así como en la experiencia sexual de estas pacientes durante el tratamiento.

En función de nuestros objetivos planteados al inicio del presente estudio, sobre si la función sexual mejora o empeora, en ansiedad, si se considera a la población general, parece haber un efecto positivo pequeño sobre como los paciente respondieron a la terapia, excepto en el dominio dolor del FSFI. Este incremento es más sustancial en pacientes que presentan una mayor intensidad de elementos ansiosos y fueron tratadas con los medicamentos.

Si preguntamos entonces, si la función sexual mejora o empeora, según la variación en depresión y ansiedad a lo largo de las mediciones realizadas, podríamos señalar que tanto en depresión como ansiedad, parece mejorar la función sexual en general, pero el efecto es más claro en depresión. Si nos cuestionamos sobre si la función sexual mejoro, podríamos señalar que sí, ya que se observa mejora en todos los dominios de la FSFI.

Una posible explicación de que las mujeres mejoran en la función sexual después del tratamiento psicoterapéutico, aun cuando sea tratamiento específico para ansiedad o

depresión, es que las mujeres requieren un cierto tiempo para practicar adecuadamente y automatizar las estrategias aprendidas durante el tratamiento, y que estas estrategias comiencen a tener efecto en sus vidas.

Conclusiones.

Encontramos datos significativamente estadísticos que asocian un mal resultado en la función sexual en relación con incremento en la intensidad de síntomas depresivos, con presencia de función sexual alterada en pacientes con depresión muy severa y sin recibir atención psicoterapéutica ni farmacológica.

La frecuencia de función sexual alterada disminuye conforme avanza el número de sesiones de tratamiento psicoterapéutico tanto en pacientes con ansiedad como con depresión, siendo en este último diagnóstico donde encontramos una asociación más franca.

El tratamiento psicoterapéutico que se brinda a pacientes, tanto con ansiedad y con depresión, favorece la disminución de la sintomatología, lo cual se observa a lo largo de las tres mediciones realizadas a la población de la clínica del afecto, siendo más notoria la mejora en las pacientes con ansiedad respecto a quienes portan depresión.

En cuanto a la función sexual, en las pacientes con ansiedad, el efecto percibido conforme recibían tratamiento psicoterapéutico en la Clínica del Afecto, parece haber un efecto positivo pequeño sobre como los paciente respondieron a la terapia, excepto en el dominio dolor. Este incremento en la función sexual medida con el instrumento es más sustancial en pacientes que presentaron una intensidad de síntomas ansiosos mayor y fueron tratadas con los medicamentos.

En cuanto a la función sexual en pacientes con depresión, las diferencias parecen ser más pronunciadas. Pero el efecto positivo de la psicoterapia es mayor en las personas tratadas con medicamentos.

La función sexual tanto en depresión como ansiedad parece mejorar, pero el efecto es más claro en depresión.

La intervención psicoterapéutica ayudo a disminuir la intensidad de los síntomas de ansiedad y depresión, siendo más claro en pacientes con depresión, sin embargo, en ansiedad de acuerdo con el HARS, al parecer hay una reducción en el puntaje, pero en los demás parámetros de la función sexual, no hay grandes diferencias.

La función sexual también mejoró conforme avanzaba el tratamiento psicoterapéutico, en pacientes con depresión al parecer si hay una mejora de la función sexual evidente. Sin embargo, por los resultados obtenidos, se sugiere que hay necesidad de tratamiento específico para la función sexual alterada, adicional al tratamiento psicoterapéutico para depresión.

En ansiedad, responder si el tratamiento psicoterapéutico para síntomas ansiosos mejora la función sexual no es concluyente, ya que no se puede calcular dado el bajo número de pacientes en la muestra que reportamos, por lo que se podría realizar un estudio con mayor número de participantes.

