



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

**Instituto Nacional de Psiquiatría
“Ramón de la Fuente Muñiz”**

Diferencias en la efectividad entre la Terapia de Aceptación
y Compromiso y la Terapia Cognitivo Conductual para el
tratamiento de las disfunciones sexuales en pacientes del
INPRFM.

Proyecto de tesis para obtener el diploma de Especialista en
Psiquiatría presenta:

Dra. Ingrid Romero Sánchez

Dra. Beatriz Cerda de la O.
Asesora Clínica

Dra. Ana Lilia Cerda Molina
Asesora Metodológica.

Ciudad de México, mayo 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

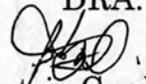
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Instituto Nacional de Psiquiatría
“Ramón de la Fuente Muñiz”

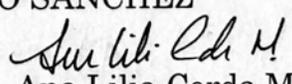
Facultad de Medicina

*Diferencias en la efectividad entre la Terapia de
Aceptación y Compromiso y la Terapia Cognitivo
Conductual para el tratamiento de las disfunciones
sexuales en pacientes del INPRFM.*

Proyecto de tesis para obtener el diploma de Especialista en
Psiquiatría presenta:

DRA. INGRID ROMERO SÁNCHEZ


Dra. Beatriz Cerda de la O.
Asesora Clínica


Dra. Ana Lilia Cerda Molina
Asesora Metodológica.

001500

Ciudad de México, julio 2018.

 INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ	
09 JUL 2018	
DIRECCION DE ENSEÑANZA	
NOMBRE	<i>Ansela</i>
HORA	<i>11:50</i>

GRUPO ASESOR

Dra. Beatriz Cerda de la O.
Asesora Clínica

Dra. Ana Lilia Cerda Molina
Asesora Metodológica

COLABORADORES

Terapeutas de grupo ACT

Psic. Margarita de la Cruz López
Dra. Beatriz Cerda de la O.

Terapeutas de grupo TCC

Mtro. Edgar Miranda Terrés
Dra. Beatriz Cerda de la O.

AGRADECIMIENTOS

Para Juanita, Laura, Edith y Álvaro. “Si he logrado ver más lejos, ha sido porque he subido a hombros de gigantes”.

A mis compañeros y amigos, quienes compartieron su conocimiento conmigo sin esperar nada a cambio.

Por la culminación de mi tesis agradezco a mis tutoras por haberme apoyado en mis inquietudes y haberme guiado durante todo el desarrollo de este proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

TÍTULO	6
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	6
MARCO TEÓRICO.....	7
a) Introducción.....	7
b) Definiciones.....	8
c) Etapas de la respuesta sexual	10
d) Mecanismos generales etiológicos	12
1.- Efectos directos	13
2.- Efectos indirectos en una condición médica o psiquiátrica	13
2.1 Trastorno depresivo mayor.....	13
a) Definición	13
b.- Criterios Diagnósticos	15
2.2 Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	17
a) Definición:	17
b) Criterios Diagnósticos:.....	18
2.3 Disfunciones Sexuales	19
a) Introducción	19
b) Deseo sexual hipoactivo	20
c) Trastorno eréctil.....	21
d) Eyaculación precoz.....	22
Intervenciones Psicoterapéuticas.....	23
a) Introducción.....	23
b) Terapia de aceptación y compromiso.....	23
c) Terapia Cognitivo conductual.....	26
Medicación y Disfunción sexual	26
a) Antidepresivos:.....	27
b) Ansiolíticos	28
JUSTIFICACIÓN	28
OBJETIVO GENERAL.....	30
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
HIPÓTESIS.....	30
MATERIAL Y MÉTODO	31
Criterios de inclusión	31
Criterios de Exclusión.....	33

PROCEDIMIENTO	34
Variables	35
Diagrama de flujo que resume el procedimiento.....	38
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	39
RESULTADOS.....	39
Caracterización sociodemográfica.....	39
Sintomatología ansiosa y depresiva	42
Asertividad sexual	44
Satisfacción sexual.....	45
Función sexual femenina.....	46
Función sexual masculina	48
DISCUSIÓN	49
CONCLUSIONES	51
INSTRUMENTOS	52
a) Índice de función sexual femenina (Rosen R, 2000) (CM, 2003).....	52
b) Índice internacional de disfunción eréctil (Rosen RC, 1997)	52
c) Escala de asertividad sexual Honold (Honold Espinosa, 2009)	54
CONSIDERACIONES ETICAS	58
Principios éticos:	58
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	60
CUESTIONARIOS	62
Cuestionario de Índice de función sexual femenina	62
Cuestionario índice internacional de disfunción eréctil (IIEF-5).....	66
Cuestionario Escala de asertividad sexual Honold.....	70
Cuestionario de escala de satisfacción sexual.....	75
Escala Hamilton de depresión.....	80
Escala Hamilton de ansiedad	85
BIBLIOGRAFIA	86

TÍTULO

Diferencias en la efectividad entre la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de las disfunciones sexuales en pacientes del INPRFM.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Para tratar los síntomas de las disfunciones sexuales tanto en hombres como en mujeres mayores de edad y menores de 60 años con Trastornos psiquiátricos ya sea Depresión, Ansiedad o ambas en tratamiento farmacológico.

¿Cuál es la diferencia en la efectividad entre la Terapia de aceptación y compromiso y la Terapia cognitivo conductual?

¿Existen diferencias en los síntomas del trastorno psiquiátrico principal posterior a estas intervenciones psicoterapéuticas?

MARCO TEÓRICO

a) Introducción

La sexualidad es parte fundamental de lo que nos hace humanos, siendo una fuente de placer y de aceptación para algunos, pero para otros, representa una fuente de problemas y conflictos, esto puede tener como fundamento el hecho de que casi todos los seres humanos viven y actúan sin un conocimiento real de su sexualidad y la de los demás, lo que conlleva a una disfunción en la vida individual y social. (Álvarez-Gayou, 2011)

El interés por comprender el fenómeno sexual no es nuevo. Las aproximaciones que la especie humana ha hecho a lo largo de la historia y en distintas culturas a los fenómenos reproductivos, a los fenómenos relacionados a la identidad de género, a la reproductividad y al fenómeno erótico, han sido motivo de todo tipo de reflexiones filosóficas, políticas y artísticas. (Montis, 2008)

Mucha resistencia ha existido en torno al conocimiento de la sexualidad y es parte de la “normalidad” de ciertas religiones y culturas. La religión puede proporcionar un código de conducta moral o una brújula sexual a las normas y comportamientos sexuales, así como dictar, en parte, los tratamientos conductuales y médicos que buscaran las personas para las quejas sexuales. (Kellogg Spadt et al., 2014)

Siendo la sexualidad una parte integral e importante de la vida de las personas tanto en la población general como en pacientes psiquiátricos, no había tenido un abordaje científico a pesar de que añade calidad de vida a cualquier edad. (Balon MD, 2009).

Después de siglos, surge la sexualidad no sólo como una expresión artística, sino como rama científica (Álvarez-Gayou, 2011), la Sexología (o la medicina sexual) no es neutral, más bien, como se entiende desde el pospositivismo científico, responde a un conocimiento construido a lo largo de distintas épocas en la historia y se inserta en un sistema de ideas, creencias, conocimientos previos, ideologías y realidades político-económicas. (Montis, 2008)

La sexología siendo multidisciplinaria por excelencia, tiene como finalidad el estudio, atención y solución de la problemática sexual del ser humano, la cual está orientada a propiciar el desarrollo más armónico y equilibrado de las diversas intervenciones del individuo como ente social. (Álvarez-Gayou, 2011)

Para poder ahondar más en el tema de la sexualidad y sus disfunciones es importante tener claros ciertos conceptos, entre ellos la sexualidad.

b) Definiciones

Para la OMS la sexualidad es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. (OMS, 2016)

La sexualidad es un concepto complejo, una dimensión más amplia que la concepción simplista del sexo como biología y coito únicamente; e incluye los aspectos biológicos (sexo), psicológicos (identidad de género) y sociales (sexo de asignación, rol de género) de un individuo. (Álvarez-Gayou, 2011)

Sexo: Conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos. (Montis, 2008).

Es la serie de características físicas determinadas por vía genética, las cuales colocan a los sujetos de una especie en algún punto del continuo que tiene como extremo a los individuos reproductivamente complementarios. El sexo está constituido por siete elementos o dimensiones: (Álvarez-Gayou, 2011)

1.-Cromosómico: Determinada por el cromosoma X o Y que tenga el espermatozoide que fecunda al óvulo.

2.- Gonadal: Dicha formula genética induce la diferenciación de las gónadas, los testículos y los ovarios.

3.- Génico: Enzimas que deben producirse para que se diferencien de manera adecuada los órganos sexuales pélvicos internos y los externos.

4.-Hormonal: La diferenciación de las gónadas, los testículos y los ovarios, que son los órganos que producen las hormonas sexuales. La 5-a-reductasa, que convierte la testosterona en dihidrotestosterona, indispensable para la diferenciación masculina de los órganos sexuales pélvicos externos.

5.- Órganos sexuales pélvicos internos: Mujer (Vagina, utero, trompas de falopio y ovarios) Hombre (Conducto deferente, vesículas seminales, conductos eyaculadores, próstata) Es importante señalar que el camino “natural” de la diferenciación sexual embrionaria es femenino, por lo que requiere siempre inductores y/o enzimas para la diferenciación masculina.

6.- Órganos sexuales pélvicos externos: Mujer (clítoris, glándulas de Bartholin, himen, meato urinario, introito vaginal) Hombre (testículos, pene)

7.- Sexo cerebral.

Sexo de asignación: Sexo que se le da al individuo cuando nace, por lo general, en función del aspecto de sus órganos sexuales externos.

Género: Categoría social con introyectos psicológicos. Se refiere a un status logrado, que es una función de la socialización y que tiene componentes sociales, culturales y psicológicos. Como resultado de experiencias directas e indirectas, aprendizajes formales e informales, se crean imágenes, concepciones, percepciones de la masculinidad y la feminidad. (Álvarez-Gayou, 2011)

Identidad de género: El grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y comportarse socialmente en relación con la percepción de su propio sexo y género. (Montis, 2008)

Se refiere a la medida en que una persona se experimenta como de uno o de otro género. (Steensma, Kreukels, de Vries, & Cohen-Kettenis, 2013)

El término identidad proviene del nombre latino "identitas", que significa lo mismo. El término, refiriéndose a la imagen mental de una persona de él o ella y de otros de una forma particular. Cada individuo puede tener una serie de identidades, como una identidad étnica, una identidad religiosa o una identidad nacional (Kroger, 2007).

Identificación psicológica que va desarrollando el niño con uno u otro sexo, el sentir psicológico íntimo de ser hombre o mujer, está determinada alrededor de los 12 meses de edad. (Álvarez-Gayou, 2011)

Rol de género: Comportamientos, actitudes y rasgos de personalidad que en período histórico, por lo general se asignan a, se espera de, o se prefiere de personas de un género en específico. (Steensma et al., 2013)

Comportamiento que los individuos adoptan por los requerimientos sociales en función de su sexo; incluyen la forma de vestir, corte de pelo y expresiones, entre otros. Dicho rol varía de sociedad a sociedad y también puede cambiar en una misma sociedad, con el paso del tiempo. Es social y muchas veces introyectado, al

grado que puede incluso creerse de manera errónea que es inherente a cada sexo y, muchas veces se estereotipa. (Álvarez-Gayou, 2011)

Erotismo: Es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual, y orgasmo, y, que por lo general se identifican con placer sexual. (Montis, 2008)

La sexualidad humana es un ejemplo excelente entre la asociación fundamental e inexplicable entre la psique y el soma, reflejando el balance entre el bienestar y la enfermedad, función o disfunción, pensamiento y comportamiento, soledad y relaciones personales, desesperación o felicidad. La sexualidad de los pacientes permea inevitablemente, cualquier tipo de trastorno psiquiátrico de alguna manera, ya será como una causa o consecuencia de estrés. (Balon MD, 2009)

La principal barrera para buscar atención es la detección y diagnóstico de este desorden, sin embargo, la naturaleza privada y personal de la actividad sexual puede llevar a sentimientos de vergüenza, creando importantes retos para una adecuada comunicación acerca de la salud sexual, tanto para el paciente como para el clínico

c) Etapas de la respuesta sexual

El primero en describir un modelo sobre las fases de la respuesta sexual fue Kinsey en los años 50. Kinsey fue un biólogo estadounidense, profesor de entomología y zoología, y sexólogo que en 1947 fundó el Instituto Kinsey de Investigación en Sexo, Género y Reproducción. La investigación de Kinsey sobre la sexualidad humana, fundamental en el campo de la sexología, tiene influencia social y valores culturales internacionalmente, entre sus estudios describió las prácticas sexuales de las mujeres en Estados Unidos. (Quilliam, 2015) la cual culminó en 1966 con la publicación de su libro La Respuesta Sexual Humana. (Montis, 2008)

Posteriormente William Masters y Virginia Johnson investigadores pioneros sobre la naturaleza de la respuesta sexual humana, el diagnóstico y tratamiento de trastornos sexuales y disfunciones desde 1957 hasta la década de 1990 en los Estados Unidos. Describieron las 4 fases psicológicas de la respuesta sexual femenina, como un modelo lineal que progresaba de una fase a otra incluyendo: excitación, meseta, orgasmo y resolución, modelo que perduro a lo largo del tiempo. (Quilliam, 2015)

Posteriormente Kaplan en los años 70 realizó modificaciones al modelo, propuso una formulación alternativa de la respuesta sexual en ambos miembros de la pareja: bifásica o bidimensional, según la cual, la respuesta sexual no consiste en una entidad única, sino más bien en dos componentes distintos y hasta cierto punto independientes: una reacción genital vasocongestiva que produce erección peniana en el varón y lubricación-turgencia vaginales en la mujer, por una parte, y contracciones musculares clónicas reflejas que constituyen el orgasmo en ambos sexos, por la otra. (Montis, 2008). Describiendo 3 fases: deseo, excitación y orgasmo, considerando al orgasmo como un elemento esencial para el desarrollo de una sexualidad satisfactoria. (Balon, 2009)

John Bancroft describe la respuesta sexual humana como un conjunto de eventos no secuenciales, que es posible separar y, tomando en cuenta tanto las aportaciones de Masters y Johnson como las de Kaplan, propone que los elementos de tal respuesta son: Deseo, excitación central (sistema nervioso central), excitación genital, excitación extragenital (todos los cambios que ocurren en el resto del cuerpo), preorgasmo (cambios físicos y sensaciones que ocurren antes del clímax), orgasmo y el posorgasmo (etapa de resolución, según Masters y Johnson) (Montis, 2008)

Basson introdujo el modelo cíclico, el cual se caracteriza por fases las cuales no llevan un orden específico y en las cuales el orgasmo no es indispensable, dando mayor peso a la intimidad así como la satisfacción emocional. (Balon, 2009). Aunque actualmente el modelo cíclico tiene mayor peso, el Manual de diagnóstico estadístico se basa en el modelo lineal, en el cual el orgasmo es necesario.

A pesar del mayor entendimiento de la respuesta sexual, frecuentemente en la práctica clínica vemos problemas serios de sexualidad. (Graham, Gouick, Krahe, & Gillanders, 2016)

El tema de las disfunciones sexuales, sus características y abordajes han variado a través del tiempo. Existen numerosas condiciones que pueden impactar en la función sexual entre ellas las creencias, la cultura, las experiencias sexuales tempranas, la relación de pareja, enfermedades y diversos estresores. (Graham et al., 2016)

Es difícil estudiar un fenómeno tan complejo como es la sexualidad humana, ya que este comportamiento ha variado en el tiempo y en los diferentes grupos humanos.

A esta diversidad debemos agregar además, las variaciones individuales de la sexualidad. La sexualidad, conceptualmente compromete no solo procesos psicológicos sino también orgánicos. (Graham et al., 2016)

d) Mecanismos generales etiológicos

Para Montis se consideran cuatro tipos principales de causas: biológicas, psicológicas, sociales y educativas y de los problemas en las relaciones de pareja. Esta división sólo tiene propósitos didácticos y aclaratorios, ya que la experiencia clínica muestra en forma frecuente e incontrovertible que rara vez pueden separarse unos factores de otros, y que los casos clínicos son consecuencia de la interacción de varios de ellos.

