

**UNIVERSIDAD**

**DE ALMERÍA**

**Escuela de CC de la Salud**



---

**MÁSTER OFICIAL EN SEXOLOGÍA**

**Curso Académico 2011/2013**

**Trabajo de Fin de Máster**

**ESTUDIO SOBRE LAS DISFUNCIONES SEXUALES  
SECUNDARIAS A PSICOFÁRMACOS EN  
PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES EN EL  
ÁREA DE CARTAGENA.**

**Autora: Azahara Sánchez Gómez**

**Tutora: Rosa M<sup>a</sup> Zapata Boluda.**



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

### **Agradecimientos**

*Agradecer a mi tutora Rosa M<sup>a</sup> Zapata por su dedicación, apoyo y cariño durante la elaboración de este trabajo.*

*A mi pareja y familia, por sus ánimos y aceptar todo el tiempo que nos les he podido dedicar durante este tiempo sin ellos nunca hubiese sido posible.*

*A mis compañeras de trabajo, y en especial a Beatriz, Lola, Marisol, Sheila y Tamara por su ayuda y colaboración en el mío.*

*A mis compañeros de master, he conocido a personas magníficas y en especial a Rocío González, María del Mar García, Isabel Vázquez y María del Carmen Ramírez, por los buenos ratos compartidos y sobre toda la amistad que ha nacido entre nosotras.*



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

### RESUMEN

Es necesario plantearnos la importancia de la sexualidad en pacientes con trastornos mentales y en tratamiento con psicofármacos. El empeoramiento en la función sexual en pacientes con trastornos psiquiátricos es muy frecuente y a menudo secundario a la medicación (fundamentalmente antidepresiva y neuroléptica).

**Objetivos:** Conocer las posibles disfunciones sexuales causadas por psicofármacos y la repercusión en su función sexual de las personas que la padecen una enfermedad mental.

**Material y métodos:** La muestra consta de 70 pacientes, de los cuales 42 son hombres y 28 mujeres, con diferentes patologías mentales. Se evaluó la sexualidad mediante los cuestionarios EVAS-M, EVAS-H y PRSexDQ, con la finalidad de conocer las posibles disfunciones sexuales.

**Resultados:** La mayoría de pacientes afirman afectación en su vida sexual con la toma de psicofármacos. Existe asociación entre el grado de disfunción sexual que presentan y la asociación de los pacientes de toma de tratamiento con psicofármacos que alteran la sexualidad, así es como obtenemos una relación entre el grado de disfunción sexual y la aceptación que tiene el paciente acerca de esta. Hayamos insatisfacción sexual percibida en un número sustancial de pacientes.

**Conclusiones:** No observamos similitudes entre las diferentes etapas de la respuesta sexual y la toma de psicofármacos. Sería deseable realizar nuevos estudios con una muestra representativa, con el fin de obtener datos que puedan ser extrapolados a la realidad.



**Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

## *ÍNDICE*

I.	INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	Pág.5.
II.	MARCO CONCEPTUAL.....	Pág.30.
III.	ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	Pág.35.
IV.	OBJETIVOS.....	Pág. 40.
V.	METODOLOGIA.....	Pág. 41.
VI.	RESULTADOS.....	Pág. 51.
VII.	DISCUSIÓN.....	Pág.79.
VIII.	CONCLUSIONES.....	Pág.81.
IX.	BIBLIOGRAFIA.....	Pág.84.
X.	ANEXOS.....	Pág.90.



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

### **I. INTRODUCCION Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.**

Los trastornos mentales constituyen una circunstancia que se presenta en todas las culturas y pueden aparecer a cualquier edad. En términos absolutos se estima que cada año 450 millones de personas en el mundo van a sufrir algún problema que podría catalogarse de trastorno mental o de la conducta (The world health report 2001; Ramos y Díaz, 2005).

La actividad sexual de los pacientes que padecen graves trastornos mentales ha recibido poca atención, sobre todo si tenemos en cuenta que las disfunciones sexuales contribuyen de manera importante a la falta de adhesión al tratamiento y a la calidad de vida. De acuerdo con algunos autores, si se considerara este dato en su real dimensión, se podrían alcanzar mejores respuestas en los tratamientos (Galbay, Fernández y Roldan, 2006).

La vida sexual en el enfermo psiquiátrico siempre ha estado desatendida por la profesión médica, donde la atención asistencial estaba centrada casi exclusivamente en el tratamiento olvidando así otras necesidades del paciente. A pesar de la evidencia de que una vida sexual sana y satisfactoria contribuye no solo en el bienestar del individuo, sino también en la integración de la población psiquiátrica (Matey, 2008).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “La Salud es un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y que no solo consiste en la ausencia de enfermedad”. Así pues la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades y puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, siendo capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Nuestra investigación trata de demostrar la importancia de disfunciones sexuales causadas por éstos psicofármacos en pacientes con trastorno mentales. Aunque en la bibliografía revisada hemos hallado numerosos estudios sobre las disfunciones



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

sexuales causadas por los psicofármacos, existe la evidencia de que sigue estando presentes que y no se les da la importancia que tienen.

Los enfermos mentales son los grandes olvidados a pesar de los cambios producidos a lo largo de los años. Los pacientes han pasado de la reclusión en hospitales psiquiátricos a la vida en la comunidad, este cambio se ha desarrollado gracias a la psicofarmacología y en el desarrollo de programas comunitarios que hacen posible la integración en la sociedad, dando importancia a aspectos que antes permanecían abandonados, como por ejemplo la calidad de vida, la evaluación de necesidades y la vida familiar del paciente. Sin embargo, este cambio espectacular de la atención al paciente mental ha dejado abierto nuevos aspectos a tratar, como son la búsqueda de empleo y la vida sexual.

### **I.1. DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS.**

Los diagnósticos psiquiátricos no son siempre diagnósticos de enfermedad. Las dos nosotaxias psiquiátricas más utilizadas en la actualidad son, la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM-IV-TR de la American Psychiatric Association, próximamente se editara DSM-V.

Para el diagnóstico de las diferentes enfermedades psiquiátricas se utilizan el CIE-10 y la última versión del DSM-IV-TR, son clasificaciones categoriales, que se ajustan mejor a enfermedades como la esquizofrenia y otras psicosis que a fenómenos psicopatológicos que tienen un carácter más continuo (como la ansiedad). La validez y fiabilidad han de ser dos propiedades básicas de las clasificaciones psiquiátricas.