REFERENCIAS

1. Souza y Machorro M, Cruz-Moreno DL. Salud Mental y atención psiquiátrica en México. Rev. Fac. Medicina UNAM (2010); 53 (6) : 17 – 23
2. IMSS (Editor) Informe al Ejecutivo Federal y COngreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2011 – 2012. 1ª edición. Pags. 27 - 35
3. IMSS (Editor). Manual de Operación de la Clínica del Afecto, UMAEC Hospital de Psiquiatría “Unidad Morelos”.
4. Potts M, Short R. Adam and Eve: the evolution of the human sexuality. Cambridge: University Press; 2001
5. Bhasin S, Basson R. Sexual dysfunction in men and women. In: Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, editors. Williams Textbook of Endocrinology. 11th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2008: chap 19
6. Rubio-Aurioles, E. Introducción al estudio de la sexualidad humana. En: CONAPO (Editor). Antología de la Sexualidad Humana. México: Masson; 1994. Vol. 1
7. Actualizaciones en sexología clínica. Itziar Alonso-Arbiol (editora)- Bilbao; Servicio Editorial. Universidad del País Vasco, 2005-172p; (Educación y Psicología).
8. Masters EH, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Little, Brown; 1966.
9. Basson R, Berman J, Burnett A, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. J. Urol. 2000; 183:888-93.
10. Esguerra I. Sexualidad después de los 60 años. Av.enferm. (2007); 25(2): 124-140
11. Krammerer-Doak D, Rogers R. Female Sexual Function and Dysfunction. Obstet Gynecol Clin A Am, (2008); 35: 169-183
12. Secretaria de Salud (Editor). Guía de Práctica Clínica de la Depresión en el Adulto Mayor en el primer nivel de atención. México (2010).
13. Bello M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México Salud Pública Méx(2005); Vol. 47(sup 1):4-11
14. Secretaria de Salud (Editor). Guía de práctica Clínica para diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. México (2010).
15. Medina-Mora ME, *etal*. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental (2003); 26 (4): 1-16

16. Lykins A, Janssen E, Graham C. The relationship between negative mood and sexuality in heterosexual college women and men. *J. Sex Res* (2006); 43 (2):136-143
17. Rubio, E., Díaz, J., & CONAPO. (1994). Las disfunciones sexuales. *Antología de la sexualidad humana*, 3, 203-46.
18. González, G., Sánchez, C., Morales, F., Díaz, R., & Valdez, A. (1999). Niveles de ansiedad y depresión en mujeres con y sin disfunción sexual. Estudio comparativo. *RevMexPsicol*, 16, 17-23.
19. Clayton AH, Hamilton DV. Female sexual dysfunction. *PsychiatrClin North Am.* 2010 Jun;33(2):323-38.
20. Berman JR, Goldstein I. Disfunción sexual de la mujer. *Clínicas Urológicas de Norteamérica.* 2001; (2): 431-444.
21. Rosen R, Brown C, Heiman J, *etal.* The Female Sexual Function Index (FSFI) A multidimensional Self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex & Marital Ther* 2000; 26:191 – 208
22. Blümel JE, Binfá L, Cataldo P, *etal.* *Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad en la mujer.* *Rev. ChilObstetGinecol* 2004; 69 (2): 118 – 125
23. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function Index (FSFI): cross – validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther* 2005; 31 (1): 1-20
24. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (Texto revisado). Trastornos sexuales y de la identidad sexual. Ed. Elsevier-Masson; 2002.p.599-633.
25. Hamilton, M. *The assessment of anxiety states by rating.* *Brit J Med Psychol* 1959; 32: 50-5
26. Hamilton MC. Diagnosis and rating of anxiety. *Br j Psychiatry.* 1969; 3: 76 – 79
27. Lobo A, Camorro L, Luque A, *etal.* *Validación de las versiones en español de la Montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad.* *Medicina clínica* 2002; 118(13): 493 – 499
28. Hedlund, JL, Vieweg, BW. The Hamilton Rating Scale for Depression. *Journal of Operational Psychiatry.* (1979); 10 (2): 149-165.
29. Ramos-Brieva, JC. Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-EspNeurolPsiquiatr* (1986); 14: 324-334.

30. Bobes A, Luque A, *et al.* Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *MedClin* (2003); 120(18): 693-700.
31. Kuffel SW, Heiman JR. Effects of depressive symptoms and experimentally adopted schemas on sexual arousal and effect in sexually healthy women. *Arch sex behavior* 2006; 35 (2): 163 – 177.
32. Raigosa-Lodoño G, Echeverri-Ramírez MC. Prevalencia del desorden de deseo sexual hipoactivo en mujeres colombianas y factores asociados. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2012; 63 (2): 127 – 133.
33. Levin AO, Carpenter KM, Fowler JM, *etal.* Sexual morbidity associated with poorer psychological adjustment among gynecological cancer survivors. *Int J Gynecol Cancer* 2010; 20 (3): 461 – 470.