Los factores causales biológicos, a su vez, son de tres tipos: naturales, patológicos y iatrogénicos, incluyendo en esta última categoría a las causas quirúrgicas y las farmacológicas. (Montis, 2008)

Las biológicas se refieren a los factores anatómicos y fisiológicos que pueden alterar la función sexual. Dentro de éstas, las que se refieren a modificaciones anatomofisiológicas, producto del desarrollo del individuo, contribuyen las causas naturales. Cuando se trate del efecto que diversas enfermedades y padecimientos tienen sobre la respuesta sexual nos referimos a causas patológicas. Por último, las iatrogénicas son las provocadas por los tratamientos terapéuticos, en forma directa o como efecto colateral. Éstas se dividen en farmacológicas y quirúrgicas, según sea el tipo de acción terapéutica que origine la disfunción.

En el segundo grupo se consideran los mecanismos psíquicos que directa o indirectamente se convierten en causas de una disfunción sexual. En este grupo se incluyen el carácter, personalidad, mecanismos de defensa y ansiedad, en las que las condiciones y situaciones frustrantes o amenazadoras para el individuo provocan un conflicto que puede afectar su respuesta sexual; también se analizan los efectos que sobre la sexualidad pueden tener los padecimientos psiquiátricos.

Las causas sociales y educativas de las disfunciones sexuales se refieren a las condiciones específicas de un grupo social, que en forma directa o indirecta, pueden afectar la respuesta sexual de las personas. Pueden ser, entre otras, los mitos y tabúes prevalecientes, así como factores referentes a la educación. (Montis, 2008)

Para Balon la enfermedad o los tratamientos pueden contribuir a problemas sexuales por 4 diferentes mecanismos:

1. Efectos directos en la anatomía vascular, neural, hormonal o anatómica, u otro daño en cualquier área funcional conectada a la respuesta sexual

2. Efectos indirectos en una condición médica o psiquiátrica, tales como cambios en la percepción o juicio, volatilidad en el estado de ánimo o comportamiento, alteraciones sensoriales o motoras, incontinencia urinaria o fecal, espasticidad, temblor, fatiga, ansiedad, depresión, dolor crónico, etc.
3. Efectos iatrogénicos del tratamiento (radiación, cirugía o medicación)
4. Efectos contextuales (asociado a problemas biopsicosociales, componentes situacionales complejos) (Balon, 2009)

1.- Efectos directos

La investigación epidemiológica ha mostrado el importante rol de los factores de riesgo biológicos, incluyendo la edad, la presencia de enfermedad cardiovascular, Diabetes Mellitus, infecciones del tracto urinario, problemas de salud crónicos, y de salud en general en el desarrollo de disfunciones sexuales en hombres y mujeres. Estos factores de riesgo han sido ampliamente investigados en hombres, especialmente la disfunción eréctil, pero existe poca investigación publicada en mujeres. (McCabe et al., 2016)

La división planteada sólo tiene el propósito de lograr una sistematización didáctica y clínica, puesto que muchas veces habrá traslapo entre unas y otras categorías. (Montis, 2008)

2.- Efectos indirectos en una condición médica o psiquiátrica

2.1 Trastorno depresivo mayor

a) Definición

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es una enfermedad crónica que causa una morbilidad significativa en todo el mundo; con una prevalencia a lo largo de la vida de 15% de la población en países industrializados. Esta afección tiene efectos de gran alcance no sólo para la salud mental de un individuo, sino que también sirve como un factor de riesgo para peores resultados relacionados con comorbilidades médicas, uso indebido de sustancias y mal funcionamiento psicosocial. El interés y el placer disminuidos en las actividades que es un síntoma principal de la depresión se aplica a menudo a la función sexual. De hecho, los pacientes con depresión tienen una mayor incidencia de disfunción sexual (SD) que la población general. (Clayton, 2014)

De todas las condiciones médicas, el trastorno depresivo mayor es la segunda causa a nivel mundial que contribuye a la carga de años vividos con discapacidad (Otte et al., 2016)

Su etiología es multifactorial y su heredabilidad esta estimada en un 35%; además factores ambientales como el abuso físico, emocional o sexual durante la infancia, están altamente asociados con el riesgo de desarrollar depresión. Se ha asociado a alteraciones en volúmenes cerebrales regionales, particularmente en el hipocampo, así como con cambios funcionales en circuitos cerebrales. (Otte et al., 2016).

En la depresión, el estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. (Bentley, Pagalilauan, & Simpson, 2014)

Alguno de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras, despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas), pérdida marcada de apetito, pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes), pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes. (Otte et al., 2016)

Aunque los antidepresivos pueden causar disfunciones sexuales, el desinterés sexual o los problemas de excitación también surgen en la depresión no tratada en el 50% de las mujeres y 40% de los hombres. La incidencia de disfunción eréctil se aproxima al 100% en hombres de la tercera edad con grados más altos de depresión. Las mujeres deprimidas pueden tener vida sexual activa con una frecuencia que no se relaciona con su propia pérdida del interés, manteniendo el

mismo nivel de actividad sexual de su pareja, así como el mismo patrón establecido de interacción sexual. (Balon, 2009)

b.- Criterios Diagnósticos

Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. Las clasificaciones más usadas para su diagnóstico son:

- Según la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (OMS, 1992)

A: El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

C. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos” tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos

- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
- Empeoramiento matutino del humor depresivo
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación
- Pérdida marcada del apetito
- Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
- Notable disminución del interés sexual

El trastorno depresivo mayor se puede clasificar en cuestión a su gravedad en leve, moderado o grave, con o sin síntomas psicóticos.

- De acuerdo al DSM 5 se clasifica: (Association, 2013)

Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

- 1.- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas
 - 2.- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
 - 3.- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días
 - 4.- Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
 - 5.- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 - 6.- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - 7.- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 - 8.- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
 - 9.- Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Temporalidad:

- Trastorno depresivo mayor único: Síntomas por al menos 15 días.
- Trastorno depresivo mayor recurrente: Para ser considerado recurrente debe de haber un intervalo mínimo de 2 meses consecutivos entre los episodios, durante el cual no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.
- Trastorno depresivo persistente: Anteriormente llamado distimia al que presenta todos los síntomas al menos por 2 años, en los que el individuo nunca ha estado sin los síntomas :más de 2 meses seguidos.

Gravedad actual

- Leve 2 síntomas

- Moderada: 3 síntomas
- Moderado-severa: 4 o 5 síntomas
- Grave: 4-5 síntomas y agitación motora

Remisión:

- Remisión parcial: los síntomas están presentes pero no se cumplen todos los criterios.
- Remisión total: 2 meses sin ningún síntoma significativo

Con o sin presencia de características psicóticas

La gravedad actual y las características psicóticas solo están indicadas si se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los especificadores de remisión solo están indicados si actualmente no se cumplen todos los criterios

2.2 Trastorno de Ansiedad Generalizada

a) Definición:

La ansiedad es una experiencia subjetiva que distintos individuos refieren en formas diferentes y que se presenta cuando el sujeto está sometido a situaciones frustrantes, amenazantes o que implican conflicto o peligro; este último no sólo físico sino al nivel de otras condiciones como prestigio, afecto y otras. A veces, el origen de la ansiedad es muy evidente, como la que presentan algunas personas al volar en aeroplano. Sin embargo, hay ocasiones en que la causa permanece en el inconsciente, no es conocida por el individuo y sólo existe percepción subjetiva y de los fenómenos fisiológicos mencionados. (Álvarez-Gayou, 2011)

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por preocupación excesiva, hipervigilancia, y miedo el cual es contraproducente y debilitante. La prevalencia en EUA se estima en un 18%, y su costo anual esta reportado en \$42.3 billones de dólares. Mientras un gran número de revisiones se han enfocado en la carga económica y social de la depresión, sus implicaciones en las políticas de salud, substancialmente menos han evaluado ansiedad. Por lo que en la última década ha incrementado el interés en la ansiedad, por el reconocimiento de las implicaciones asociadas con la enfermedad no tratada. (Remes, Brayne, van der Linde, & Lafortune, 2016)

Las disfunciones sexuales de cualquiera de las fases pueden producirse por condiciones de ansiedad ante cualquier circunstancia. Así, una persona ansiosa por conflictos, frustraciones o amenazas laborales, familiares o económicas, puede

tener disfunciones sexuales. Es importante descartar la ansiedad de origen no sexual como factor causal de una alteración en la respuesta sexual. (Álvarez-Gayou, 2011)

Existe un progreso significativo desde finales de los años 60 con respecto a el entendimiento y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Es bien sabido que estas condiciones tienen un profundo impacto en el funcionamiento social y ocupacional. Las tasas de prevalencia a lo largo de la vida indican que los trastornos de ansiedad son una de los 2 condiciones mas frecuentes de trastornos psiquiátricos. (Remes et al., 2016)

El Instituto Nacional de Salud Mental y Epidemiología documenta una tasa de prevalencia del 5.5 % en adultos mayores, y de 7.3% en adultos jóvenes. (Stanley et al., 2014). Un trastorno de ansiedad no tratado se ha asociado con costos significativos sociales y personales relacionados con consultas frecuentes, disminución en la productividad, desempleo, deterioro de las relaciones sociales. (Remes et al., 2016)

Los pacientes con síndromes ansiosos pueden experimentar incremento en el temor sobre su desempeño sexual, ser vulnerables a las distracciones, los cuales pueden resultar en problemas de interés, excitación, orgasmo, llegando a presentar eyaculación prematura 47% de los hombres con fobia social, así como tasas muy altas de aversión sexual en pacientes con trastorno de pánico en 35.7% de los hombres y 50% de las mujeres. La ansiedad puede llevar a evitación sexual, aun en presencia de una libido intacta.(Balon, 2009)

b) Criterios Diagnósticos:

- Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (OMS, 1992)

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente

en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

- **Según el DSM 5: (Association, 2013)**

Temporalidad mayor a 6 meses de presentar la sintomatología la mayor parte de los días.

Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", , etc.). asociado a 3 o más de los siguientes síntomas:

- c) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- d) Fatiga
- e) Irritabilidad
- f) Problemas del sueño
- g) dificultades de concentración
- c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

2.3 Disfunciones Sexuales

a) Introducción

Las disfunciones sexuales son alteraciones persistentes de una o varias fases de la respuesta sexual, que provocan problemas y molestias al individuo o pareja. Es evidente que el origen de las disfunciones tendrá que considerarse multifactorial, partiendo de que la sexualidad es el conjunto de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del sexo, y que la salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean

positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor (Montis, 2008)

Hay poco acuerdo acerca de las causas de las disfunciones sexuales, más que son multifactoriales, entre los factores psicológicos, se ha puesto un mayor énfasis en la asociación entre disfunción sexual y trastornos afectivos. Por esta razón se ha teorizado que condiciones como la ansiedad o la depresión son parte de una dimensión internalizada que también incluye a las disfunciones sexuales. Asociaciones entre las disfunciones sexuales y la ansiedad también han sido ampliamente reportadas. (Giuri et al., 2016)

En relación a la cognición, la investigación también ha explorado el rol de los esquemas cognitivos; creencias acerca de la actividad sexual, emociones, pensamientos automáticos sobre las disfunciones sexuales. El modelo metacognitivo esta basado en la idea de que no es simplemente lo que la persona piensa, si no como lo piensa, lo que determina las emociones y tiene el control sobre ellas. Este proponía que el trastorno psicológico apuntaba a un set de creencias que eran las responsables del mantenimiento de mecanismos de defensa maladaptativos. (Giuri et al., 2016)

El diagnóstico, comprensión y diseño de técnicas terapéuticas adecuadas se facilitarán cuando se comprenda más la fisiología de las disfunciones y los factores causales que deben ser considerados por el profesional de la salud en los niveles orgánico, psicológico y social. (Montis, 2008)

b) Deseo sexual hipoactivo

Las personas con deseo sexual hipoactivo o disminuido no son atraídas por la posibilidad de tener contacto sexual alguno, su impulso sexual es bajo y muchas de ellas no tienen fantasías de contenido erótico o sexual. Es probable que cada persona defina el deseo sexual de diferente manera; sin embargo, a los largo de los años, diferentes estudiosos del tema se han encargado de reconocer los elementos que lo constituyen y que deben ser explorados en cada persona que refiera alguna queja con respecto a su impulso sexual. (Montis, 2008)

Para el DMS 5 se define como disminución o ausencia persistente o recurrente del deseo sexual y/o fantasías sexuales el cual causa estrés significativo, el cual no se debe a otro trastorno psiquiátrico o a alguna sustancia. Una modificación a la definición del DSM es la especificación de que la disminución en el interés sexual debe exceder lo normalmente observado con la edad y con la duración de las relaciones de pareja. (Association, 2013)

Para la Sociedad Americana de Urología se agregó la falta de pensamientos sexuales, y falta de deseo en respuesta a la estimulación sexual. Este es relativamente común, pero infra diagnosticado, afectando la vida de aproximadamente 8.9 % de la población estadounidense, abarcando edades entre 18 a 44 años, 12.3% en las edades de 45 a 64 años, y 7.4% en mayores de 65 años. (Warnock, 2002)

El antecedente de abuso sexual o trauma es mas común en mujeres con aversión sexual comparado a aquellas con deseo hipoactivo. Problemas de pareja, creencias religiosas o culturales pueden influenciar la libido. La depravación del sueño, el estrés, la depresión o tratamientos con antidepresivos o antipsicóticos contribuyen importantemente, así como el embarazo, la lactancia, o la menopausia se asocian también con la disminución de la libido, comorbilidades como el hipotiroidismo pueden contribuir también. (Warnock, 2002)

En algunos casos puede disminuir asociada al uso de anticonceptivos orales debido al efecto anti androgénico y disminución en la lubricación, aunque también se ha visto que la libido puede aumentar asociada a la disminución del miedo al embarazo y a la mejoría de ciertas condiciones ginecológicas tales como dismenorrea, menorragia o endometriosis. (Balon, 2009)

Se tienen que considerar 5 categorías las cuales se superponen entre causas orgánicas y psicológicas:

1. Un patrón de no significancia patológica
2. Un síntoma de otro trastorno psiquiátrico
3. Un síntoma de enajenación de pareja
4. Un síntoma de una anormalidad física
5. Un síntoma del trastorno del deseo sexual hipoactivo (Balon, 2009)

c) Trastorno eréctil

En 1993, en el ámbito del Consenso de Disfunción eréctil, se mencionó que la impotencia se manifiesta por la “incapacidad para lograr o mantener una erección suficiente para una tener actividad sexual satisfactoria”. (Montis, 2008)

Antes de lo anterior, cuando se hacía referencia a la “impotencia”, se enmarcaban en ese rubro todos los problemas que imposibilitaban al varón para conseguir la reproducción o el accionar sexual. Después se fue convirtiendo en un término específico para hacer referencia a la imposibilidad para alcanzar la erección del pene. De hecho, se sugiere reemplazar el término “impotencia” por el de “disfunción

eréctil” (DE), no sólo por tener mayor especificidad, sino por quitar el matiz peyorativo que incluye o insinúa. (Montis, 2008)

Para la Asociación Americana de Psiquiatría se define como la incapacidad continua o recurrente para lograr o mantener una erección suficiente en respuesta a una estimulación erótica. (Association, 2013)

La causa de la Disfunción Eréctil es multifactorial tiene componentes psicológicos y biológicos, los avances en los modelos biológicos han sido de gran peso en las últimas décadas. Aunque la metodología y definiciones varían en diferentes estudios epidemiológicos. (Andersson et al., 2011)