Las clasificaciones psiquiátricas vigentes se basan sobre todo en etiquetas psicopatológicas. Dichas etiquetas no están exentas de problemas de validez y fiabilidad, y han de revisarse periódicamente. La CIE-10 dedica el capítulo V a los trastornos mentales e incluye 10 clases principales. En la sección de los códigos Z, se recogen otras circunstancias asociadas a la salud mental por las que pueden establecerse contactos con los servicios de salud. El DSM-IV-TR es una clasificación con 16 clases principales y 5 ejes clasificatorios: I. Trastorno mental,



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

II. Trastorno de la personalidad, III. Otras enfermedades, IV. Problemas psicosociales, V. Ajuste psicosocial (Cabello, 2007).

Un sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados.

En la clasificación multiaxial DSM-IV se incluyen cinco ejes:

Eje I Trastornos clínicos u otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Eje II Trastornos de la personalidad retraso mental.

Eje III Enfermedades médicas.

Eje IV Problemas psicosociales y ambientales.

Eje V Evaluación de la actividad global.

El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, así como de los problemas psicosociales y ambientales, del nivel de actividad que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta.

### **I.2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES.**

#### **A. ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.**

##### Esquizofrenia.

Es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (p. ej. Dos o más de los siguientes:



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos como aplanamiento afectivo, alogia o abulia). (APA, 2003).

### Clasificación:

1. **Esquizofrenia paranoide:** Consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. Fundamentalmente las ideas delirantes son de persecución. De grandeza o ambas pero también puede presentarse ideas delirantes con otra temática (celos, religiosidad o somatización).

### Criterios para el diagnóstico:

A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

B. No hay lenguaje desorganizado ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

2. **Tipo desorganizado:** Son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tiene una clara conexión con el contenido del discurso. La desorganización de comportamiento puede conllevar una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria.

### Criterios para el diagnóstico:

A. Predominan:

1. Lenguaje desorganizado.

2. Comportamiento desorganizado.

3. Afectividad aplanada o inapropiada.





## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

3. **Tipo catatónico:** es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o exopraxia.

### Criterios para el diagnóstico:

1. Inmovilidad motora manifestada por catalepsia o estupor.
2. Actividad motora excesiva.
3. Negativismo extremo.
4. Peculiaridades del movimiento voluntario manifestándose por la adopción de posturas raras o inapropiadas.
5. Ecolalia o ecopraxia.

6. **Tipo indiferenciado:** Es la presencia de síntomas que cumplen el criterio A de la esquizofrenia, pero no cumplen los criterios para los otros tipos paranoide, desorganizado o catatónico.

7. **Tipo residual:** Cuando hay al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no presenta la existencia de síntomas psicóticos positivos. Hay manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos, o dos o más síntomas positivos atenuados.

### Trastorno Esquizoafectivo.

La característica esencial del trastorno esquizoafectivo es un periodo de enfermedad continuo durante el cual se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maniático o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el (criterio A) para la esquizofrenia. Además durante el mismo periodo de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos dos



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

semanas, sin síntomas afectivos acusados (Criterio B). Finalmente los síntomas afectivos están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de la enfermedad (Criterio C).

### Trastorno Psicótico Breve.

Es una alteración que comporta el inicio súbito de por lo menos, uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: Ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (p.ej., disperso o incoherente) o comportamiento catatónico o gravemente desorganizado (Criterio A).

Un episodio de esta alteración dura al menos 1 día, pero menos de un mes, y el sujeto acaba recuperando por completo el nivel previo de actividad (Criterio B). La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos a un trastorno esquizoafectivo o a la esquizofrenia y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (Criterio C).

## **B. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO.**

### Episodio Depresivo Mayor.

Presencia de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas. Uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades.
3. Pérdida importante de peso, sin hacer régimen o aumento de peso.
4. Insomnio o hipersomnia cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todo el día.



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

6. Fatiga o pérdida de energía casi todo el día.

8 Disminución de la capacidad para pensar.

9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin plan específico.

B. Los síntomas no cumplen criterios diagnósticos de episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas.

D. Los síntomas no son debido a efectos fisiológicos directos de una sustancia, (drogas o medicamentos) o una enfermedad médica (hipotiroidismo).

### Episodio Maniaco.

Se define como un período concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal, persistentemente elevado, expansivo o irritable. Este periodo dura más de una semana o menos si se requiere hospitalización (Criterio A).

B. Durante el periodo de alteración del estado de ánimo han persistido tres o más de los siguientes síntomas.

1. Autoestima exagerada o grandiosidad.
2. Disminución de la necesidad de dormir.
3. Más hablador de lo habitual o verborreico.
4. Fugas de ideas.
5. Distraibilidad.
6. Aumento de la actividad intencionada.
7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tiene un alto potencial para producir consecuencias graves.



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

- C. Los síntomas no cumplen los criterios de diagnóstico de episodio mixto
- D. Las alteraciones del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de actividades de la vida cotidiana.

### Episodio Hipomaniaco.

Se define como un periodo definido durante el cual, se presenta un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable y que dura al menos 4 días (Criterio A). Este periodo de estado de ánimo anormal debe ir acompañado por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye autoestima exaltada o grandiosidad (no delirante), disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distracciones, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves (Criterio B). Si el estado de ánimo es irritable en vez de tres síntomas debe de haber al menos cuatro de los anteriores.

### Trastorno Bipolar.

Es una enfermedad psiquiátrica que consiste en la alteración cíclica y recurrente del estado del ánimo, entre episodios de depresión, de manía y mixtos (Jara et al., 2008).

El diagnóstico es clínico y se fundamenta en la presencia de un episodio maniaco o hipomaniaco.

El episodio maniaco debe durar al menos una semana, con alteración suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades habituales, y no ser causa de ninguna sustancia tóxica.



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

El episodio hipomaniaco exige unos criterios similares, pero con una sintomatología menos intensa y con duración mínima de 4 días y no existiendo deterioro laboral.

El **trastorno bipolar I:** se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

El **trastorno bipolar II:** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.

### **C. TRASTORNOS DE ANSIEDAD.**

A continuación desarrollamos los más destacados:

**Trastorno obsesivo compulsivo:** se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

**Trastorno de ansiedad generalizada:** se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

**Trastorno de ansiedad inducido por sustancias:** se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

**El trastorno de ansiedad no especificado:** se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominente, que no reúne los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados.