ANEXOS

Anexo 1.

INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy alta confianza
- Alta confianza
- Moderada confianza
- Baja confianza
- Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)

- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre la mantengo
- La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil

- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

PUNTAJE DEL INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

<i>Dominio</i>	<i>Preguntas</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Factor</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Deseo	1 - 2	1 - 5	0,6	1,2	6
Excitación	3 - 6	0 - 5	0,3	0	6
Lubricación	7 - 10	0 - 5	0,3	0	6
Orgasmo	11 - 13	0 - 5	0,4	0	6
Satisfacción	14 - 16	0 - 5	0,4	0,8	6
Dolor	17 - 19	0 - 5	0,4	0	6
			Rango Total	2	36

Anexo 2

Escala de Ansiedad de Hamilton

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia.

Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía.

Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave / Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)	0	1	2	3	4

Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.					
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.					
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmo (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.					
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)					
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Anexo 3

Hamilton Depression Rating Scale

<p>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente - Estas sensaciones las relata espontáneamente - Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) - Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>Sentimientos de culpa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente - Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones - Siente que la enfermedad actual es un castigo - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>Suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Le parece que la vida no vale la pena ser vivida - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse - Ideas de suicidio o amenazas - Intentos de suicidio (cualquier intento serio) 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>Insomnio precoz</p> <ul style="list-style-type: none"> - No tiene dificultad - Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño - Dificultad para dormir cada noche 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<p>Insomnio intermedio</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche - Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar) 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<p>Insomnio tardío</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<p>Trabajo y actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacila) - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>

Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora) - Palabra y pensamiento normales - Ligeramente retrasado en el habla - Evidente retraso en el habla - Dificultad para expresarse - Incapacidad para expresarse	0 1 2 3 4
Agitación psicomotora - Ninguna - Juega con sus dedos - Juega con sus manos, cabello, etc. - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	0 1 2 3 4
Ansiedad psíquica - No hay dificultad - Tensión subjetiva e irritabilidad - Preocupación por pequeñas cosas - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla - Expresa sus temores sin que le pregunten	0 1 2 3 4
Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración) - Ausente - Ligera - Moderada - Severa - Incapacitante	0 1 2 3 4
Síntomas somáticos gastrointestinales - Ninguno - Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. - Sensación de pesadez en el abdomen - Dificultad en comer si no se le insiste. - Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	0 1 2 3 4
Síntomas somáticos generales - Ninguno - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. - Pérdida de energía y fatigabilidad. (Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2)	0 1 2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales) - Ausente - Débil - Grave	0 1 2
Hipocondría - Ausente - Preocupado de si mismo (corporalmente) - Preocupado por su salud	0 1 2

- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
Pérdida de peso	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
	3
Introspección (insight)	
- Se da cuenta que esta deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
	2
- No se da cuenta que está enfermo	3

Anexo 4



SEGURIDAD Y
SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
UMAE HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA “UNIDAD MORELOS”
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D.F. a del mes..... del 20....

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **Función sexual en mujeres que acuden a la consulta del servicio de Clínica del Afecto de la UMCAE Hospital de Psiquiatría “Unidad Morelos”, IMSS y su relación con trastornos de ansiedad y depresión.**

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número: El objetivo del estudio es: conocer la función sexual de pacientes con antecedentes ¿???, Diagnóstico? de ansiedad y depresión.

Se me ha explicado que mi participación es **anónima** y consistirá en responder, de manera escrita, dos escalas: una donde determina el grado de ansiedad y/o depresión de mi padecimiento; y una segunda donde se determine mi función sexual.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no existen riesgos, inconvenientes ni molestias derivados de mi participación en el estudio, y que los beneficios esperados consistirán en generar estrategias de apoyo para mejorar mi adherencia al tratamiento, y evitar complicaciones.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi evaluación, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Podré retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia dentro del mismo.

Nombre y firma del paciente

Dr. Miguel Palomar Baena (Investigador responsable)

Testigo. Nombre y firma

Testigo. nombre y firma

Los siguientes números telefónicos y correo electrónico para dudas y aclaraciones que ponemos a su disposición son:
teléfono: 55774419 ext. 118; correo electrónico: miguel.palomar@imss.gob.mx