En términos generales, se considera que el diagnóstico se puede establecer con una duración mínima de la DE de tres meses; sin embargo, no se excluyen las presentaciones menores a este periodo, en caso de traumatismo medular o cirugía radical de próstata o entidad clínica o quirúrgica similar. (Montis, 2008)

d) Eyaculación precoz

El término “eyaculación” la acción y efecto de eyacular proviene del latín y significa “lanzar con rapidez y fuerza el contenido de un órgano, cavidad o depósito, en particular el semen del hombre o de los animales”; en tanto que “precoz”, también del latín, significa “temprano”, “prematureo” y, en caso de un proceso, que aparece “antes de lo habitual”. Los sinónimos de EP son “eyaculación prematura”, “eyaculación rápida”, “falta de control de la eyaculación”, “eyaculación inoportuna” y “control eyaculatorio pobre o inadecuado”. (Montis, 2008)

El síndrome de eyaculación precoz (EP) es considerado como la disfunción sexual más frecuente y se caracteriza por la ausencia de control sobre el momento en el que se produce la eyaculación, circunstancia que afecta tanto a quien la padece como a su pareja. (Montis, 2008)

La eyaculación precoz tiene una prevalencia que va del 3% al 30%. Este amplio rango de variación refleja la falta de una definición aceptada y estandarizada. De hecho un panel internacional de expertos convocada por la Sociedad internacional de Medicina Sexual, desarrollo la definición en 2008, caracterizándola como disfunción sexual masculina caracterizada por la eyaculación que siempre o casi siempre se produce antes o dentro de un minuto de la penetración vaginal, la incapacidad para retrasar la eyaculación en todas o casi todas las penetraciones vaginales, y la presencia de consecuencias personales negativas, tales como angustia, molestia, frustración o la evitación de la intimidad sexual. (Balon, 2009)

Intervenciones Psicoterapéuticas

a) Introducción

Han existido múltiples formatos de terapia para las disfunciones sexuales, Masters y Johnson recomendaban la necesidad de una pareja heterosexual de terapeutas; Helen Kaplan prefería al terapeuta único, y actualmente otros autores se inclinan por trabajar con un equipo multidisciplinario. Asimismo, se cuenta con formatos de terapia breve e intensiva de dos semanas y otros más prolongados. (Álvarez-Gayou, 2011)

En la última década los enfoques de tratamiento de la tercera ola, han ampliado el espectro de tratamientos psicológicos basados en la evidencia, particularmente en relación a la salud mental. (Hayes, 2016)

Estas se han establecido de un modelo alternativo, a uno más estructurado poniendo un gran énfasis en el contexto y en la experiencia. Entre estas terapias se encuentran la terapia dialéctica conductual (DBT), Terapia cognitiva basada en mindfulness, terapia enfocada a la compasión, y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). (Hacker, Stone, & MacBeth, 2016)

La proliferación de estos enfoques, suscita preguntas en los clínicos y usuarios, acerca de qué intervención terapéutica otorga un beneficio óptimo para cierto trastorno o dificultad. (Hayes, 2016)

De acuerdo a las comparaciones entre ACT y TCC, algunos teóricos han argumentado que ACT y CBT pueden ser más similares que distintas, ambas considerando los pensamientos como fenómenos observables y separados de la persona.

b) Terapia de aceptación y compromiso

La Terapia de aceptación y compromiso (ACT) se ha descrito como parte de la tercera ola de psicoterapia cognitivo conductual, incorporando elementos de la Terapia Cognitivo conductual con procesos de mindfulness y aceptación, una terapia con una perspectiva en el aprendizaje y comportamiento (Hancock et al., 2016) poniendo énfasis en eventos que no pueden ser modificados, la principal meta de la ACT es incrementar la conciencia de los clientes acerca de sus propias experiencias y contingencias (Berman, Boutelle, & Crow, 2009)

ACT ha evolucionado desde el trabajo experimental considerando la influencia del lenguaje en el comportamiento. Uno puede entender como “pensar” afecta el comportamiento, en este caso patrones poco eficientes de comportamiento

perpetúan el sufrimiento, sin la necesidad de enfocarse en el contenido de los pensamientos (Graham et al., 2016)

El componente cognitivo de ACT propone que la psicopatología es el resultado de enredarse en el contenido de los pensamientos (fusión) y la consecuencia es un intento de evitar las experiencias internas (pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales), llevando a una rigidez e inflexibilidad psicológica. Por lo tanto, ACT da paso a un enfoque atencional y metacognitivo para cambiar la relación de una persona con sus creencias.

Aunque existe cierta superposición entre las intervenciones, la ACT en lugar de intentar cambiar las creencias (por ejemplo, tratando de reemplazar pensamientos negativos o mal adaptativos con pensamientos más adaptativos), ACT se enfoca en el proceso del pensamiento, o para ser más exactos clama reducir la influencia del pensamiento en los comportamientos y funcionalidad. Así pues buscar fomentar un proceso denominado flexibilidad psicológica, que se define como mantener la mente abierta, atenta y en contacto con el momento presente, lo cual facilitaría el poder lograr alcanzar metas. (Graham et al., 2016)

La flexibilidad cognitiva es un amplio concepto, y para facilitar su aplicación clínica se puede dividir en 6 sub procesos:

- La evitación experiencial
- Contacto con el momento presente
- La falta de claridad con los propios valores
- La falta de compromiso y determinación para seguir los propios valores
- La fusión
- Yo como contexto

En segundo lugar, a diferencia de la TCC tradicional, ACT ve diferentes formas de estrés como una consecuencia natural de ser humano: el miedo, la autocrítica, los pensamientos negativos, la disforia, las dudas, la incertidumbre etc., son experiencias humanas normales. No clama explícitamente reducir el estrés (aunque esto puede ocurrir como un efecto secundario de mayor flexibilidad cognitiva o incremento de la actividad significativa). (Graham et al., 2016)

ACT utiliza un rango de métodos para lograr flexibilidad cognitiva: por ejemplo: ejercicios de mindfulness para permitir enfocarse en el momento presente, ejercicios para cambiar las relaciones de uno mismo con sus pensamientos,

ejercicios de licitación de valores para orientar a los participantes en actividades que están en la línea de los valores personales significativos. (Graham et al., 2016)

Faceta de Flexibilidad Cognitiva	Ejemplo en un contexto clínico
1.- Evitación experiencial	Pobre manejo de la enfermedad
2.- No vivir el presente	Lidiar con preocupaciones y miedos acerca de la progresión de una enfermedad
3.- La fusión con nuestro pensamiento	Resistencia a recibir apoyo
4.- La fusión con el contenido de nuestro YO	Ajustarse a una condición de larga evolución
5.- La falta de claridad con los propios valores	No adherencia a la medicación o a psicoterapia
6.- La falta de compromiso y determinación para seguir los propios valores e intereses.	Mantener funcionamiento significativo aun con una enfermedad

La Eficacia de ACT en diversos contextos: Ensayos clínicos han sugerido la eficacia de (ACT) en el tratamiento de la depresión, ansiedad, problemas físicos y trastornos psicóticos, meta análisis de ensayos clínicos controlados han sugerido un tamaño del efecto de moderado a grande en las medidas de los resultados primarios después del tratamiento y seguimiento. (Berman et al., 2009)

El estatus empírico de ACT para dolor crónico y condiciones mentales ha sido previamente reportada, notando que ACT ha sido probada en un diverso grupo de condiciones tales como psicosis, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos de ansiedad (Graham et al., 2016)

c) Terapia Cognitivo conductual

Los orígenes de Terapia cognitivo conductual (TCC) se remontan a las teorías de B. Skinner y Joseph Wolpe, pioneros en el movimiento de terapia conductual en la década de 1950. La terapia conductual supone que los comportamientos cambiantes conducen a cambios en las emociones y las cogniciones, como las evaluaciones. Desde su introducción, la psicoterapia cognitiva fue iniciada por los primeros trabajos de psicólogos como Albert Ellis y Aaron T. Beck. (Kaczurkin & Foa, 2015)

Es un amplio concepto que involucra distintos modelos de terapia, más que un solo modelo, teoría o terapia, es parte de la segunda ola de terapia conductual (Hancock et al., 2016), es considerada el gold standard en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, ha sido ampliamente utilizada para mejorar el estrés, la angustia y el manejo de uno mismo a condiciones a largo plazo. Se centra en las creencias como el proceso central en la terapia, objetivo que ha sido sustentado por gran número de estudios mostrando que los pensamientos aberrantes acerca de la enfermedad o medicación predicen muchos de los resultados. (Graham et al., 2016)

La terapia cognitiva basada en el modelo de emoción tripartito de Beck, propone que pensamientos, sentimientos y comportamientos están interrelacionados; de acuerdo a esta teoría el cambiar pensamientos maladaptativos afecta los comportamientos y afectos desadaptativos. Los objetivos de la terapia cognitiva son los pensamientos distorsionados y los ataca utilizando múltiples técnicas. Tareas son típicamente asignadas a los pacientes y proporcionan oportunidades para practicar sus habilidades en su vida diaria, permitiéndoles crear maestría en las técnicas para que sean capaces de aplicar lo que han aprendido antes de que el tratamiento haya concluido. (Kaczurkin & Foa, 2015)

Medicación y Disfunción sexual

La relación entre los agentes farmacológicos y el funcionamiento sexual se ha explorado desde la antigüedad. Durante las últimas décadas numerosos medicamentos se han reportado por estar asociados con deterioro en el funcionamiento sexual, ya sea afectando todo el ciclo de respuesta sexual (menos frecuentemente) o una fase de este ciclo, aunque las fases están interconectadas y no pueden ser separar inequívocamente. Los trastornos en el funcionamiento sexual debido a medicamentos pueden afectar significativamente la calidad de vida del paciente, pero también pueden llevar a escasa adherencia a tratamiento. (Balon, 2009)

Definición: La disfunción sexual asociada a sustancias o tratamiento prescrito para una condición médica general o psiquiátrica tiene que tener su inicio mientras la persona esta recibiendo medicación. Una vez que el tratamiento es discontinuado la disfunción sexual debe remitir de días a varias semanas dependiendo de la vida media de la sustancia, en cambio si la disfunción sexual persiste, otras causas tienen que ser consideradas. (Balon, 2009)

a) Antidepresivos:

Los antidepresivos han sido el grupo más estudiado de medicamentos asociados a disfunción sexual, al menos en psiquiatría. Desde los Inhibidores de mono amino oxidasa (IMAOS), antidepresivos tricíclicos (ATC) hasta el desarrollo de los nuevos y mejores tolerados antidepresivos tales como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), y su uso en el tratamiento de condiciones menos severas ha llevado a un incremento en la preocupaciones sobre las disfunciones sexuales.

Los ISRS pueden afectar de forma negativa cualquier componente del ciclo de respuesta sexual, incluyendo el deseo, excitación o el orgasmo, con estimados del 30-70%, el retraso en el orgasmo y la falta de orgasmo son los efectos sexuales mas comunes. También se ha reportado efectos de este tipo con venlafaxina y mirtazapina aunque mucho menos severos, la reducción de la dosis en un paciente con ISRS y SNRI, podría disminuir los efectos adversos.

Los estimados de incidencia de disfunción sexual asociados a antidepresivos están entre el 30-40%, pero los números varían ampliamente, desde algo tan bajo como el 10% hasta tan alto como el 90% con algunos medicamentos.

El carácter y la frecuencia de la disfunción sexual asociada con los diferentes grupos de antidepresivos podrían variar. Los antidepresivos predominantemente con efecto serotoninergico como los ISRS y clomipramina tienen a estar asociados con anorgasmia o retraso en el orgasmo, mientras que los antidepresivos tricíclicos tienen a ser más asociados con disfunción eréctil. Las razones para el amplio rango de estimados incluye la definición imprecisa de disfunción sexual, la falta de instrumentos estandarizados y la discrepancia entre resultados auto reportados o por el entrevistador.

La etiología de la disfunción sexual durante la terapia antidepresiva es complicada y no tan bien entendida. El impacto de los antidepresivos en varios sistemas de

neurotransmisores como la dopamina, norepinefrina y serotonina juega un importante rol.

Neurotransmisor	Consecuencia
Dopamina	Influencia en el comportamiento sexual, el deseo y la habilidad para involucrarse en actividad sexual.
Norepinefrina	Participante en la excitación sexual e interviene en la vaso congestión.
Serotonina	Disminuye la función del oxido nítrico, disminuye la función genital.

Algunos ISRS pueden disminuir los niveles de las hormonas involucradas en la regulación del funcionamiento sexual, como la testosterona, hormona luteinizante entre otras. La complicada interacción entre medicamentos psicotrópicos, neurotransmisores, sistema nervioso central y periférico se puede deber a muchas causas entre ellas enfermedad psiquiátrica, enfermedad médica, características culturales, religiosas, problemas de pareja entre otras. (Balon, 2009)

b) Ansiolíticos

Los medicamentos usualmente utilizados para el tratamiento de los trastornos de ansiedad incluyen a las benzodiazepinas, buspirona, varios antidepresivos y más recientemente antipsicóticos. La disminución de la libido, el deterioro en la excitación y el orgasmo se han reportado con benzodiazepinas, y estas suelen tener una relación dosis dependiente entre uso de la sustancia y el grado de inhibición sexual.

El mecanismo de la disfunción sexual asociada con benzodiazepinas no se sabe con exactitud pero puede involucrar a los receptores ácido gamma- amino butírico en la sustancia gris central del mesencéfalo o el área tegmental ventral. (Balon, 2009)

JUSTIFICACIÓN

La sexualidad es un aspecto central de la vida de las personas, con repercusiones en la salud general y en la calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Sexología, 2000) ha descrito las múltiples

dimensiones de este componente de la vida humana, definiendo al sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción; la OMS ha reconocido a la salud sexual como un componente de la salud general, definida como el estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, no solo la ausencia de enfermedad, disfunción o discapacidad. (OMS, 2006) (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Sexología, 2000). La salud sexual es parte de la salud general, por lo que es indispensable brindar atención eficaz a las disfunciones sexuales (DS).

Existe evidencia de que las disfunciones sexuales tienen una prevalencia variable en la población general según el tipo de disfunción estudiada y los aspectos sociodemográficos de la misma, sin embargo de manera general los rangos para mujeres van entre un 18 hasta un 70% (Kingsberg, Clayton, & Pfaus, 2015) y para varones entre 6 a 41% (American Psychiatric Association, 2013). En la población con trastornos psiquiátricos, la prevalencia es semejante (Balon, 2009). Estos datos nos permiten dimensionar la importancia de incorporar la identificación oportuna y el tratamiento eficaz de las disfunciones sexuales en la atención de las/los pacientes con trastornos psiquiátricos. Balon (2009).

Entre los tratamientos disponibles para atender las disfunciones sexuales no orgánicas (aquellas que no pueden atribuirse en su totalidad a ningún otro trastorno mental y ni a otros trastornos físico o secundario a tratamientos farmacológicos) se encuentran las terapias psicológicas. El impacto de dichas intervenciones ha mostrado resultados variables en el mejoramiento de la función sexual, siendo la terapia cognitivo conductual la que más se ha utilizado en los ensayos clínicos controlados tanto en hombres como en mujeres (Brotto, y otros, 2016). (Balon, 2009).

La terapia de aceptación y compromiso ha mostrado eficacia en el tratamiento de diversos procesos psicológicos en pacientes con trastornos mentales (Berman et al., 2009) sin embargo, en cuanto al impacto en el manejo de las disfunciones sexuales existe poca evidencia, descrita principalmente a través de reportes de casos; sin embargo esta última terapia ha sido considerada una terapia transdiagnóstico, ya que se centra en los valores de las personas consultantes, y en la modificación de la flexibilidad psicológica, por lo que podría tener un efecto positivo en la función sexual de los pacientes con disfunciones sexuales no orgánicas. Al momento no existen ensayos clínicos controlados, que comparen la efectividad de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) para el tratamiento de las disfunciones sexuales

con la terapia cognitivo conductual (TCC); ante la necesidad de encontrar tratamientos cada vez más efectivos y seguros para el manejo de las disfunciones sexuales no orgánicas, es de relevancia la presente investigación.