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

### **D. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.**

La APA (2003) define un trastorno de personalidad como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto. Encontramos:

**El trastorno paranoide de la personalidad:** es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.

**El trastorno esquizoide de la personalidad:** es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional.

**El trastorno esquizotípico de la personalidad:** es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades de comportamiento.

**El trastorno antisocial de la personalidad:** es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.

**El trastorno límite de la personalidad:** es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.

**El trastorno histriónico de la personalidad:** es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención.

**El trastorno narcisista de la personalidad:** es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

**El trastorno de la personalidad por evitación:** es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencias e hipersensibilidad a la evaluación negativa.

**El trastorno de personalidad por dependencia:** es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado.



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

**El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad:** es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

**El trastorno de la personalidad o especificado:** es una categoría disponible para dos casos: 1) el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad y hay características de varios trastornos de personalidad diferentes, pero no cumplen criterios para ningún trastorno específico.

2) El patrón de la personalidad del sujeto que cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación (p. ej., el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad).

### **C. TRASTORNOS RELACIONADOS CON CONSUMO DE SUSTANCIAS.**

#### Dependencia De Sustancias.

Consiste en un grupo de síntomas cognitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que le individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. El diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a cualquier sustancia a excepción de la cafeína.

#### Intoxicación por sustancias.

Es la aparición de un síndrome reversible específico de la sustancia debido a su reciente ingestión (o exposición) (Criterio A). Los cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativos (p. ej. Agresividad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la capacidad laboral o social) son debidos a los efectos fisiológicos directos de la sustancia sobre el



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

sistema nervioso central, y se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después (Criterio B). Los síntomas no son debidos a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio C).

### Intento de suicidio.(Autolisis).

En el DSMV-TR no recoge como trastorno mental el intento de suicidio. Los autores Soler y Gacon lo describen como un acto no habitual con resultado no letal y deliberadamente iniciado realizado por el sujeto. Dicho trastorno podría causar autolesiones, o que sin intervención de otras personas, la determinaría, o bien que se dé una ingesta de medicamentos en dosis superiores a la reconocida como terapéutica.

### **I.3. PSICOFARMACOLOGIA.**

La psicofarmacología puede definirse como una disciplina científica centrada en estudio de los fármacos que modifican el comportamiento y la función mental a través de su acción sobre el sistema neuroendocrino. Se trata de un campo de conocimientos que tiene un marcado carácter multidisciplinario, al agrupar el interés que comparten farmacólogos, bioquímicos, psiquiatras y psicólogos por el análisis de las sustancias que actúan modificando las funciones del sistema nervioso que se manifiestan en la conducta de los individuos (Shepherd, Lader y Rodnight, 1972; Torres y Escarabajal ,2005).

Los psicofármacos, sustancias psicotrópicas o psicoactivas son medicamentos que actúan primariamente a nivel del sistema nervioso central, induciendo cambios en los procesos de pensamiento, percepción, afecto, estado de vigilia y comportamiento tanto normales como patológicos. Por lo tanto, en el momento de actuar, estas sustancias no son específicas por las alteraciones normales del





## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

aparato psíquico, hecho que merece hacer un balance entre lo malo que se desea modificar y lo bueno que simultáneamente se alterará (Ariño et al, .2009)

### **A. CLASIFICACIÓN DE LOS PSICOFARMÁCOS.**

Tradicionalmente los psicofármacos se clasifican en:

1. Antidepresivos.
2. Ansiolíticos.
3. Hipnóticos.
4. Antipsicóticos o neurolepticos.
5. Eutimizantes.

Pueden añadirse a esta clasificación:

1. Estimulantes.
2. Potenciadores cognitivos.
3. Fármacos utilizados en drogodependencias.
4. Miscelánea farmacológica.

#### **1. ANTIDEPRESIVOS.**

Efectos farmacológicos que producen son efectos antidepresivos mejorando el estado de ánimo, mejorando los sentimientos de tristeza y aumentan la actividad física y el interés por el entorno.

Efectos anticolinérgicos (son secundarios a la antagonización de los receptores muscarínicos de la acetilcolina): sequedad bucal, taquicardia, palpitaciones, estreñimiento, midriasis, retención urinaria, etc. Efecto sedativo es secundario al



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

bloqueo de los receptores H<sub>1</sub> de la histamina, e hipotensión que se debe al efecto de los receptores  $\alpha$  (CTO, 2007).

### **1.2. Clasificación (Azanza, 2010):**

1. **Inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas (NA/DA/5-HT):** amitriptilina, clomipramina, dosulepina, doxepina, imipramina, maprotilina, nortriptilina, trimipramina.

2. **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):** citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluxamina, paroxetina, sertralina.

3. **Inhibidores selectivos y reversibles de la MAO (RIMA):** Moclobemida.

4. **Inhibidores no selectivos e irreversibles de la MAO:** tranilcipromina.

Otros:

1. **Antagonismo de 5HT<sub>2</sub>:** mianserina, trazadona.

2. **Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina y de noradrenalina:** duloxetina, venlafaxina.

3. **Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina:** bupropion.

4. **Noradrenalina y serotoninérgicos específicos (NaSSA):** mirtazapina.

5. **Inhibidores de la recaptación de noradrenalina:** reboxetina.

6. **Agonistas melatoninérgicos:** agomelatina.

7. **Otros fármacos:** L- 5 hidroxitriptofano, hiperico.



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

### 2. ANSIOLÍTICOS.

Son fármacos depresores del SNC y su indicación principal es el tratamiento sintomático de la ansiedad. Los principales son las benzodiazepinas y la buscapirona, aunque hay otros fármacos de acción sintomática sobre la ansiedad. Como acciones farmacológicas son ansiolítica, sedante/hipnótica, anticonvulsivante, relajante muscular y anestésica (Ariño et al, .2009).

#### 2.1. Clasificación (Azanza, 2010).

Ansiolíticos puros	Acción sobre receptores de la serotonina: Buspirona.
Ansiolíticos y sedantes	Acción sobre los receptores del GABA: Benzodiazepinas

#### **Buscapirona.**

Control de los trastornos de la ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada, y en el alivio a corto plazo de los síntomas de ansiedad con o sin depresión.