OBJETIVO GENERAL

Comparar, a lo largo de 12 sesiones (3 meses), las diferencias entre la efectividad de la Terapia de Aceptación y compromiso y la Terapia Cognitivo Conductual en pacientes con disfunciones sexuales y depresión y/o ansiedad, y el grupo control.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso durante 12 sesiones (3 meses) en pacientes con con disfunciones sexuales
2. Evaluar la eficacia de la Terapia cognitivo conductual durante 12 sesiones (3 meses) en pacientes con disfunciones sexuales a través de:
 - Evaluar el funcionamiento sexual antes y después de las intervenciones.
 - Evaluar la severidad de la depresión y/o ansiedad antes y después de las intervenciones.
 - Comparar el grupo de Terapia Cognitivo conductual y el grupo de Terapia de Aceptación y compromiso con el grupo control (pacientes con disfunción sexual sin tratamiento psicoterapéutico, únicamente con tratamiento farmacológico convencional).

HIPÓTESIS

Habrán diferencias a lo largo de 3 meses en la efectividad de la Terapia de Aceptación y compromiso y la Terapia Cognitivo Conductual en pacientes con disfunciones sexuales y depresión y/o ansiedad, comparándolos con el grupo control.

Se espera que la Terapia Cognitivo Conductual, muestre mejores efectos que la Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento de las disfunciones sexuales no orgánicas.

Se esperan las siguientes predicciones:

- Con ambas terapias mejorará el funcionamiento sexual después de las intervenciones.
- Con ambas terapias mejorará la severidad de la depresión y/o ansiedad después de las intervenciones.

Existirá mejoría en el funcionamiento sexual de las/los pacientes posterior a la terapia cognitivo conductual y a la terapia de aceptación y compromiso en comparación con el grupo control.

La severidad de los síntomas de ansiedad y depresión disminuirá posterior a las intervenciones psicoterapéuticas en comparación con el grupo control.

MATERIAL Y MÉTODO

PACIENTES

Tipo de estudio: Ensayo clínico longitudinal prospectivo

Criterios de inclusión

Pacientes del INPRFM de género masculino y femenino con las siguientes características:

- Mayores de 18 años y menores de 60 años
- Aceptación del consentimiento informado
- Diagnóstico de Trastorno Depresivo mayor y/o Trastorno de Ansiedad Generalizada por Médico tratante en la Consulta Externa.
- Que ante la percepción del paciente la disfunción sexual no haya iniciado posterior al uso del tratamiento psiquiátrico psicofarmacológico.
- Que cumplan con los criterios diagnósticos para las siguientes disfunciones sexuales no orgánicas, de acuerdo a la CIE-10 o al DSM 5.

Ausencia o pérdida del deseo sexual

Pérdida del deseo sexual sea el problema principal y no sea secundario a otras dificultades sexuales como el fracaso en la erección o la dispareunia. La ausencia de deseo sexual no excluye el placer o la excitación, pero hace menos probable que el individuo emprenda alguna actividad sexual en este sentido.

Incluye:

Trastorno hipoactivo del deseo sexual.

Rechazo sexual y ausencia de placer sexual

- Rechazo sexual

La perspectiva de interacción sexual con una pareja se acompaña de intensos sentimientos negativos y produce la suficiente ansiedad y miedo como para evitar la actividad sexual.

-Ausencia de placer sexual

Se presentan respuestas sexuales normales y tiene lugar el orgasmo, pero existe una ausencia del placer correspondiente. Esta queja es mucho más frecuente entre las mujeres que entre los varones.

Incluye: Anhedonia (sexual).

Fracaso de la respuesta genital

-En los varones, el problema fundamental es disfunción para la erección, por ejemplo, una dificultad en alcanzar o mantener una erección adecuada para una penetración satisfactoria. Si la erección se presenta con normalidad en determinadas situaciones (durante la masturbación o el sueño, o con una pareja diferente), es probable que la causa sea psicógena. Si no es así, el diagnóstico correcto de este trastorno puede depender de una exploración específica (por ejemplo, medida de la intumescencia nocturna del pene) o de la respuesta al tratamiento psicológico.

En las mujeres, el problema fundamental es la sequedad vaginal o fracaso en la lubricación, que pueden ser de origen psicógeno, patológico (por ejemplo, infeccioso) o por una deficiencia de estrógenos (por ejemplo, tras la menopausia). Es poco frecuente que las mujeres se quejen primariamente de sequedad vaginal, excepto como síntoma de una deficiencia postmenopáusica de estrógenos.

Incluye:

Impotencia psicógena.

Trastornos de la erección.

Trastorno del estímulo sexual en la mujer.

Disfunción orgásmica

Cuando se presenta este trastorno, el orgasmo no se produce o se retrasa excesivamente. El trastorno puede aparecer en situaciones concretas (por ejemplo, únicamente en determinadas circunstancias, en cuyo caso la etiología es probablemente psicógena) o permanente, en cuyo caso no se pueden excluir con facilidad factores somáticos o constitucionales, excepto si hay una respuesta satisfactoria a un tratamiento psicológico. La disfunción orgásmica es más frecuente en mujeres que en varones.

Eyacuación precoz

Este trastorno consiste en la incapacidad de controlar la aparición de la eyacuación durante el tiempo necesario para que ambos participantes disfruten de la relación sexual. En algunos casos graves, la eyacuación puede presentarse antes de la penetración o en ausencia de erección. La eyacuación precoz se debe raras veces a causas orgánicas aunque puede presentarse como reacción psicológica a una disfunción orgánica, por ejemplo, un fracaso de la erección o a la presencia de dolor. La eyacuación también se considera precoz si la erección requiere una estimulación prolongada, de tal manera que el intervalo de tiempo desde que se alcanza la erección suficiente y la eyacuación se acorta. En tales casos, el problema primario es un retraso en la erección

Criterios de Exclusión

- Trastornos psicóticos, abuso de sustancias, deterioro cognitivo, Trastornos de la alimentación, Trastorno obsesivo compulsivo o trastornos del espectro, Trastornos de personalidad como diagnóstico principal.
- Embarazo
- Discapacidad intelectual
- Mal apego al tratamiento farmacológico
- Posibilidad de causas orgánicas de la disfunción sexual. (Anormalidades en los estudios de laboratorio y/o gabinete solicitados en la evaluación de las causas orgánicas de las disfunciones sexuales).

PROCEDIMIENTO

Se seguirá la metodología utilizada por el Departamento de Psicoterapia del INPRFM para el tamaño de los grupos psicoterapéuticos (12-15 personas) por sesión, asignando este número de personas para cada grupo.

Número de grupos:

3 grupos.

- Pacientes con Terapia de aceptación y compromiso (ACT)
- Pacientes con Terapia cognitivo conductual (TCC)
- Pacientes sin Terapia únicamente tratamiento convencional (Grupo control)

Previo al ingreso al grupo terapéutico que corresponda, las/los pacientes de los 3 grupos recibirán 5 sesiones de psicoeducación sobre aspectos básicos de sexualidad.

Las/los pacientes que sean asignados al grupo control, serán incluidos a uno de los dos modelos de terapia grupal (ACT o CCT) al concluir la investigación. Se diferirá la atención de estas/os pacientes por la falta de espacios físicos y de personal capacitado para este tipo de intervenciones, (las cuales al no recibirse de forma inmediata, no ponen en riesgo la vida de la persona).

Se definirá como Efectividad:

Índice de función sexual femenina

6 subescalas

Índice internacional de disfunción eréctil

4 subescalas

Escala de asertividad sexual Honold

Incremento en el puntaje

Escala de Satisfacción sexual Incremento del puntaje 3 subescalas de la prueba y en la total.

Hamilton Depresión Disminución del puntaje con respecto al

puntaje basal

Hamilton Ansiedad Disminución del puntaje con respecto al puntaje basal

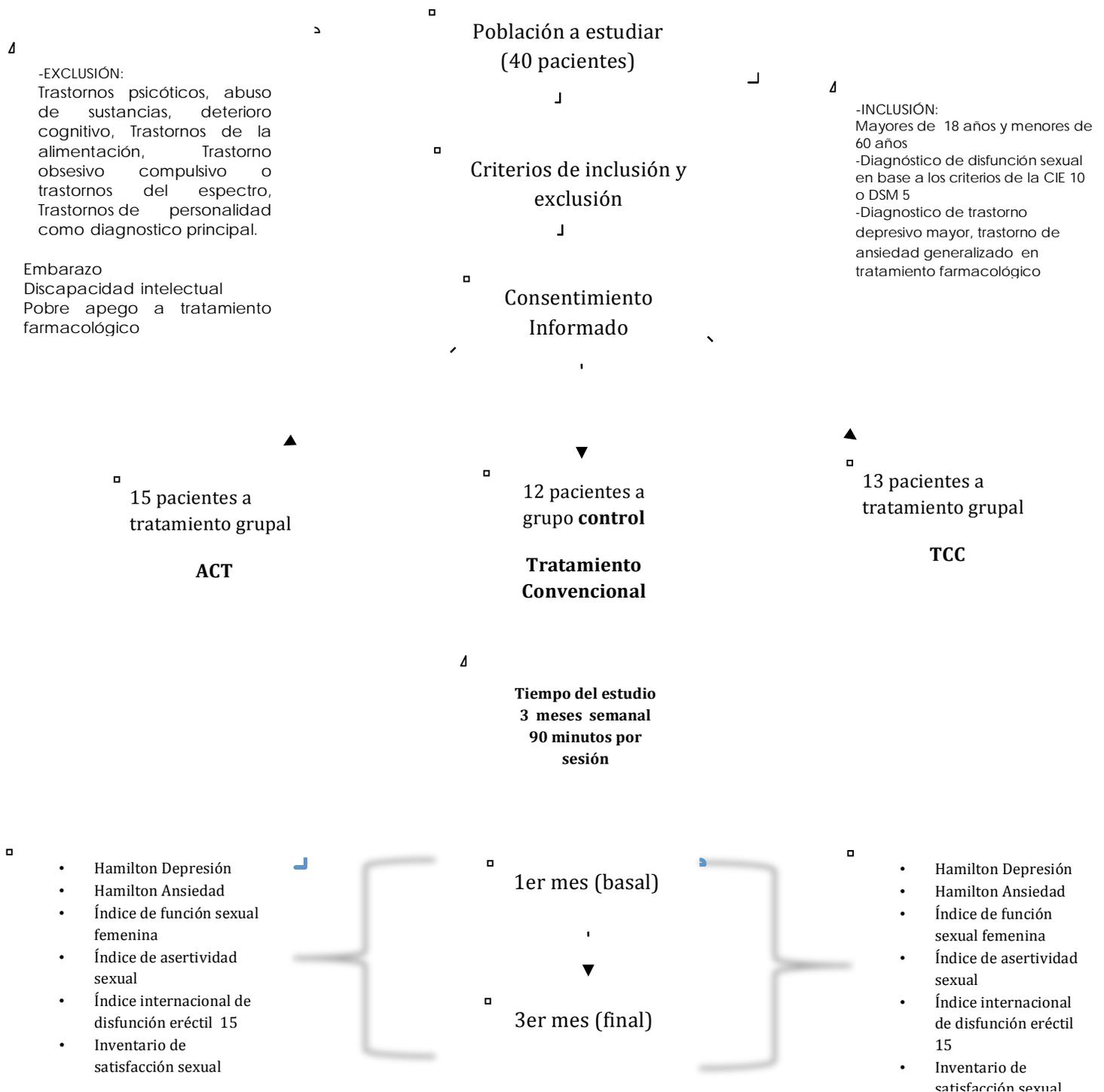
Variables

Variable	Tipo de variable	Instrumento de Medición
Sexo	Independiente Cualitativa Dicotómica	1.- femenino 2.- masculino
Edad	Independiente Cuantitativa continua	Años cumplidos
Estado civil	Independiente Cualitativa nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo 6. Separado
Vida sexual activa en los últimos 6 meses	Independiente Cualitativa Dicotómica	1. Si 2. no
Pareja sexual actual (6 meses)	Independiente Cualitativa Dicotómica	1. Si 2. no
Pareja afectiva (6 meses)	Independiente Cualitativa Dicotómica	1. Si 2. no
Antecedente de violencia sexual en la infancia	Independiente Cualitativa Dicotómica	1. Si 2. No

Antecedente de violencia sexual en la edad adulta	Independiente Cualitativa Dicotómica	1. Si 2. No
Antecedente de violencia familiar en la infancia	Independiente Cualitativa Dicotómica	1. Si 2. No
Antecedente de violencia familiar en la edad adulta	Independiente Cualitativa Dicotómica	1. Si 2. No
Antecedente de violencia fuera del ámbito familiar	Independiente Cualitativa Dicotómica	1. Si 2. no
Escolaridad	Independiente cualitativa continua	1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Universidad Posgrado
Ocupación	Independiente Cualitativa nominal	1. Hogar 2. Obrero (a) 3. Empleado (a) 4. Profesionista 5. Comerciante 3. Estudiante
Religión	Independiente Cualitativa nominal	1. Católica 2. Cristiana 3. Judía 4. Testigo de Jehová 3. Otra
Función sexual femenina	Dependiente, cuantitativa	Índice de función sexual femenina 6 subescalas
Función sexual masculina	Dependiente, cuantitativa	Índice internacional de disfunción eréctil

Asertividad sexual	Dependiente, cuantitativa	4 subescalas Escala de asertividad sexual Honold
Satisfacción sexual	Dependiente, cuantitativa	Escala de Satisfacción sexual
Trastorno depresivo mayor	Dependiente, cuantitativa	3 subescalas Hamilton Depresión
Trastorno de ansiedad generalizada	Dependiente cuantitativa	Hamilton Ansiedad
ACT Grupal	Independiente nominal	
TCC Grupal	Independiente nominal	
Control	Independiente nominal	

Diagrama de flujo que resume el procedimiento



ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó una exploración descriptiva de la muestra a través de mediciones de tendencia central, y de dispersión particularmente Media (M) desviación estándar (D.E) y Rango de las variables sociodemográficas tanto global como por subgrupo.

Para los valores de los inventarios (Depresión, ansiedad, función sexual femenina, función sexual masculina, asertividad y satisfacción sexual) se analizó el comportamiento pre y post intervención. Posterior a realizar esta descripción, se realizó un análisis t de Student para muestras emparejadas y se consideraron como significativas aquellas diferencias con una $P \leq 0.05$.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 40 participantes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor y/o trastorno de ansiedad generalizada más disfunción sexual que acudieron a la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Los participantes se distribuyeron en tres grupos por conveniencia de horario y disponibilidad para acudir a las sesiones de 90 minutos de forma semanal por 12 semanas, por tanto quedaron distribuidos de la siguiente manera: 12 participantes en el grupo control, 15 participantes en el grupo de Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y 13 participantes en el Grupo de terapia cognitivo conductual (TCC). Del grupo de ACT finalizaron 7 participantes y del grupo TCC finalizaron 5 participantes.

Caracterización sociodemográfica

De los 40 participantes que se incluyeron en el estudio la media de edad encontrada fue de 42.6 años (DE 12.5), siendo 28 mujeres (70%) y 12 (30%) hombres.

El estado civil más frecuente fue casado (42.5%), el 67% no contaba con seguridad social o seguro privado. El 37.5 % de la muestra se dedicaba al hogar. Casi la mitad de la muestra termino la preparatoria (45%). El 67.5% de los participantes tomaban algún ISRS.

De los sujetos incluidos en el **grupo control** el 91.7 % fueron mujeres y el 8.3% fueron hombres, con una edad promedio de 41.5 años (DE 13.8).

En relación a su estado civil la mayoría eran solteros (33.3%) o en unión libre (25%), la mayoría se dedicaba al hogar (58.3%), o tenían empleos sin prestaciones (25%). En promedio los pacientes vivían con 3 personas (DE 1.04 Rango 1-5 personas).

La mayoría de los participantes tenían como nivel de estudios máximo alcanzado la preparatoria terminada (41.7%), seguido de Licenciatura terminada (25%). La religión que predominó fue la católica (75%).

En relación a la sexualidad, la mayoría (58.3%) habían mantenido vida sexual activa en los últimos 3 meses. El 50% tenía antecedente de violencia sexual en la infancia, y habían sido receptores de violencia por algún familiar en la infancia (58.3%), la mayor parte de los pacientes expresó la presencia de violencia sexual durante la adultez (66.7%).

Para el tratamiento de la depresión y/o ansiedad indicado por su médico tratante la mayoría de los pacientes (66.7%) se encontraban tomando inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), seguido por los duales (16.7%). De las mujeres que habían tenido un parto, la mayoría no habían tenido lesiones (58.3%).

De los sujetos incluidos en el **grupo ACT** el 53.3 % fueron hombres y el 46.7% fueron mujeres, con una edad promedio de 38.2 años (DE 11.0)

En el grupo ACT la mayoría de los pacientes estaban casados (53.3%), seguido por los solteros (40%). En relación a la ocupación predominó el empleo sin prestaciones (40%) seguido del empleo con prestaciones (33.3%).

En promedio los pacientes vivían con 3 personas (DE 1.11 Rango 1-5 personas). La mayoría de los participantes tenían como nivel de estudios máximo alcanzado la preparatoria terminada (53.3%), seguido de Licenciatura terminada (26.7%). La religión que más predominó fue la católica (46.7%) seguida por ninguna religión (33.3%).

El consumo de alcohol estuvo presente en menos de la mitad de las personas (40%), siendo aún menos frecuente el consumo de tabaco (20%). Cabe destacar que todos habían tenido vida sexual activa en los últimos 3 meses siendo en la mayoría de las ocasiones su pareja afectiva (73.3%).

Menos de la mitad de los participantes (33.3%) habían estado expuestos a violencia sexual en la infancia y un menor porcentaje (20%) de estos había tenido violencia sexual en la vida adulta. Más de la mitad de los participantes (53.3%) recibieron violencia por parte de su familia en la infancia.

Para el tratamiento de la depresión y/o ansiedad indicado por su médico tratante la mayoría de los pacientes (66.7%) se encontraban tomando inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), seguido por los duales (13.3%). La minoría tuvo lesiones durante el parto (6.7%).

De los sujetos incluidos en el **grupo TCC** el 76.9% fueron mujeres, y el 23.1 % fueron hombres, con una edad promedio de 48.6 años (DE 11.4).

En el grupo TCC la mayoría de los pacientes estaban casados (53.8%), seguido por los solteros (23.1%) y divorciados (23.1%).

En relación a la ocupación predominó hogar (46.2%) seguido del empleo con prestaciones (30.8%).

En promedio los pacientes vivían con 4 personas o más (DE 1.09 Rango 1-5 personas). La mayoría de los participantes tenían como nivel de estudios máximo alcanzado la preparatoria terminada (38.5%), seguido de primaria (15.4%) y secundaria terminada (15.4%). La religión que más predominó fue la católica (69.2%) seguida por ninguna religión (23.1%). El consumo de alcohol (7.7%) y tabaco (15.4%) fue poco frecuente.

En el grupo TCC más de la mitad (76.9%) mantenían vida sexual activa en los últimos 6 meses siendo en la mayoría de las ocasiones su pareja afectiva (84.6%).

Menos de la mitad de los participantes (46.2%) habían estado expuestos a violencia sexual en la infancia y un menor porcentaje (30.8%) de estos había tenido violencia sexual en la vida adulta. Menos de la mitad de los participantes (46.2%) recibieron violencia por parte de su familia en la infancia, o en la vida adulta (46.2%).

Para el tratamiento de la depresión y/o ansiedad indicado por su médico tratante la mayoría de los pacientes (69.2%) se encontraban tomando inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), seguido por los duales (15.4%). Menos de la mitad de las mujeres tuvo lesiones durante el parto (23.1%).

Sintomatología ansiosa y depresiva

El valor promedio para la escala Hamilton de **Ansiedad** para el grupo control, antes de iniciar la intervención fue de 9.75 (DE 7.5), y después de 11.1 (DE 5.5) indicando un incremento en los síntomas ansiosos aunque dichos cambios no son significativos.

Para el grupo de Terapia de aceptación y compromiso (ACT) valor inicial en el Hamilton de ansiedad fue de 19 (DE 10.2) y el valor final de 7.2 (DE 12.6).

Para el grupo de Terapia cognitivo conductual (TCC), antes de iniciar la intervención el valor promedio de la escala Hamilton de ansiedad fue de 21 (DE 7.9) y después de la intervención de 6.4 (DE 4.6).

Mostrando que ambas terapias disminuyeron de forma significativa la ansiedad en los participantes.

El valor promedio para la escala Hamilton de Depresión para el grupo control antes de iniciar la intervención fue de 10 (DE 6.5), y después de la intervención de 12.6 (DE 9.1), mostrando un incremento en síntomas depresivos aunque no significativo.

El valor inicial promedio para el grupo de Terapia de aceptación y compromiso en la escala Hamilton de depresión fue de 15.8 (DE 8.6) y después de 7.6 (DE 10.5).

El valor inicial promedio para el grupo de terapia cognitivo conductual en la escala Hamilton de depresión fue de 15.5 (DE 6.4) y después de 3.8 (DE 1.9).

Mostrando a su vez que ambas terapias disminuyeron de forma significativa los síntomas depresivos.

Grafico 1.-Cambios en relación a síntomas depresivos previo a la intervención y posterior a esta.

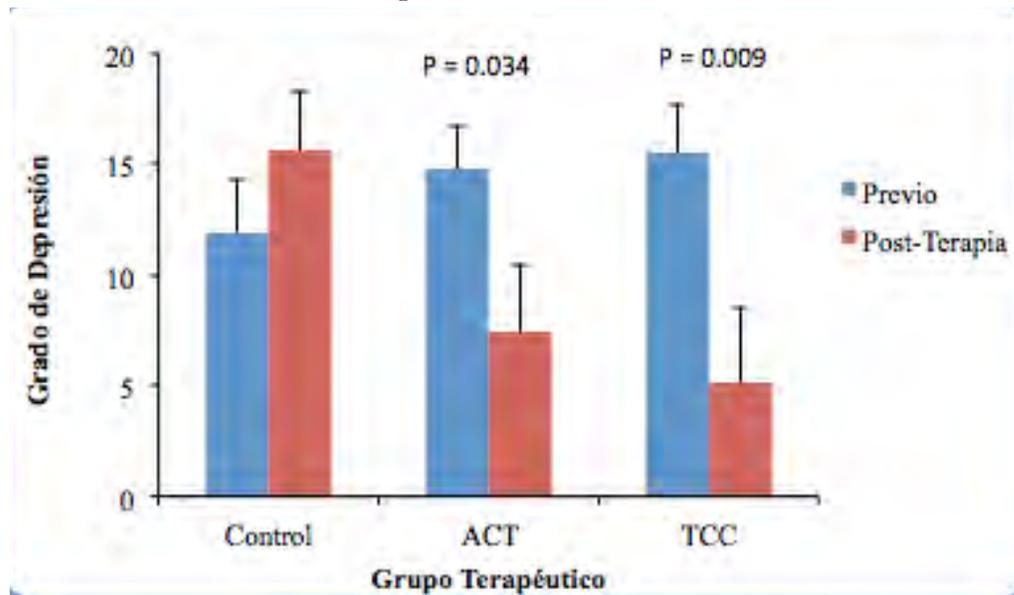
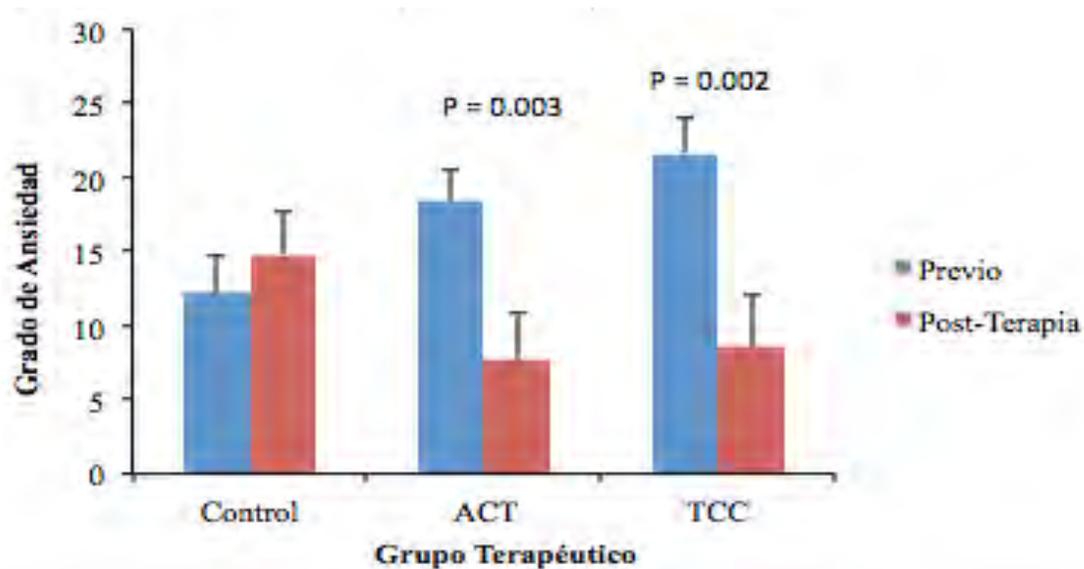


Grafico 2.- Cambios en relación a síntomas ansiosos previo a la intervención y posterior a esta.



Asertividad sexual

La asertividad sexual medida a través de la escala Honold permite una clasificación de puntaje total y por subescalas, correspondiendo la subescala 1 a la medición de la asertividad para la realización de prácticas satisfactorias, la subescala 2 mide la asertividad para la realización de prácticas seguras, y la subescala 3 que mide el grado de inhibición y la presencia de conductas no asertivas.

El grupo de tratamiento convencional (control) no mostró cambios en la evaluación inicial y final promedio de ninguna de las escalas de asertividad sexual: Total (152.2 DE 24.6 vs. 151.3 DE 21.4); subescala 1, asertividad para la realización de prácticas satisfactorias (82.8 ± 21.05 vs. 81.3 DE 17.6); subescala 2 asertividad para la realización de prácticas seguras (44.09 DE 5.7 vs. 43.8 ± 5.6); subescala 3, inhibición o conductas no asertivas (38.8 DE 6.6 vs. 37.7 ± 4.9).

En el caso de la evaluación de la asertividad para el **grupo ACT**, se encontró que todas las subescalas, con excepción de la 2, tuvieron una mejoría significativa: Total (134.2 DE 18.7 vs. 142.2 DE 21.4); subescala 1, asertividad para la realización de prácticas satisfactorias (66.8 DE 15.1 vs. 73.8 ± 15.6); subescala 2 asertividad para la realización de prácticas seguras (43.73 DE 7.6 vs. 43.4 DE 8.7 NS); subescala 3, inhibición o conductas no asertivas (34.8 DE 4.5 vs. 37.7 DE 4.7) (Ver Tabla 1).

Los resultados de la evaluación de la asertividad para el **grupo TCC** mostraron que sólo para la subescala de asertividad sexual total hubo diferencias significativas, pero no para las demás escalas: Total (106.6 DE 32.1 vs. 141.8 DE 38.7); subescala 1, asertividad para la realización de prácticas satisfactorias (68.5 DE 22.5 vs. 70.8 ± 26.7); subescala 2 asertividad para la realización de prácticas seguras (41.23 DE 8.7 vs. 44.2 DE 10.4); subescala 3, inhibición o conductas no asertivas (36.0 DE 5.2 vs. 39.0 DE 7.3).

Tabla 1. Análisis de la asertividad sexual y sus escalas en pacientes que ingresaron al grupo de terapia de aceptación y compromiso (ACT).

TIPO DE PSICOTERAPIA			Diferencias emparejadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
			Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior	Superior				
ACT	Par 1	ASERTIVIDAD SEXUAL SUBESCALA 1 PRE -POST	-12.1429	10.5582	3.9906	-21.9076	-2.3781	-3.043	6	0.023
	Par 2	ASERTIVIDAD SEXUAL SUBESCALA 2 PRE -POST	-1.1429	8.1123	3.0662	-8.6455	6.3598	-0.373	6	0.722
	Par 3	ASERTIVIDAD SEXUAL SUBESCALA 3 PRE -POST	-5.4286	4.8941	1.8498	-9.9549	-0.9023	-2.935	6	0.026
	Par 4	ASERTIVIDAD SEXUAL TOTAL PRE -POST	-16.8571	18.1423	6.8571	-33.6360	-0.0783	-2.458	6	0.049

Subescala 1= asertividad para la realización de prácticas satisfactorias; Subescala 2 = asertividad para la realización de prácticas seguras; Subescala 3= inhibición o conductas no asertivas. Pre = previa a la terapia; Post = al finalizar la terapia.

Tabla 2. Análisis de la asertividad sexual y sus escalas en pacientes que ingresaron al grupo terapéutico Cognitivo conductual (TCC).

TIPO DE PSICOTERAPIA			Diferencias emparejadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
			Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior	Superior				
TCC	Par 1	ASERTIVIDAD SEXUAL SUBESCALA 1 PRE -POST	-8.4000	19.0866	8.5358	-32.0992	15.2992	-0.984	4	0.381
	Par 2	ASERTIVIDAD SEXUAL SUBESCALA 2 PRE -POST	-5.6000	9.7622	4.3658	-17.7213	6.5213	-1.283	4	0.269
	Par 3	ASERTIVIDAD SEXUAL SUBESCALA 3 PRE -POST	-2.2000	4.4944	2.0100	-7.7806	3.3806	-1.095	4	0.335
	Par 4	ASERTIVIDAD SEXUAL TOTAL PRE -POST	-54.4000	22.5011	10.0628	-82.3388	-26.4612	-5.406	4	0.006

Subescala 1= asertividad para la realización de prácticas satisfactorias; Subescala 2 = asertividad para la realización de prácticas seguras; Subescala 3= inhibición o conductas no asertivas. Pre = previa a la terapia; Post = al finalizar la terapia.

Satisfacción sexual

Se evaluó de forma inicial la satisfacción sexual mediante el Inventario de satisfacción sexual de Álvarez-Gayou; el grupo de tratamiento convencional (control) tuvo un valor promedio de 106.6 (DE 27.1) y de forma final 101.2 (DE 17.9). El grupo de ACT tuvo un valor inicial promedio de 88.8 (DE 29.3) y de forma final 106.1 (DE 11.6). El grupo de TCC tuvo un valor inicial promedio de 88.8 (DE 25.04) y de forma final 105.6 (DE 24.7).

Tabla 3.- Análisis descriptivo de la satisfacción sexual en los 3 grupos.

Prueba de muestras emparejadas

Diferencias emparejadas

TIPO DE PSICOTERAPIA			Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
						Inferior	Superior			
CONTROL	Par 1	SATISFACCIÓN SEXUAL TOTAL PRE-POST	5.41667	12.59479	3.63580	-2.58568	13.41902	1.490	11	0.164
ACT	Par 1	SATISFACCIÓN SEXUAL TOTAL PRE-POST	-22.42857	25.05233	9.46889	-45.59811	0.74097	-2.369	6	0.056
TCC	Par 1	SATISFACCIÓN SEXUAL TOTAL PRE-POST	-8.20000	17.92205	8.01499	-30.45317	14.05317	-1.023	4	0.364

ACT: Terapia de aceptación y compromiso, TCC terapia cognitivo conductual; Pre = previa a la terapia; Post = al finalizar la terapia.

El análisis mostró que con ninguna terapia existieron diferencias significativas en la satisfacción sexual, aunque si se mostró una tendencia clara ($P=0.056$) a que hubiese mejoría con la Terapia de aceptación y compromiso (ACT).

Función sexual femenina

De los 40 participantes, 28 fueron mujeres, siendo 11 (91.7%) en el grupo convencional, 10 en el grupo de terapia cognitivo conductual donde representaron el 76.9% y siendo menos de la mitad (46.7%) del grupo de terapia de aceptación y compromiso. La función sexual femenina se midió a través del índice de función sexual femenina, el cual consta de 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.

El grupo convencional tuvo un valor promedio inicial total de 14.4 (DE 12.4); en el dominio deseo 3.0 (DE 1.8), excitación 1.9 (DE 1.7), lubricación 2.3 (DE 2.4), orgasmo 2.1 (DE 2.5), satisfacción 2.4 (DE 2.3) y dolor 2.6 (DE 2.8).