#### **Benzodiazepinas.**

Todas las benzodiazepinas tienen el mismo modo de acción, y las diferencias entre ellas son fundamentalmente, farmacocinéticas. La duración de sus efectos es variada dependiendo de la semivida, el volumen de distribución y la actividad de sus metabolitos. Cuando más prolongada es la semivida, mayor es la duración del efecto terapéutico (ansiolítico) (Ariño et al, 2009).



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

### **2.2. Clasificación duración del efecto:**

1. Corta: midazolam.
2. Intermedia: Alprazolam, brometazepam, flunitrazepam, flurazepam y lormetazepam.
3. Prolongada: Clonacepam, clorazepato, diacepam y quazepam.

### 3. HIPNOTICOS:

Son fármacos que ayudan a dormir, bien facilitando la inducción del sueño o manteniéndolo. El periodo de sueño debe ser óptimo en calidad y duración, resultar reparador y no interferir en la actividad diurna. Son fármacos indicados cuando existe insomnio, si el insomnio es causado por una enfermedad medica como la depresión o hipertiroidismo, se debe tratar la causa primaria y prescribir hipnóticos solo en la primera fase (Ariño et al, .2009).

Fármacos: Benzodiazepinas, barbitúricos, antihistamínicos, clometiazol, zaleplon, zolpidem, zopiclona, melatonina.

### 4. ANTIPSICOTICOS:

Según el manual de enfermería psiquiátrica (2009) se denominan neurolépticos o tranquilizantes mayores, organizan el pensamiento delirante y eliminan las alucinaciones, por lo que se utilizan en el tratamiento de las psicosis (tanto en la esquizofrénico como en las organicas) por drogas, las depresiones delirantes, la manía, los cuadros de agitación, los trastornos delirante persistentes y el síndrome de Gilles de la Tourette.



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

### 4.1. Clasificación:

1. Clásicos o típicos: Flufenazina, deconoato (Modecate), haloperidol, trifluoperazina, zuplopentixol, clorpromazina, clotiapina, levomepromazina, sulpirida.
2. Nuevos o atípicos: Amisupirida, aripiprazol, clozapina, olanzapina, paliperidona, quetiapina, risperidona, y ziprasidona.

Los antipsicóticos (ATP) clásicos actúan bloqueando los receptores dopaminérgicos de  $D_2$  del SNC: es decir, tiene un efecto antidopaminérgico, aunque también actúan, en menor grado, sobre los receptores de otros neurotransmisores (adrenérgicos, muscarínicos, serotoninérgicos). Mediante este mecanismo de acción producen efectos terapéuticos como la reducción de los síntomas positivos (delirios, alucinaciones, agitación, etc. Los efectos secundarios o no deseados, son los efectos extrapiramidales, discinesia tardía, efectos neuroendocrinos o agravamiento de los síntomas negativos.

Los ATP atípicos actúan bloqueando los receptores dopaminérgicos  $D_2$  (de forma más selectiva que los clásicos) y los receptores serotoninérgicos  $5HT_2$ . Además, modifican la plasticidad neuronal a largo plazo y tiene un efecto neurprotector. Mediante este mecanismo de acción producen un efecto terapéutico como reducción de los síntomas positivos mejoría de los síntomas negativos (aislamiento social, abulia, apatía, anhedonia aplanamiento afectivo, etc.). Los efectos secundarios extrapiramidales son menores excepto a dosis elevada y sobre la prolactina.



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

### **5. EUTIMIZANTES.**

Se utilizan para el tratamiento y prevención de las fases maníacas de trastorno bipolar. El más eficaz y el primero que se descubrió es el litio que fue de forma casual. Más adelante, se observó que los fármacos utilizados para tratar la epilepsia (anticonvulsivos) también eran eficaces, por lo que fueron incorporados a este grupo.

Sus indicaciones son en trastorno bipolar, para controlar los episodios agudos y prevención la aparición de nuevos episodios, trastornos esquizoafectivos, depresiones que no responden a otros tratamientos, como potenciador de los antidepresivos, inestabilidad emocional del trastorno límite de personalidad y el trastorno obsesivo-compulsivo y mencionar que la gabapentina es útil en la ansiedad y el topiramato es eficaz para contener los impulsos (Ariño et al, .2009)

#### **5.1 Clasificación:**

1. Sales de litio: Litio.
2. Anticonvulsivos: Carbamazepina, clonazepam, gabapentina, lamotrigina, oxcarbazepina, topiramato, valproato sódico y valpromida.

#### **I.4 DEFINICION DE SEXUALIDAD.**

La sexualidad constituye una función básica del ser humano que implica factores fisiológicos, emocionales y cognitivos. Guarda una estrecha relación con el estado de salud y con la calidad de vida del individuo (Arrington, Cofrancesco y Wu, 2004; Frohlich y Meston, 2002; McCabe y Cummins, 1998; Taleporos y McCabe, 2002; Ventegodt, 1998).



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

### **I.5 DISFUNCION SEXUAL.**

La función sexual es un comportamiento humano complejo que es afectado por muchos factores fisiológico y psicológico. La disfunción o insatisfacción en cualquiera de las principales áreas de interés en el comportamiento sexual (libido), excitación (erección, la lubricación vaginal, eyaculación y orgasmo) puede surgir como resultado fisiopatológico y mecanismos psicológicos (Baggaley, 2008).

La disfunción sexual es un trastorno que afecta la sexualidad en su sentido más pleno, tanto de hombres como mujeres, por tanto constituye un problema de salud que si bien no pone en peligro la vida de las personas, afecta de forma directa a la salud física, mental y distorsiona el equilibrio familiar, laboral y social ( Real, 2010).

Las disfunciones sexuales pueden afectar a las diferentes etapas de la respuesta sexual tanto en las mujeres como en los hombres. Estas cuatro etapas son, según el modelo clásico de Masters y Johnson: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Algún fallo en alguna de estas etapas está considerado como una disfunción sexual. En esta repuesta clásica hay que incorporar la aportación que H. Singer Kaplan, hizo a la misma incorporando el factor principal de la misma que es el deseo (Lucas y Cabello, 2007).

#### **A. CLASIFICACIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES.**

Ante la falta de un consenso suficiente entre los distintos especialistas que trabajan en este campo, se han propuesto distintos sistemas clasificatorios. Entre las clasificaciones más empleadas hoy en día para las disfunciones sexuales (dejaremos al margen otros problemas sexuales o áreas de intervención sexológica) (Sixto, 2004)



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

### **B. CLASIFICACIÓN DSM-IV-TR.**

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (APA, 2003).

#### **1. TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL.**

##### Deseo sexual hipoactivo.

En la última revisión del DSM-IV-TR se habla de deseo sexual hipoactivo cuando hay “disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o Recurrente. La alteración provoca malestar acusado o dificultades interpersonales” (APA, 2002).

##### Trastorno por aversión al sexo.

La característica esencial del trastorno por aversión al sexo es la aversión y la evitación activa del contacto sexual genital con la pareja (Criterio A). La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales (Criterio B) y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) (Criterio C). El individuo sufre ansiedad, miedo o aversión a la hora de intentar una relación sexual con otra persona. La aversión al contacto genital se centra en algún aspecto particular del sexo (p. ej., secreciones genitales, penetración vaginal). Algunos individuos muestran repulsión por todos los estímulos de tipo sexual, incluso los besos y los contactos superficiales. La intensidad de la reacción del individuo frente al estímulo aversivo puede ir desde una ansiedad moderada y una ausencia de placer hasta un malestar psicológico extremo.





## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

### **2. TRASTORNO DE LA EXCITACIÓN SEXUAL.**

#### Trastorno de la excitación sexual en la mujer.

La característica esencial del trastorno de la excitación sexual en la mujer es una incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación hasta la terminación de la actividad sexual (Criterio A). La respuesta excitatoria consiste en una vasocongestión pelviana, en una lubricación y dilatación vaginales y en una tumefacción de los genitales externos. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio B); no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (incluso fármacos) o a una enfermedad médica (Criterio C).

#### Trastorno de la erección en el varón.

La característica esencial del trastorno de la erección en el varón es una incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual (Criterio A). La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales (Criterio B). Además, no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica (Criterio C).

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) se define como “incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual que provoca malestar acusado o dificultades en la relaciones interpersonales. Además, no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I” (APA, 2002).



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

### **3. TRASTORNO ORGASMICOS.**

#### Trastorno orgásmico femenino (antes orgasmo femenino inhibido).

La característica esencial del trastorno orgásmico femenino es una ausencia o un retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer después de una fase de excitación sexual normal (Criterio A). Las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo y la intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo. El diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debe basarse en la opinión médica de que la capacidad orgásmica femenina es inferior a la correspondiente a la edad, la experiencia sexual y la estimulación sexual recibida. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales (Criterio B), no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica (Criterio C).

#### Trastorno orgásmico masculino (antes orgasmo masculino inhibido).

La característica esencial del trastorno orgásmico masculino es la ausencia o el retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal. A la hora de juzgar si el orgasmo se encuentra retrasado, el clínico debe tener en cuenta la edad del individuo y si la estimulación recibida es apropiada en cuanto al objeto, la intensidad y la duración (Criterio A). La alteración provoca malestar acusado y dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio B); no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otro trastorno sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica (Criterio C). En la forma más frecuente de trastorno orgásmico masculino el varón no consigue llegar al orgasmo durante el coito, pero puede eyacular con otros tipos de estimulación, por ejemplo, manual u oral. Algunos varones con este trastorno



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

pueden llegar al orgasmo intravaginal, pero sólo después de un largo período de estimulación no coital. Otros pueden eyacular sólo durante la masturbación y otros llegan al orgasmo sólo en el momento de despertar tras un sueño erótico.

### Trastorno de la eyaculación: eyaculación precoz.

En el DSM-IV, se define como la “eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee”.

La característica esencial de la eyaculación precoz consiste en la aparición de un orgasmo y eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración y antes de que la persona lo desee (Criterio A). El clínico debe tener en cuenta factores que influyen en la duración de la fase de excitación, como son la edad, las parejas o situaciones nuevas y la frecuencia reciente de la actividad sexual. La mayoría de los varones con este trastorno pueden retrasar el orgasmo durante la masturbación por un período de tiempo más largo que durante el coito. La estimación por parte de las parejas del tiempo transcurrido entre el inicio de la actividad sexual y la eyaculación, así como la opinión de si la eyaculación precoz constituye un problema puede ser muy variable. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio B). La eyaculación precoz no es debida exclusivamente a los efectos directos de una sustancia (p. ej., abstinencia de opiáceos) (Criterio C).

#### 4. TRASTORNOS POR DOLOR (no debido a una enfermedad médica).

##### Dispareunia.

La característica esencial de este trastorno consiste en dolor genital durante el coito (Criterio A). A pesar de que normalmente se produce durante éste, puede



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

también aparecer antes o después de la relación sexual. Este trastorno afecta tanto a varones como a mujeres. En éstas el dolor puede describirse como superficial durante la penetración o como profundo ante los movimientos coitales. La intensidad de los síntomas comprende desde una sensación de leve malestar hasta un dolor agudo. Este trastorno provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio B). No es debido exclusivamente a vaginismo o falta de lubricación, no se explica mejor por la presencia de trastorno del Eje I (excepto por otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (Criterio C).

### Vaginismo.

La característica esencial del vaginismo es la contracción involuntaria, de manera recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, frente a la introducción del pene, los dedos, los tampones o los espéculos (Criterio A). La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio B), no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otro trastorno sexual) y no es debida exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (Criterio C). En algunas mujeres sólo la idea de la penetración vaginal puede producir un espasmo muscular. La contracción puede ser desde ligera (produciendo rigidez y malestar) hasta intensa (impidiendo la penetración)

## 5. OTRAS DISFUNCIONES SEXUALES.

### Trastorno sexual debido a una enfermedad médica.

La característica esencial del trastorno sexual debido a una enfermedad médica es la presencia de una alteración sexual clínicamente significativa, que se considera



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

producida exclusivamente por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. En este tipo de trastorno sexual puede presentarse dolor durante el coito, deseo sexual hipoactivo, disfunción eréctil en el varón u otras formas de disfunción sexual (p. ej., trastornos del orgasmo) y debe provocar malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio A). Deben existir pruebas, ya sea a partir de la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio, de que la alteración se explica en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (Criterio B). La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor) (Criterio C).