El grupo convencional tuvo un valor promedio final total de 16.7 (DE 9.6); en el dominio deseo 2.8 (DE 1.3), excitación 2.6 (DE 1.3), lubricación 2.8 (DE 1.8), orgasmo 2.6 (DE 2.0), satisfacción 2.6 (DE 1.7) y dolor 3.0 (DE 2.6).

Tabla 4.- Análisis descriptivo de la función sexual femenina en sus 6 dominios en el grupo control

Prueba de muestras emparejadas

Diferencias emparejadas

	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA DESEO PRE - POST	0.1200	0.8390	0.2653	-0.4802	0.7202	0.452	9	0.662
FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EXCITACIÓN PRE - POST	-0.6300	1.0812	0.3419	-1.4034	0.1434	-1.843	9	0.099
FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA LUBRICACIÓN PRE - POST	-0.5100	1.1493	0.3635	-1.3322	0.3122	-1.403	9	0.194
FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA ORGÁSMO PRE - POST	-0.5200	0.8443	0.2670	-1.1240	0.0840	-1.948	9	0.083
FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA SATISFACCIÓN PRE -POST	-0.2400	0.9834	0.3110	-0.9435	0.4635	-0.772	9	0.460
FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA TOTAL PRE -POST	-2.2600	4.9079	1.5520	-5.7709	1.2509	-1.456	9	0.179

Pre = previa a la terapia; Post = al finalizar la terapia.

No existió mejoría significativa en ninguno de los 6 dominios en el grupo control.

El grupo **ACT** tuvo un valor promedio inicial total de 11.9 (DE 3.31); en el dominio deseo 1.5 (DE 0.9), excitación 1.7 (DE 0.66), lubricación 2.6 (DE 1.05), orgasmo 1.5 (DE 0.58), satisfacción 2.3 (DE 1.2) y dolor 2.1 (DE 1.3).

El grupo ACT tuvo un valor promedio final total de 22.1 (DE 6.1); en el dominio deseo 2.8 (DE 1.3), excitación 3.3 (DE 0.73), lubricación 3.9 (DE 1.0), orgasmo 2.8 (DE 1.4), satisfacción 4.0 (DE 1.4) y dolor 5.0 (DE 1.9).

Los resultados de la evaluación de la función sexual femenina para el **grupo ACT** mostraron que existió mejoría en 2 dominios: Excitación sexual ($p=0.004$), orgasmo ($p=0.031$) y función sexual total ($p=0.019$) pero no para los demás dominios (ver Tabla 5).

Tabla 5.- Análisis descriptivo de la función sexual femenina en sus 6 dominios en el grupo ACT

Diferencias emparejadas

RAPIA	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA DESEO PRE -POST	-1.2000	1.4071	0.6293	-2.9472	0.5472	-1.907	4	0.129
FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EXCITACIÓN PRE - POST	-1.5600	0.5771	0.2581	-2.2765	-0.8435	-6.045	4	0.004
FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA LUBRICACIÓN PRE -POST	-1.5000	1.3583	0.6075	-3.1866	0.1866	-2.469	4	0.069
FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA ORGÁSMO PRE -POST	-1.6800	1.1454	0.5122	-3.1022	-0.2578	-3.280	4	0.031
FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA SATISFACCIÓN PRE -POST	-1.6000	1.9596	0.8764	-4.0332	0.8332	-1.826	4	0.142
FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA TOTAL PRE -POST	-10.7400	6.2931	2.8144	-18.5539	-2.9261	-3.816	4	0.019

ACT: Terapia de aceptación y compromiso, TCC terapia cognitivo conductual; Pre = previa a la terapia; Post = al finalizar la terapia.

El grupo TCC tuvo un valor promedio inicial total de 13.6 (DE 5.9); en el dominio deseo 2.4 (DE 1.6), excitación 2.3 (DE 1.8), lubricación 2.7 (DE 1.7), orgasmo 1.8 (DE 0.78), satisfacción 1.4 (DE 0.65) y dolor 2.7 (DE 1.9).

El grupo TCC tuvo un valor promedio final total de 37.5 (DE 12.1); en el dominio deseo 3.5 (DE 2.3), excitación 5.6 (DE 4.6), lubricación 7.8 (DE 3.4), orgasmo 6.3 (DE 3.4), satisfacción 6.4 (DE 3.6) y dolor 7.8 (DE 4.6).

Los resultados de la evaluación de la función sexual femenina para el **grupo TCC** mostraron que solo existió mejoría en la función sexual total ($p=0.05$) pero no para los demás dominios de forma individual.

Tabla 6.- Análisis descriptivo de la función sexual femenina en sus 6 dominios en el grupo TCC

RAPIA	Media	Desviación estándar	Diferencias emparejadas		t	gl	Sig. (bilateral)	
			Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA DESEO PRE - POST	-1.6000	2.7471	1.3736	-5.9713	2.7713	-1.165	3	0.328
FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EXCITACIÓN PRE -POST	-2.5250	5.0953	2.5477	-10.6328	5.5828	-0.991	3	0.395
FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA LUBRICACIÓN PRE -POST	-4.6000	5.2631	2.6315	-12.9747	3.7747	-1.748	3	0.179
FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA ORGÁSMO PRE -POST	-3.8500	3.0784	1.5392	-8.7485	1.0485	-2.501	3	0.088
FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA SATISFACCIÓN PRE -POST	-4.5000	3.3407	1.6703	-9.8157	0.8157	-2.694	3	0.074
FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA TOTAL PRE - POST	-22.4750	14.1806	7.0903	-45.0395	0.0895	-3.170	3	0.050

ACT: Terapia de aceptación y compromiso, TCC terapia cognitivo conductual; Pre = previa a la terapia; Post = al finalizar la terapia.

Función sexual masculina

De los 40 participantes, 12 fueron hombres, siendo la minoría (8.3%) en el grupo de tratamiento convencional, en el grupo de terapia cognitivo conductual representaron el 23.1% y fueron más de la mitad (53.3%) del grupo de la terapia de aceptación y compromiso. La función sexual masculina se midió a través del Índice internacional de función eréctil pero la muestra final es demasiado pequeña para realizar asociaciones.

DISCUSIÓN

El objetivo principal del estudio fue comparar 2 intervenciones psicoterapéuticas para el tratamiento de disfunciones sexuales en una población que ya contaba con algún otro trastorno ya sea depresivo, ansioso o ambos al momento de la evaluación y que se encontraban en tratamiento para dicho trastorno. Se ha documentado ampliamente el impacto deletéreo que tienen los diversos tratamientos farmacológicos para la depresión y ansiedad disponibles sobre la respuesta sexual humana en sus diversas etapas.

En este estudio, se encontró que ambas Terapias ACT y TCC fueron efectivas en reducir los síntomas de ansiedad y depresión para la población con disfunciones sexuales, en comparación con el grupo control, quien recibió tratamiento convencional.

Ruiz (Ruiz, 2012), realizó una revisión sistemática y meta análisis de 16 estudios que realizaban una comparación empírica entre ACT y TCC para diversos trastornos entre ellos 11 estudios enfocados a tratar trastornos depresivos y/o trastornos de ansiedad.

Un estudio comparativo para el tratamiento de la depresión que utilizo como el presente estudio ACT vs TCC en 18 participantes , (Zettle, Rains, & Hayes, 2011), y 12 semanas de tratamiento, con la desventaja que todos los participantes eran de sexo femenino, y en formato individual. Entre sus resultados se encontraron mayores reducciones en la escala de Hamilton de depresión y Beck con la intervención ACT, posterior a la intervención y 2 meses posteriores. En nuestros resultados ambas intervenciones fueron eficaces para disminuir síntomas depresivos; para la intervención ACT (15.8 ± 8.6) vs 7.6 ± 10.5) $p=0.034$, aunque la TCC mostró ser más eficaz para mejorar los síntomas depresivos (15.5 ± 6.4) vs 3.8 ± 1.9) $p=0.002$.

Un estudio que tiene la ventaja de tener una muestra más grande $n=50$ y enfocarse en los trastornos ansiosos (Niles et al., 2014), comparando a su vez TCC vs ACT, aunque también en formato individual y con un seguimiento a los 6 y 12 meses, con un 43% de muestra femenina y 20% cumplía criterios para trastorno depresivo mayor, estando en tratamiento antidepresivo al momento del estudio; este estudio muestra más similitudes con nuestra muestra, en la que se encuentra un alto grado de comorbilidad entre ambos trastornos y todos los participantes se encontraban en tratamiento farmacológico, mostrando a ambas intervenciones como igualmente efectivas, sin diferencias significativas.

En relación a las diferencias por grupo la intervención ACT en la escala Hamilton de ansiedad (19 ± 10.2) vs (7.2 ± 12.6) $p=0.003$. Para la intervención TCC, la escala Hamilton de ansiedad fue de (21 ± 7.9) vs (6.4 ± 4.6) $p=0.002$, con reducciones significativas con ambas intervenciones, cabe mencionar que el grupo TCC presentaba mayores grados de ansiedad de forma inicial.

En relación a la información disponible sobre el tratamiento psicoterapéutico para las disfunciones sexuales, Casi no existen artículos comparativos entre dichas terapias, para el tratamiento de disfunciones sexuales, aunque existe mayor información sobre la efectividad de la terapia cognitivo conductual (TCC) (Kuile, 2010) que para la Terapia de aceptación y compromiso (ACT).

Se ha utilizado la TCC sobre todo en el tratamiento de las disfunciones sexuales en pacientes oncológicos con mayor cantidad de estudios en sobrevivientes de cáncer de mama. (Hummel et al., 2015). Debido a que existía mayor evidencia que apoyaba el beneficio de la TCC se planteó como hipótesis que el grupo que recibiría la intervención con TCC presentaría una mayor mejoría con respecto al basal que el grupo ACT.

Pero a diferencia de lo que se esperaba se encontró que al menos en relación a la asertividad sexual los participantes del grupo ACT tuvieron mejoría en más subescalas que los participantes del grupo TCC, presentando mejoría únicamente en el puntaje total.

El grupo ACT: Total (134.2 ± 18.7 vs. 142.2 ± 21.4); subescala 1, asertividad para la realización de prácticas satisfactorias (66.8 ± 15.1 vs. 73.8 ± 15.6); y en la subescala 3, inhibición o conductas no asertivas (34.8 ± 4.5 vs. 37.7 ± 4.7); mientras que en el grupo TCC la subescala de asertividad sexual total presentó diferencias significativas, pero no para las demás escalas: Total (106.6 ± 32.1 vs. 141.8 ± 38.7).

En relación a la función sexual femenina para el **grupo ACT** mostraron que existió mejoría en 2 dominios: Excitación sexual ($p=0.004$), orgasmo ($p=0.031$) y función sexual total ($p=0.019$) pero no para los demás dominios, aun así mostrando superioridad a comparación de TCC en la función sexual total ($p=0.05$) pero no para los demás dominios de forma individual. Debido a los participantes masculinos eran muy pocos ($n=12$), perdiendo la mayor parte de la muestra al final de las evaluaciones no es posible hacer algún tipo de conclusión sobre ellos.

CONCLUSIONES

En general los resultados de este trabajo mostraron que para el tratamiento de la ansiedad y la depresión, ambas terapias fueron eficaces; sin embargo solo lo fueron de manera parcial para tratar los síntomas de la disfunción sexual. A pesar de que se esperaba que la Terapia Cognitivo Conductual mostrara mayores resultados, la intervención con Terapia de aceptación y compromiso mostro ser más eficaz respecto al basal en la asertividad sexual a comparación de la intervención con Terapia Cognitivo Conductual o el grupo convencional. En el resto de los inventarios hubo mejoría pero no marcadamente definida para un tipo de intervención.

Entre las limitaciones encontradas en el presente estudio se encuentra la muestra pequeña (n=40), que la mayor parte de los participantes fueron mujeres, ya que los hombres no llegaron a completar las evaluaciones. Otra limitación fue que no fue posible aleatorizar la muestra, ya que los participantes se dividieron en los grupos ACT, TCC o control de acuerdo a su posibilidad de acudir. Entre las ventajas se encuentran que es un estudio que explora no solo una comparación entre TCC vs ACT en síntomas depresivos y ansiosos, mostrando mejoría en estos con las 2 intervenciones situación que ya varios estudios han explorado como se ha comentado previamente sino que se evaluaron las disfunciones sexuales mostrando mejoría en diferentes dominios dependiendo de la terapia.

El presente estudio permite aportar información sobre la efectividad de estos abordajes psicoterapéuticos ya ampliamente estudiados en otras ramas médicas sobre todo en patología oncológica y aplicarla con éxito en pacientes con disfunciones sexuales no orgánicas, a pesar de continuar con su manejo farmacológico de la patología psiquiátrica basal con resultados esperanzadores que puedan abordarse en el futuro con una muestra más amplia para lograr replicar los datos obtenidos.

INSTRUMENTOS

a) Índice de función sexual femenina (Rosen R, 2000) (CM, 2003)

Este cuestionario desarrollado por Rosen fue traducido al español, vuelto a traducir al inglés y nuevamente traducido al español, 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 sexualidad.

Se obtiene la puntuación individual y se suman a los demás del mismo dominio, multiplicando por el factor correspondiente. La escala total es obtenida sumando los scores obtenidos de los 6 dominios. Un score de 0 en un dominio indica no actividad sexual en el último mes.

DOMINIO	PREGUNTAS	PUNTAJE	FACTOR	MINIMO	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

Se concluye que el Índice de Función Sexual Femenino es un instrumento sencillo de aplicar, que tiene propiedades psicométricas adecuadas y nos permite evaluar la sexualidad de la mujer en diferentes etapas de la vida. Nos parece un instrumento adecuado para evaluar la sexualidad en estudios epidemiológicos y para medir en trabajos clínicos la respuesta a diferentes terapias. (Rosen R, 2000)

b) Índice internacional de disfunción eréctil (Rosen RC, 1997)

El índice internacional de disfunción eréctil es un instrumento multidimensional autoaplicable, ampliamente utilizado para la valuación de la función sexual masculina. El IIEF fue desarrollado en conjunto con el programa de ensayo clínico para sildenafil en 1997, y se ha adoptado como el gold estándar para evaluar la eficacia en los ensayos clínicos. Se ha recomendado como el punto de corte primario para más de 50 ensayos de disfunción eréctil desde entonces, y para el diagnóstico y la evaluación de la severidad en la disfunción eréctil. En 1999, el IIEF fue recomendado en la primera consulta internacional sobre disfunción eréctil organizado por la Organización mundial de la salud como el de elección para medir la eficacia en estudios clínicos para disfunción eréctil.

Esta validado en 32 idiomas. El IIEF cumple criterios psicométricos de confiabilidad y validez, tiene un alto grado de sensibilidad y especificidad, y se correlaciona con otras medidas de resultados de tratamiento. Ha demostrado consistencia en estudios en EUA, Europa y Asia. Así como en un amplio rango de subgrupos etiológicos. (Rosen RC, 1997).

El punto de corte óptimo se ha encontrado que es de 25 puntos, con hombres con puntajes menores a 25 se clasifican con disfunción sexual y aquellos con puntajes mayores a 25 sin disfunción sexual.

Los 15 ítems están divididos en 5 dominios de funcionamiento sexual: Función eréctil (6 ítems), función orgásmica (2 ítems), deseo sexual (2 ítems), satisfacción durante la relación sexual (3 ítems) y satisfacción global (2 ítems)

La severidad se clasifica en 5 categorías diagnósticas.

22-25 No hay Disfunción eréctil

17-21 Disfunción eréctil leve

12-16 Disfunción eréctil leve a moderada

8-11 Disfunción eréctil moderada

5-7 Disfunción eréctil severa

Limitaciones de la Escala

A pesar de sus fuertes propiedades psicométricas y su amplia adopción en múltiples ensayos clínicos, el IIEF tiene limitaciones o debilidades en áreas específicas. Algunas de estas limitantes pertenecen al diseño inherente y la

construcción del instrumento, mientras otras son intrínsecas al uso de cuestionarios breves de este tipo en general.

El IIEF se enfoca solo en el funcionamiento sexual actual y provee una evaluación superficial de otros dominios de funcionamiento sexual aparte de la erección. No provee ninguna información específica sobre la relación o el funcionamiento sexual de pareja. Puede ser debatido debido a que son áreas importantes de la evaluación en la práctica clínica. No se espera que el instrumento pueda discriminar entre los diferentes tipos de trastornos del deseo (primario o secundario), o distinguir entre eyaculación prematura y otros tipos de trastornos orgásmicos.

c) Escala de asertividad sexual Honold (Honold Espinosa, 2009)

El instrumento quedó conformado en tres subescalas, que corresponden a los pesos factoriales de cada componente principal:

- Factor 1: Asertividad sexual para la realización de prácticas sexuales satisfactorias
- Factor 2: Asertividad sexual para la realización de prácticas sexuales seguras.
- Factor 3: Inhibición o conductas no asertivas

Forma de evaluación: La escala está diseñada para trabajar con los puntajes totales o directos; a medida que el respondiente obtenga más puntos en la escala, mayor será su grado de asertividad.

Puntaje en subescalas

Subescala 1 Asertividad sexual para la realización de prácticas sexuales satisfactorias

Grado de Asertividad	
Asertividad Sexual Baja	24 a 48 puntos
Asertividad Sexual moderada	49 a 72 puntos
Asertividad Sexual alta	73 a 96 puntos
Asertividad Sexual muy alta	97 a 120 puntos

Subescala 2: Asertividad sexual para la realización de prácticas sexuales seguras

Grado de Asertividad	
Asertividad Sexual Baja	13 a 26 puntos

Asertividad Sexual moderada	27 a 39 puntos
Asertividad Sexual alta	40 a 52 puntos
Asertividad Sexual muy alta	53 a 64 puntos

Subescala 3: Inhibición o conductas no asertivas

Grado de Asertividad	
Asertividad Sexual Baja	11 a 22 puntos
Asertividad Sexual moderada	23 a 33 puntos
Asertividad Sexual alta	34 a 44 puntos
Asertividad Sexual muy alta	45 a 46 puntos

Puntaje Total

Finalmente, la calificación total puede categorizarse en función del mayor o menor grado de asertividad sexual expresado por el total de los ítems. A continuación se presenta la tabla de clasificación del total de la calificación:

49 a 90 puntos	Asertividad Sexual Baja
91 a 135 puntos	Asertividad Sexual Media
136 a 180 puntos	Asertividad Sexual Alta
186 a 225 puntos	Asertividad Sexual Muy Elevada

d) Inventario de satisfacción sexual (J. L. M. Álvarez-Gayou, P. y Honold, A, 2005)

El inventario consta de 29 ítems, Para calificar el instrumento todas las preguntas excepto el ítem no. 4, tienen los siguientes valores:

Para el ítem 4 (“Me cuesta trabajo que mi pareja diga lo que le gusta y no durante la relación sexual”) los valores de las respuestas se invierten:

El total se obtiene sumando los puntajes de cada pregunta. El puntaje mínimo es, por lo tanto, 29 y el máximo 145. A mayor puntaje, mayor será el índice de satisfacción sexual.

Se asignaron cuatro niveles de satisfacción sexual a cuatro rangos de puntuación en función del comportamiento de la muestra:

Niveles de satisfacción asignados a cada rango de puntuación.

Puntaje total	Nivel de Satisfacción sexual
29-110	Bajo
111-123	Medio
124-145	Alto

e) Escala Hamilton de Depresión. (Hamilton, 1960)

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

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:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25%. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo.

f) Escala Hamilton de Ansiedad (Thompson, 2015)

Se trata de una escala heteroadministrada 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.

No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio se realizará apegándonos a los principios acordados en la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial 2008). A todos los sujetos participantes en el estudio se les solicitará consentimiento informado, en el cual se explica claramente la naturaleza curso del mismo, ante dos testigos y el médico responsable, se otorgará una copia al paciente y se anexará otra al expediente. Se hace explícito que el paciente tiene la posibilidad de no participar y que esto no llegará a afectar la atención que hasta el momento presente en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, así mismo la participación no llegará a afectar el tratamiento recibido acá. Los datos generados en la investigación serán utilizados únicamente con fines científicos (Diario Oficial de la Federación 1983) y no se les dará otro uso, salvo autorización escrita y expresa de los pacientes y de los comités antes mencionados, guardando la absoluta confidencialidad de los pacientes que accedan a participar, durante la investigación se omitirán en las bases de datos los nombres de los pacientes ya que se asignará un código secuencial para el análisis estadístico.

Todas las acciones realizadas en este estudio se apegaran al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I. En acuerdo a esta ley será un estudio con riesgo mínimo, ya que en los que catalogan de este tipo se incluyen estudios que realicen exámenes psicológicos de diagnóstico, procedimiento que forma parte de la metodología de este estudio.

Se estipula que la posibilidad de complicaciones es mínima y serían relacionadas con la presencia de síntomas ansiosos o afectivos en torno a alguna pregunta que se realice durante la evaluación, en cuyo se dará una atención inicial con el fin de poder brinda contención verbal y apoyo psicoterapéutico pero en caso de ser necesario solicitar atención por parte del servicio de Atención Psiquiátrica Continua de la Institución.

Principios éticos:

Respeto por las personas:

- Protección a las personas con autonomía disminuida
- Proteger a las personas dependientes o vulnerables contra daño o abuso

Beneficencia

- Maximizar el beneficio y minimizar el daño en el tratamiento
- No causar daño deliberadamente

Justicia: Tratar a cada persona de acuerdo a lo que se considera correcto y apropiado

Solidaridad: Ser solidario con el paciente en situaciones en donde existan distintas necesidades.

Responsabilidad: Responder voluntariamente a las necesidades del paciente

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: Diferencias en la efectividad entre la terapia de aceptación y compromiso y la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de disfunciones sexuales en pacientes del INPRFM.

Se le invita a formar parte de un estudio clínico, cuya participación es totalmente voluntaria y usted cuenta con la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y negarse a participar en el presente estudio, sin que por ello se generen perjuicios para su atención o para su persona.

Explicación General. Nos interesa comparar la efectividad para el tratamiento de disfunciones sexuales por medio de dos diferentes tipos de terapia psicológica, dicha terapia tendrá una duración será de 12 sesiones (3 meses) con esta información pretendemos detectar si existe mejoría con la terapia para este padecimiento y si esto mejoró también la ansiedad o/y la depresión; midiéndolo a través de 3 escalas auto aplicables y 2 escalas heteroaplicables.

Estudio. Si acepta participar en este estudio, por favor firme esta carta. Se realizaran 2 etapas de evaluación; al inicio de las intervenciones psicológicas y al finalizar la intervención. Se aplicaran instrumentos para medir la severidad de la depresión, ansiedad, la asertividad y satisfacción sexual así como la función sexual masculina y femenina. La duración de las intervenciones psicoterapeúticas sera de 12 sesiones (3 meses). Usted se beneficiara de recibir un tratamiento psicoterapéutico para tratar disfunciones sexuales, con evaluación gratuita.

Al final del procedimiento usted conservará su carta de consentimiento firmada y el investigador se quedará con una copia de la misma y con los cuestionarios que usted respondió.

Confidencialidad. Los datos obtenidos a partir de estos cuestionarios son confidenciales. La carta de consentimiento está separada de éstos, de tal forma que no se sabe el nombre de quien los contestó. Los resultados recabados serán manejados sólo con un número de folio consecutivo que se les asigna a través de una base de datos. La información solo será accesible para el equipo de investigación. En ningún momento se hace del conocimiento a terceros de su nombre o datos personales, ni tampoco podrá ser utilizada para perjuicio de nadie.

Ventajas para usted: Usted recibirá tratamiento psicoterapéutico para disfunciones sexuales, teniendo una evaluación sin ningún costo, pudiendo beneficiarse de las intervenciones psicoterapéuticas, así como permitir tener más conocimiento sobre estrategias que puedan beneficiar a pacientes de características similares en el futuro.

Atentamente.

 Dra. Ana Lilia Cerda Molina
 Asesora Metodológica

 Dra. Beatriz Cerda de la O
 Asesora Clínica

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Yo _____ entiendo lo arriba escrito y acepto participar en esta investigación.

Firma de la participante _____

Ciudad de México. a _____ del mes de _____ del año 2017.

Testigo 1 _____

Nombre y firma

Testigo 2 _____

Nombre y firma

CUESTIONARIOS

Cuestionario de Índice de función sexual femenina

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

Cuestionario índice internacional de disfunción eréctil (IIEF-5)

1.- Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia fue usted capaz de lograr una erección durante la actividad sexual?

- No tuve ninguna actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (como la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

2.- Durante las últimas 4 semanas, cuando ha tenido usted erecciones con estimulación sexual, ¿con qué frecuencia sus erecciones fueron lo suficientemente duras para realizar la penetración?

- No tuve ninguna estimulación sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (como la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

3.- Durante las últimas 4 semanas, cuando usted intentó realizar el acto sexual o coito, ¿con qué frecuencia fue capaz de penetrar a su pareja?

- No intente realizar el acto sexual o coito
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (como la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

4.- Durante las últimas 4 semanas, durante el acto sexual o coito, ¿con qué frecuencia fue usted capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja (cuando su pene está dentro de la vagina de su pareja)

- No intente realizar el acto sexual o coito
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (como la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

5.- Durante las últimas 4 semanas, durante el acto sexual o coito ¿qué tan difícil fue mantener la erección hasta el final del acto sexual o coito?

- No intente realizar el acto sexual o coito
- Extremadamente difícil
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No tuve ninguna dificultad

6.- Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha intentado realizar el acto sexual o coito?

- Ningún intento
- 1-2 intentos
- 3-4 intentos
- 5-6 intentos
- 7-10 intentos
- 11 o más intentos

7.- Durante las últimas 4 semanas, cuando intentó realizar el acto sexual o coito ¿qué tan seguido fue satisfactorio para usted el acto sexual o coito?

- No intente realizar el acto sexual o coito
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (como la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

8.- Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto ha disfrutado usted el acto sexual o coito?

- No intente realizar el acto sexual o coito
- Disfrute muchísimo
- Disfruté mucho
- Disfruté más o menos
- No disfruté casi nada
- No disfruté nada

9.- Durante las últimas 4 semanas, cuando usted tuvo estimulación sexual o realizó el acto sexual (coito), ¿con qué frecuencia eyaculó?

- No tuve estimulación sexual ni realice el acto sexual o coito
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (como la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

10.- Durante las últimas 4 semanas, cuando usted tuvo estimulación sexual o realizó el acto sexual (coito), ¿con qué frecuencia tuvo la sensación del orgasmo con o sin eyaculación?

- No tuve estimulación sexual ni realice el acto sexual o coito
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (como la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

11.- Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido deseo sexual?

- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (como la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

12.- Durante las últimas 4 semanas, ¿como calificaría usted su nivel de deseo sexual?

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

13.- Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecho ha estado usted con su vida sexual en su totalidad?

- Muy satisfecho
- Moderadamente satisfecho
- Igual de satisfecho que de insatisfecho
- Moderadamente insatisfecho
- Muy insatisfecho

14.- Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecho ha estado usted con sus relaciones sexuales con su pareja?

- Muy satisfecho
- Moderadamente satisfecho

- Igual de satisfecho que de insatisfecho
- Moderadamente insatisfecho
- Muy insatisfecho

15.- Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría usted su confianza en lograr y mantener una erección?

- Muy alta
- Alta
- Regular
- Baja
- Muy baja

Cuestionario Escala de asertividad sexual Honold

Instrucciones: Subraya una sola de las respuestas por reactivo y contesta de la manera más honesta. Gracias por tu participación.

1.-Si deseo que mi pareja me acaricie durante el acto sexual, espero a que él/ella tome la iniciativa.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

2.-Si deseo que mi pareja me bese durante el acto sexual se lo pido.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

3.-Aceptaría el uso de juguetes sexuales, aunque no esté de acuerdo.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

4.-Le comunico a mi pareja mi gusto o desagrado por usar esencias o aromas en el acto sexual.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

5.-Le comunico a mi pareja mi deseo por ser masturbado/a durante el acto sexual.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

6.-Si me molesta la masturbación durante el acto sexual, se lo comunico a mi

pareja.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

7.-Le comunico a mi pareja mi deseo de “probar” una posición sexual.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

8.-Le comunico a mi pareja mi deseo de hacer realidad una fantasía sexual.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

9.-Acepto tener relaciones sexuales cuando mi pareja lo desea, aunque yo no quiera.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

10.-Le comunico a mi pareja mis sentimientos hacia él/ella.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

11.-Le pido a mi pareja el uso de algún preservativo antes de la relación sexual.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

12.-Acepto tener relaciones sexuales cuando mi pareja me pide que no use preservativo.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

13.-Le preguntaría a mi pareja si ha tenido o tiene alguna enfermedad de transmisión sexual.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

14.-Le comunico a mi pareja mis sentimientos, emociones y sensaciones durante el acto sexual.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

15.-Le pido a mi pareja que se detenga durante el acto sexual si me siento mal o incómodo/a.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

16.-Le comunico a mi pareja mi inconformidad cuando me compara con sus relaciones pasadas.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

17.-Le comunico a mi pareja cuando no estoy de acuerdo en la manera como ejerce su sexualidad.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

18.-Adopto una actitud hostil o de rechazo hacia mi pareja cuando no estoy de acuerdo en cómo ejerce su sexualidad.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

19.-Le comunico a mi pareja mi deseo porque me bese en un lugar específico.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

20.-Dejo de comunicarle a mi pareja mi desagrado cuando me besa en cierto lugar por no hacerlo sentir incómodo/a.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

21.-Dejo que continúe la conducta violenta de mi pareja durante la relación sexual aún cuando no me gusta.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

22.-Si me molesta que mi pareja inicie el sexo oral le pido que se detenga.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

23.-Le podría comunicar a mi pareja que quiero tener la experiencia de un trío.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

24.-Acepto tener un trío porque mi pareja lo quiere, aún cuando no estoy de acuerdo.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

25.-Le podría comunicar a mi pareja que sostengo relaciones sexuales únicamente por deseo sexual sin vínculo afectivo.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

26.-Dejo de comunicarle a mi pareja mis deseos, pensamientos y creencias por miedo a que pierda el romanticismo

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

27.-Le comunicaría a mi pareja si no tuviera un orgasmo durante la relación sexual.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

28.-Le comunico a mi pareja mi deseo porque continúe, aún cuando él/ella ha llegado al clímax y yo no.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

29.-Le comunico a mi pareja mi deseo por continuar el acto sexual, aún cuando me ha dicho que está cansado/a físicamente.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

30.-Dejo de comunicarle a mi pareja que no alcancé el clímax por miedo a interrumpir la relación sexual.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca

31.-Comienzo las relaciones sexuales con mi pareja si lo deseo.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca

32.-Dejo a mi pareja que toque mis órganos sexuales si así lo quiero.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

33.-Si deseara que mi pareja toque mis órganos sexuales esperarí a que tome él/ella la iniciativa.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

34.-Le comunico a mi pareja si deseo que bese mis órganos sexuales.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca

35.-Doy besos a mi pareja si ejerce presión, aún cuando yo no quiero.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca

36.-Acepto poner en mi boca los órganos sexuales de mi pareja si lo desea, aún cuando no quiero hacerlo.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

37.-Rechazo que mi pareja toque mis pechos si no lo deseo, aún si insiste.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

38.-Le comunico a mi pareja que no deseo que toque mis órganos, aún si ejerce presión.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

39.-Rechazo tener sexo si no lo deseo, incluso si mi pareja insiste.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

40.-Tengo relaciones sexuales sin usar condón si mi pareja no le gusta usarlo, aún cuando yo deseo usarlo.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

41.-Tengo sexo sin usar condón si mi pareja insiste, aún si no lo deseo.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

42.-Me aseguro que mi pareja y yo utilicemos condón cuando tenemos relaciones sexuales.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

43.-Acepto no usar condón si mi pareja así lo desea.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

44.-Insisto en usar condón si lo deseo, aún si mi pareja no lo quiere.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

45.-Rechazo tener sexo si mi pareja se niega a utilizar condón.