### **6. TRASTORNO SEXUAL INDUCIDO POR SUSTANCIAS.**

La característica esencial del trastorno sexual inducido por sustancias consiste en una alteración sexual clínicamente significativa que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio A). Según sea la sustancia consumida, el trastorno puede alterar el deseo y la excitación sexuales, así como el orgasmo, o producir dolor. Se considera que la alteración puede explicarse en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., drogas, fármacos o exposición a tóxicos) (Criterio B). El trastorno no se debe explicar mejor por la presencia de un trastorno sexual no inducido por sustancias (Criterio C).

### **7. TRASTORNO SEXUAL NO ESPECIFICADO.**

Esta categoría incluye los trastornos sexuales que no cumplen los criterios para un trastorno sexual específico. Los ejemplos son:

1. Ausencia (o disminución sustancial) de pensamientos eróticos subjetivos, a pesar de la excitación y el orgasmo normales.
2. Situaciones en las que el clínico ha constatado la presencia de un trastorno



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

sexual, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a una enfermedad médica o inducido por sustancias.

## **II. MARCO TEORICO.**

### **II.1 RESPUESTA SEXUAL HUMANA.**

La sexualidad humana es el modo en que cada persona se reconoce y exprese como ser sexual, integra tres tipos de procesos: biológicos, afectivos-relacionales y cognitivos.

La respuesta sexual conlleva importantes cambios del estado fisiológico de todos los organismos y sistemas del cuerpo, algunos de ellos muy notables y característicos (Mas, 1999).

Masters y Johnson estudiaron el comportamiento del ciclo de la respuesta sexual humana, y lo dividieron en cinco fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. La definición de estas fases los llevó a describir y delimitar las disfunciones sexuales inherentes, aunque no siempre presentes, de la sexualidad humana. A su vez, Rubio las define como “una serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se presentan en forma persistente y recurrente”. (Bravo, Meléndez, Ramírez y López, 2005).

El modelo de respuesta sexual según Carrobles y Sanz (1991) no se centra únicamente en la fisiología, es decir, no solo contempla las clásicas fases de excitación-meseta, orgasmo y resolución, sino que amplía este proceso por delante y por detrás para poder incluir los componentes psicológicos o subjetivos de la propia respuesta sexual humana: el deseo sexual y la satisfacción sexual.

La función sexual humana se ve afectada por la intervención de un gran número de sustancias entre las que se incluyen: dopamina, serotonina, noradrenalina, acetilcolina, GABA, oxitocina, arginina-vasopresina, angiotensina II, GRH,



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

sustancia P, neuropéptido Y y colecistokinina-8, entre otros. El mecanismo fisiológico de la respuesta sexual normal incluye factores neurogénicos, psicogénicos, vasculares y hormonales que están coordinados por centros en el hipotálamo sistema límbico y corteza cerebral. (Baldwin, Thomas y Birtwistle 1998; Montejo, Riesgo, Luque y Barber, 2010).

La dopamina es un neurotransmisor facilitador de la función sexual en el sistema nervioso central. Este efecto está mediado especialmente por el sistema mesolímbico. Por el contrario, la serotonina tiene un efecto inhibitorio del deseo sexual, la eyaculación y el orgasmo (Mas, Zahradnik, Martino, Davidson, 1985; Rodríguez, Castro, Hernández, y Mas, 1984). El bloqueo periférico de los receptores alfa-adrenérgicos y colinérgicos a nivel periférico (aparato urogenital) produce alteraciones en la función sexual Gitlin, M. J. (1994). Los antipsicóticos con potente acción anticolinérgica y/o bloqueante de los receptores alfa-1 poseen gran capacidad para alterar el proceso de excitación sexual Sorsche y Dilsaver 1986; Montejo, Riesgo, Luque y Barber, 2010).

### **II.2 SATISFACCION SEXUAL.**

Tras la realización de una búsqueda bibliográfica sobre la satisfacción sexual encontramos varias definiciones por diferentes autores.

Por satisfacción sexual se entiende la percepción subjetiva de bienestar, ajuste y agrado por el ejercicio sexual (Briñez Horta, 2003, citado por Lawrance y Byers, 1995; Pinney, Gerrard, y Denney, 1987, citados por Alvarez, Honold, y Millán, 2005). En este sentido, Hurlbert y Apt (1994, citados por Offman y Matheson, 2005) afirman que la satisfacción sexual es la respuesta afectiva que surge de las evaluaciones del individuo de su relación sexual a partir de la percepción del cumplimiento de las necesidades y expectativas sexuales tanto propias, como de la pareja. Por su parte, Ortiz, R. y Ortiz H. (2003) definen la satisfacción sexual como el cumplimiento de un deseo erótico, el haber satisfecho una pasión, el aplacar un sentimiento o el sentirse amada o amado (Rodríguez,2010).



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

En este marco, suele dividirse la satisfacción sexual en física, cuando remite a la interacción erótica placentera, y emocional, cuando se refiere a la alegría por la estabilidad de la relación (Haavio-Mannila y Kontula, 1997). En este estudio, se entiende por satisfacción sexual el nivel de agrado, bienestar y ajuste presentado frente a una interacción sexual (Rodríguez, 2010).

Por su parte, Pinney E., Gerard M., y Danney N. (1987), refieren a la satisfacción sexual como: Una evaluación subjetiva del agrado o desagrado que una persona tiene con respecto a su vida sexual, o bien, como la capacidad del sujeto de obtener placer sexual mediante el coito o la cópula. (Cárdenas, Aguilar, y Zavaleta, 2008). Como puede observarse estos autores solo hacen referencia a la satisfacción sexual en relación al coito, actualmente la satisfacción sexual esta presenta forma holística en los individuos.

### **II.3. DISFUNCIONES SEXUALES Y PSICOFÁRMACOS.**

La disfunción sexual asociada con el tratamiento psicofarmacológico es un evento relativamente frecuente que genera malestar en los pacientes, disminuyendo habitualmente la adherencia al tratamiento. Las DS pueden categorizarse de acuerdo a la fase del ciclo de respuesta sexual con la cual interfieran (APA, 1994; Cavagna, 2004; Clayton, McGarvey y Abouesch, 2001; Ferguson, 2001).