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

Cuestionario de escala de satisfacción sexual

1. En mis relaciones sexuales siento que me importa mucho la otra persona y le importo a ella

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

2. En mis relaciones sexuales tengo muchos sentimientos positivos hacia mi pareja y los recibo también

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

3. En mis relaciones sexuales expreso lo que me gusta y lo que no me gusta a mi pareja

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

4. Me cuesta trabajo aceptar que mi pareja me diga lo que le gusta y no durante la relación sexual

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

5. Durante la relación sexual doy y me dan besos

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

6. Recibo y doy muchas caricias durante mis relaciones sexuales

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

7. Siento y tengo mucha confianza en mi pareja

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

8. Siento mucho cariño por parte de mi pareja en la relación sexual

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

9. En mis relaciones sexuales me siento libre

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

10. Me siento satisfech@ después de tener relaciones sexuales

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

11. Disfruto mucho el acariciar a mi pareja durante la relación sexual

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

12. Disfruto mucho recibir caricias de mi pareja durante la relación sexual

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

13. Me parece que mi pareja actúa en forma responsable durante las relaciones sexuales

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

14. Planeamos nuestras relaciones sexuales

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

15. En mis relaciones sexuales tengo orgasmos

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

16. Tenemos tiempo suficiente para nuestras relaciones sexuales

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

17. En mis relaciones sexuales me siento seducid@

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

18. Mis relaciones sexuales son placenteras

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

19. En mis relaciones sexuales siento erotismo propio y en la pareja

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

20. En mis relaciones sexuales se dan abrazos

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

21. Se da una entrega total en mi y mi pareja

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

22. Siento respeto mutuo en la relaciones sexuales

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

23. Las relaciones sexuales que tengo son apasionadas

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
---------	----	----	-------	-------

mayoría	ocasiones	veces
de las	si y otras	
veces	no	

24. En mis relaciones sexuales se da el respeto

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

25. Son importantes en mis relaciones sexuales los sabores

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

26. Son importantes los olores durante mis relaciones sexuales

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

27. La frecuencia con la que tengo relaciones sexuales me satisface

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

28. Ver a mi pareja desnuda , y yo estarlo, es importante para disfrutar de una relación sexual

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

29. La masturbación contribuye a mi satisfacción sexual

Siempre	La	En	Pocas	Nunca
	mayoría	ocasiones	veces	
	de las	si y otras		
	veces	no		

Escala Hamilton de depresión

Seleccione de cada apartado la opción que mejor caracterice al enfermo en el momento de la evaluación.

1, Ánimo deprimido: triste, desesperanzado (a), desamparado (a), autodevaluado (a)

0 = Ausente

1 = Estos estados de ánimo se mencionaron en el interrogatorio

2 = Estos estados de ánimo se reportaron verbalmente de forma espontánea

3 = Comunica estos estados de ánimo en forma “no verbal”, es decir, mediante expresiones faciales, actitudes, voz, tendencia al llanto, etc.

4 = Comunica prácticamente sólo estos estados de ánimo, en su comunicación espontánea verbal y no verbal

3. Sentimientos de culpa

0 = Ausentes

1 = Autorreproche, siente que ha defraudado a alguien

2 = Ideas de culpa sobre errores pasados. Piensa en ellos repetitivamente y con preocupación

3 = Piensa que la enfermedad actual es un castigo. Delirios de culpa.

4 = Escucha voces acusatorias que lo denuncian y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

4. Suicidio

0 = Ausente

1 = Siente que no vale la pena vivir

2 = Desea morir o tiene pensamientos en relación a su propia muerte

3 = Ideas o gestos suicidas

4 = Intentos de suicidio

5. Insomnio inicial

0 = Sin dificultad para conciliar el sueño

1 = Se queja de dificultad ocasional para conciliar el sueño (más de media hora)

2 = Se queja de dificultad para conciliar el sueño todas las noches

6. Insomnio intermedio

0 = Sin dificultad

1 = Se queja de estar inquieto y perturbado durante la noche

2 = Se despierta durante la noche y/o necesita levantarse de la cama (excepto para ir al baño)

7. Insomnio terminal

0 = Sin dificultad

1 = Se despierta durante la madrugada pero puede volver a dormirse

2 = Incapaz de volverse a dormir si se despierta en la madrugada o se levanta de la cama

8. Trabajo y actividades

0 = Sin dificultad

1 = Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad relacionados con sus actividades, su trabajo o pasatiempos

2 = Pérdida del interés en sus actividades, pasatiempos, o trabajo, ya sea reportado directamente por el enfermo o deducido indirectamente mediante sus negligencias, indecisiones y/o titubeos (siente que tiene que hacer un gran esfuerzo para trabajar y/o desempeñar sus actividades)

3 = Disminución del tiempo que dedica a sus actividades o disminución en su productividad. En el hospital se califica con 3 si el enfermo no dedica cuando

menos 3 horas diarias a las actividades y rutinas del servicio de hospitalización, si las hay

4 = Dejó de trabajar debido a su enfermedad actual. En el hospital se califica con 4 al enfermo que no participa en alguna de las actividades de rutina, si las hay

9. Retardo: lentitud de pensamientos y/o discurso, dificultad para concentrarse, disminución de la actividad motora

0 = Ausente

1 = Ligero retardo durante la entrevista

2 = Obvio retardo durante la entrevista

3 = Entrevista difícil debido al retardo

4 = Estupor completo

10. Agitación

0 = Ninguna

1 = Jugueteo con las manos de objetos como papeles, cabello, etc.

2 = Comerse las uñas, jalarse el cabello, morderse los labios, etc.

11. Ansiedad psíquica

0 = Ausente

1 = Tensión subjetiva e irritabilidad

2 = Preocupación por cosas triviales

3 = Actitud aprehensiva aparente por su expresión o al hablar

4 = Expresa miedo o temor espontáneamente

12. Ansiedad somática: Equivalentes fisiológicos de la ansiedad.

Gastrointestinales boca seca, gases, indigestión, diarrea, cólicos, eructos.

Cardiovasculares palpitaciones, jaquecas. Respiratorios hiperventilación, suspiros. Aumento en la frecuencia urinaria. Diaforesis.

0 = Ausente

1 = Leve

2 = Moderada

3 = Grave

4 = Incapacitante

13. Síntomas somáticos gastrointestinales

0 = Ninguno

1 = Pérdida de apetito, pero come sin la insistencia de sus familiares o del personal. Sensación de malestar, distensión o pesadez en el abdomen.

2 = Dificultad para comer, a pesar de la insistencia de los familiares o del personal. Toma laxantes y otros medicamentos para síntomas gastrointestinales.

14. Síntomas somáticos en general

0 = Ninguno

1 = Sensación de pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dolor de espalda, de cabeza, o musculares. Pérdida de energía y fatiga.

2 = Todo síntoma específico se califica con 2

15. Síntomas genitales: Disminución o pérdida de la libido, trastornos menstruales

0 = Ausentes

1 = Moderados

2 = Graves

16. Hipocondriasis

0 = Ausente

1 = Absorto en su propio cuerpo

2 = Preocupación por su salud

3 = Quejas frecuentes, peticiones de ayuda constantes, etc.

4 = Delirios hipocondríacos

17. Pérdida de peso: Complétese ya sea A o B. Cuando se evalúa por historia (antes del inicio de tratamiento) A.

0 = Sin pérdida de peso

1 = Probable pérdida de peso en relación a la enfermedad actual

2= Pérdida de peso definitiva según el paciente B. 0 = Pérdida menor de 0.5 kg. de peso en la semana 1 = Más de 0.5 kg. 2 = Más de 1 kg.

B. Cuando se evalúa semanalmente

18. Introspección

0 = Reconoce que ha estado deprimido (a) y enfermo (a)

1 = Reconoce su enfermedad pero la atribuye a otras causas como mala alimentación, al clima, exceso de trabajo, algún virus, etc.

2= Niega estar enfermo

19: Variaciones diurnas. Completar AM o PM si los síntomas son más severos en la mañana o en la tarde PM

Ausente Moderado Grave

0 = Ausente 1 = Moderado 2 = Grave

20: Despersonalización: Sentimientos de irrealidad o ideas nihilistas
Ausente Leve Moderado

Grave Incapacitante

21: Síntomas paranoides Ninguno Sospechoso Suspicious

22: Ideas de referencia Delirios de referencia y/o persecución

23: Síntomas obsesivo compulsivos Ausentes Moderados Graves

TOTAL _____

Escala Hamilton de ansiedad

SINTOMAS	DESCRIPCION
HUMOR ANSIOSO	Inquietud, espera de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad
TENSIÓN	Sensación de tensión, fatiga, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse quieto en un lugar, incapacidad de relajarse
MIEDOS	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud
INSOMNIO	Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño no reparador con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos
FUNCIONES INTELLECTUALES	Dificultad para concentrarse, mala memoria
HUMOR DEPRESIVO	Falta de interés, ya no disfruta con los pasatiempos, depresión, insomnio en la madrugada, cambios del humor durante el día
SÍNTOMAS SOMÁTICOS	Dolores y cansancio muscular, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar los dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado
SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES	Zumbido de oídos, visión borrosa, bochornos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo
SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES	Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, sensación de desmayo, extrasístoles
SÍNTOMAS RESPIRATORIOS	Peso u opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea
SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES	Dificultad para deglutir, meteorismo, dolor abdominal, sensación de ardor, distensión abdominal, náusea, vómito, borborismos, sensación de estómago vacío, pérdida de peso, estreñimiento.
SÍNTOMAS GENITOURINARIOS	Micciones frecuentes, urgencia al orinar, amenorrea, menorragia, disminución o pérdida de la libido, dificultad para llegar al orgasmo, dificultad en la erección, eyaculación precoz
SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO	Boca seca, accesos de rubor, palidez, sudoración excesiva, vértigo, cefalea tensional, piloerección
COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA	Agitado, inquieto o dando vueltas, manos temblorosas, ceño fruncido, facies tensa, suspiros o respiración agitada, palidez, tragar saliva, eructos, movimientos rápidos de los tendones, midriasis, exoftalmos

BIBLIOGRAFIA

- Álvarez-Gayou. (2011). *Sexoterapia integral* (S. V. Fuentes Ed. segunda ed.). México Manual Moderno.
- Álvarez-Gayou, J. L. M., P. y Honold, A. (2005). ¿Qué hace buena una relación sexual? Percepción de un grupo de mujeres y hombres mexicanos/as. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología, Vol. XI (1)*.
- Andersson, E., Walen, C., Hallberg, J., Paxling, B., Dahlin, M., Almqvist, J., . . . Andersson, G. (2011). A randomized controlled trial of guided Internet-delivered cognitive behavioral therapy for erectile dysfunction. *J Sex Med, 8(10)*, 2800-2809. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02391.x
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th* España Panamericana
- Balon, R. T. S. (2009). *Clinical Manual of Sexual Disorders* (A. P. Publishing Ed. Richard Balon, Robert Taylor Seagraves ed. Vol. 1). Canada.
- Bentley, S. M., Pagalilauan, G. L., & Simpson, S. A. (2014). Major depression. *Med Clin North Am, 98(5)*, 981-1005. doi:10.1016/j.mcna.2014.06.013
- Berman, M. I., Boutelle, K. N., & Crow, S. J. (2009). A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev, 17(6)*, 426-434. doi:10.1002/erv.962
- Clayton, A. H. (2014). Sexual dysfunction associated with major depressive disorder and antidepressant treatment. *Expert Opin Drug Saf, 13(10)*, 1361-1374. doi:10.1517/14740338.2014.951324
- CM, M. (2003). Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Marital Ther, 29(1)*, 39-46.
- Giuri, S., Caselli, G., Manfredi, C., Rebecchi, D., Granata, A., Ruggiero, G. M., & Veronese, G. (2016). Cognitive Attentional Syndrome and Metacognitive Beliefs in Male Sexual Dysfunction: An Exploratory Study. *Am J Mens Health*. doi:10.1177/1557988316652936
- Graham, C. D., Gouick, J., Krahe, C., & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clin Psychol Rev, 46*, 46-58. doi:10.1016/j.cpr.2016.04.009
- Hacker, T., Stone, P., & MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy - Do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *J Affect Disord, 190*, 551-565. doi:10.1016/j.jad.2015.10.053
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry, 23*, 56-62.
- Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Dixon, A. L., Koo, S., & Munro, K. (2016). Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavior Therapy for Children With Anxiety: Outcomes of a Randomized Controlled Trial. *J Clin Child Adolesc Psychol, 1-16*. doi:10.1080/15374416.2015.1110822
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies - Republished Article. *Behav Ther, 47(6)*, 869-885. doi:10.1016/j.beth.2016.11.006
- Honold Espinosa, J. A., Álvarez-Gayou Jurgenson, J. L., Millán Álvarez P. (2009). Diseño de una escala autoaplicable para la evaluación de la asertividad sexual. [Design of a self applicable scale for the evaluation of sexual assertiveness]. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología, XV No. 1*.
- Hummel, S. B., van Lankveld, J. J., Oldenburg, H. S., Hahn, D. E., Broomans, E., & Aaronson, N. K. (2015). Internet-based cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women treated for breast cancer: design of a multicenter, randomized controlled trial. *BMC Cancer, 15*, 321. doi:10.1186/s12885-015-1320-z

- Kaczurkin, A. N., & Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues Clin Neurosci*, *17*(3), 337-346.
- Kellogg Spadt, S., Rosenbaum, T. Y., Dweck, A., Millheiser, L., Pillai-Friedman, S., & Krychman, M. (2014). Sexual health and religion: a primer for the sexual health clinician (CME). *J Sex Med*, *11*(7), 1607-1618; quiz 1619. doi:10.1111/jsm.12593
- Kuile, M. M. (2010). Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *Psychiatr Clin North Am*, *33*(3), 595-610. doi:10.1016/j.psc.2010.04.010
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., . . . Segraves, R. T. (2016). Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med*, *13*(2), 153-167. doi:10.1016/j.jsxm.2015.12.015
- Montis, A. d. (2008). *Sexualidad Humana México: Editorial Manual Moderno*.
- Niles, A. N., Burklund, L. J., Arch, J. J., Lieberman, M. D., Saxbe, D., & Craske, M. G. (2014). Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder: comparing acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy. *Behav Ther*, *45*(5), 664-677. doi:10.1016/j.beth.2014.04.006
- OMS. (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid Ed. Méditor.
- OMS. (2016). Definición sexualidad
- Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., . . . Schatzberg, A. F. (2016). Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers*, *2*, 16065. doi:10.1038/nrdp.2016.65
- Quilliam, S. (2015). 'The institute of sexology'. *J Fam Plann Reprod Health Care*, *41*(2), 152-153. doi:10.1136/jfprhc-2015-101207
- Remes, O., Brayne, C., van der Linde, R., & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain Behav*, *6*(7), e00497. doi:10.1002/brb3.497
- Rosen R, B. C., Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R Jr. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*, *26*(2), 191-208.
- Rosen RC, R. A., Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, *49*(6), 822-830.
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy versus Traditional Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis of Current Empirical Evidence. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, *12*, 333-357.
- Stanley, M. A., Wilson, N. L., Amspoker, A. B., Kraus-Schuman, C., Wagener, P. D., Calleo, J. S., . . . Kunik, M. E. (2014). Lay providers can deliver effective cognitive behavior therapy for older adults with generalized anxiety disorder: a randomized trial. *Depress Anxiety*, *31*(5), 391-401. doi:10.1002/da.22239
- Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Horm Behav*, *64*(2), 288-297. doi:10.1016/j.yhbeh.2013.02.020
- Thompson, E. (2015). Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A). *Occup Med (Lond)*, *65*(7), 601. doi:10.1093/occmed/kqv054
- Warnock, J. J. (2002). Female hypoactive sexual desire disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs*, *16*(11), 745-753.

Zettle, R. D., Rains, J. C., & Hayes, S. C. (2011). Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: a mediation reanalysis of Zettle and Rains. *Behav Modif*, 35(3), 265-283. doi:10.1177/0145445511398344