1. Deseo (libido), manifestado por fantasías acerca de actividad sexual y/o deseo de mantener actividad sexual. Incluye componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales.
2. Excitación, reflejada por una sensación subjetiva de placer sexual, con cambios fisiológicos concomitantes, como pueden ser la erección en el hombre y la lubricación, vasodilatación e ingurgitación de genitales externos en la mujer.
3. Orgasmo, definido como el pico de placer sexual con liberación de la tensión sexual, asociado con contracciones rítmicas de estructuras reproductivas y





## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

perineales, y cambios cardiovasculares y respiratorios. Las mujeres, potencialmente, pueden experimentar múltiples orgasmos, ya que no poseen un período refractario ostorgásmico. La determinación de una disfunción sexual en un paciente con un padecimiento psiquiátrico puede ser muy difícil de realizar, debiendo incluir el diagnóstico diferencial (Hirschfeld, 1999; Sapetti, 2004).

- si la DS es primaria (ej. Trastorno por deseo sexual hipoactivo);
- Asociada a un trastorno médico general (ej. diabetes);
- Asociada a tratamiento de un trastorno médico general (ej. antihipertensivos);
- Asociada a un trastorno psiquiátrico (ej. depresión); o asociada a tratamiento de un trastorno psiquiátrico (ej. antidepresivos) (Mussa y Nemirovsky, 2006).

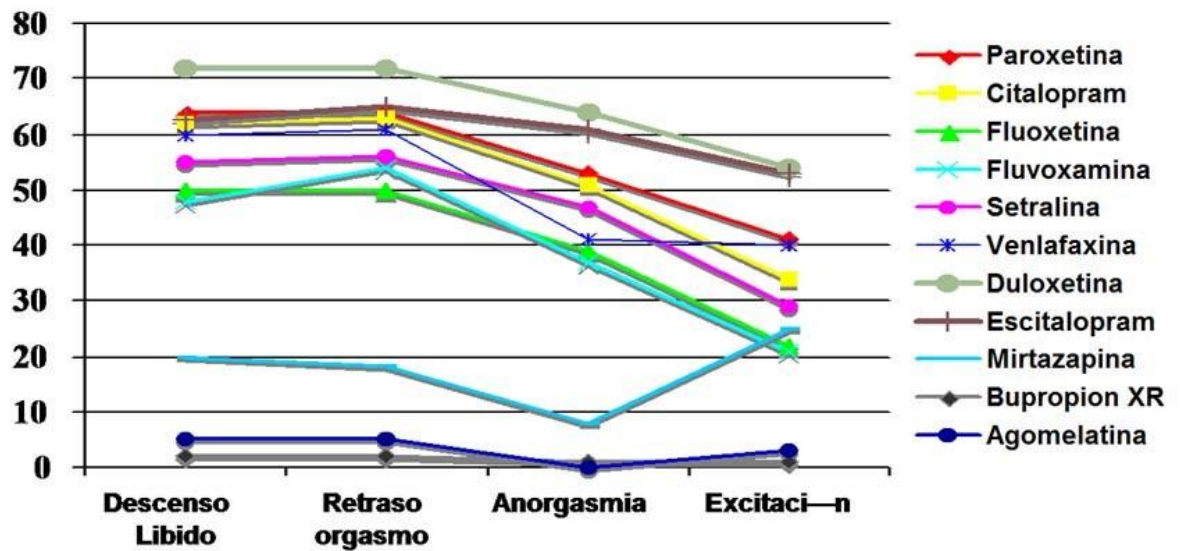
El estudio de los efectos secundarios de tipo sexual inducidos por psicofármacos ha permitido profundizar en el conocimiento de las bases biológicas de la respuesta cerebral y la implicación de diferentes áreas neuroanatómicas y de diferentes neurotransmisores en dicha respuesta. Los principales neurotransmisores no péptidos del SNC (dopamina y noradrenalina) están implicados en la actividad sexual (Stahl, 1998; Salvador -Carulla, Rodríguez-Bazquez, Salas y Magallanes, 2000).

Los antidepresivos se asocian frecuentemente con la aparición de disfunción sexual principalmente inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), venlafaxina y clomipramina. Otros antidepresivos con diferente mecanismo de acción no serotoninérgico parecen provocar menos efectos adversos sexuales (mirtazapina, bupropión, agomelatine, moclobemida). Lamentablemente la incidencia real de la disfunción está subestimada y es preciso el empleo de cuestionarios específicos ya que las fichas técnicas de los medicamentos muestran cifras inferiores al 25%, las comunicaciones espontáneas de los pacientes de este efecto adverso no superan el 15-20% mientras las cifras reales superan el 60-80% (Montejo y Majadas año,2000).



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

**Tabla 1:** Afectación de los psicofármacos a la respuesta sexual. Fuente Original: Montejo y Majadas año, (2000).



Es llamativo en el caso de las benzodiacepinas que a pesar de ser uno de los grupos de fármacos más vendidos en el mundo, hay muy pocos estudios relativos a los efectos secundarios de los mismo sobre la esfera sexual (Possidente et al, .1997).

Según diversos estudios publicados Hughes (1964), Sangal, (1985) Cohen, (1987) Lydiard, (1987) Uhde, (1988), barlon, (1989) y Fosey (1994), las benzodiacepinas pueden producir disminución de la libido (lo que según algún Crespo (1997) constituye el efecto secundario más frecuente), dificultades en la erección, trastornos en la eyaculación y anorgasmia. Apenas hay referencias al mecanismo de acción responsable de los efectos colaterales. Se debe a que esta sustancia tiene un efecto depresor del sistema nervioso central, sin efecto específico sobre los centros sexuales (Rejasse, 1985), y este efecto sedante podría favorecer una disminución de la libido. La acción a nivel central parecer ser también la explicación más plausible para la posible aparición de disfunción eréctil (Goldstein y Krane, 1983).



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

### **III. ESTADO DE LA CUESTION.**

La incidencia de disfunción sexual provocada por psicofármacos ha sido estudiada con detenimiento por diversos autores, sobre todo en la última década. Los datos del grupo español de trabajo para el estudio de las disfunciones sexuales secundarias o psicofármacos, a partir del estudio de más de 1.000 pacientes durante varios años, demuestran claramente que la incidencia general es superior al 60% con algunos fármacos antidepresivos como los ISRS, venlafaxina, clomipramina y antipsicóticos (risperidona). La afectación de la función eréctil, si bien no es la patología más frecuente puede llegar a ser del 40%, con distintos niveles de intensidad (paroxetina y citalopram), estando muy comprometido el cumplimiento a largo plazo. Algunos fármacos como paroxetina y otros antidepresivos han demostrado tener una gran capacidad de inhibición del óxido nítrico (ON), lo que explicaría su capacidad para provocar disfunción eréctil (Montejo, Domínguez, Rubio, Molina, San Emeterio, 2000).

En los últimos 20 años se ha experimentado un incremento significativo del uso de psicofármacos en nuestro país, principalmente ansiolíticos y antidepresivos (Fernández, Gómez, Baidés y Martínez, 2002; Secades, Rodríguez, Valderrey, Fernández, Vallejo, Jiménez, 2003).

En el Sistema Nacional de Salud, el grupo de los tranquilizantes ocupa el tercer lugar entre los más prescritos, con 33.190.000 envases en el año 2000, solamente superado por los analgésicos y anti-inflamatorios. Según la misma fuente, los antidepresivos no tricíclicos ocupaban el cuarto lugar en gasto farmacéutico, con cerca de 385 millones de euros. En este mismo año, los tranquilizantes e hipnóticos ocuparon el tercer lugar en todo el país en volumen de envases facturados por subgrupos terapéuticos (INSALUD, 2001),

El empeoramiento en la función sexual en pacientes con trastornos psiquiátricos es muy frecuente y a menudo es secundario a la medicación, fundamentalmente antidepresivos y neurolépticos. (Montejo et al., 2000).



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

La utilización de antipsicóticos y antidepresivos, sobre todo los ISRS, se ha relacionado de forma cada vez más precisa con la aparición de disfunción sexual secundaria al tratamiento (Montejo, 1996). Al contrario que el empleo de ansiolíticos y de reguladores del humor, que no afectan claramente a la actividad sexual o lo hacen de forma leve y poco específica (Munoz y González, 1997).

La disfunción sexual ha sido uno de los principales factores que contribuyen al incumplimiento de tratamientos con antipsicóticos, está acreditado por estudios con personas diagnosticadas de esquizofrenia, siendo los problemas sexuales una de las áreas con mayor insatisfacción debido al tratamiento (Fleischhacker et al, 1994; Bengtsson-Tops y Hansson, 1999; Kelly y Conley, 2003).

La función sexual es la capacidad fisiológica de experimentar el deseo, la excitación y el orgasmo. La disfunción sexual puede ser resultado de una amplia variedad de causas psicológicas y físicas. Entre los medicamentos, antihipertensivos, diuréticos, antihistamínicos, antidepresivos, benzodiazepinas y los antipsicóticos son los agentes más comunes asociados con la disfunción sexual (Schiavi y Segraves, 1995).

La disfunción sexual da lugar a la interrupción de la medicación una o más veces durante el tratamiento en más de 40% de los varones y el 15% de las mujeres. Este importante efecto secundario es frecuentemente subestimado por los psiquiatras y rara vez notificados espontáneamente por los pacientes (Montejo y Rico Villadalmoros, 2008).

La valoración del funcionamiento sexual es compleja. Los pacientes no informan espontáneamente al personal sanitario de una disfunción sexual, por cuestiones personales vinculadas al comportamiento sexual, por miedo, vergüenza o ignorancia (Mussa y Nemirovsky, 2006).



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

La no adherencia a la medicación antipsicótica es una de las principales causas de recaída en pacientes con enfermedad psicótica. Los médicos, en general, consideran que el peor efecto secundario de medicamentos antipsicóticos son los extrapiramidales. Por el contrario (Finnet al., 1990) demostraron que los pacientes están más preocupados por la disfunción sexual que por cualquier otro efecto secundario.

La prevalencia del consumo de psicofármacos ha sido estudiada en diversos países, llegando en algunos casos hasta un porcentaje del 10% de la población (Almeida- Filho y Coutinho, 1993; Ngoundo-Mbongue, Niezborala y Sulem, 2005; Leiderman, Mugnolo, Bruscoli y Massi, 2006).

La prevalencia de la disfunción sexual en los grupos tratados con neurolépticos se cree que es de un 60% en hombres y entre 30-93% en las mujeres (Smith, O'Keane y Murray, 2002).

Los fármacos psicotrópicos provocan con frecuencia disfunción sexual. Se ha evidenciado que este efecto adverso ocurre con muchas clases de fármacos psicotrópicos, aunque las incidencias varían entre los diferentes agentes y en la bibliografía encontrada. Por ejemplo, en un ensayo se informó que un fármaco tuvo una incidencia de disfunción sexual del 8% (Herman, 1990) y en otro ensayo del 75% (Segraves, 1998). Se ha descrito que la disfunción sexual se asocia en gran medida con los agentes antipsicóticos (Ghardirian, 1982; Aizenberg 1995; Wesby, 1996).

Los síntomas negativos de la enfermedad, como la anhedonia, abulia y el efecto de baja autoestima relacionado con la actividad hipodopaminérgico en la corteza frontal, daña severamente la capacidad de disfrutar de la vida sexual. Además, estos pacientes tienen dificultades para establecer relaciones debido a episodios psicóticos recurrentes, la obesidad y la baja autoestima.



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

La disfunción sexual inducida por psicotrópicos puede tener consecuencias negativas graves como el incumplimiento con la medicación o la interrupción temprana de la farmacoterapia. Es más, las disfunciones sexuales pueden disminuir la calidad de vida, deteriorar la autoestima y causar problemas en las relaciones.

Los primeros estudios se hicieron con los antidepresivos tricíclicos (Imipramina) y los inhibidores de la aminoxidasa (IMAOs) como la fenelzina, señalando como efectos secundarios en un porcentaje variable, una disminución de la libido y anorgasmia en las mujeres y afectación de todas las fases de la respuesta sexual en el hombre (Merino y García, 1995).

Esto mismos autores señalan respecto:

Al revisar la literatura sobre disfunciones sexuales y antidepresivos, nos hemos encontrado con numerosos casos clínicos que vinculaban una determinada alteración con un determinado antidepresivo, pero con muy pocos estudios controlados. También es cierto que los datos epidemiológicos sobre disfunciones sexuales, en general, son escasos y contradictorios. La psicofisiológica de la sexualidad humana sigue presentando en el día de hoy numerosas lagunas. (Merino y García, 1995 p. 431).

Montejo y su grupo de trabajo (2000) señalan que resulta muy relevante que casi un tercio de los pacientes podrían abandonar la medicación debido a este efecto adverso, sin tener en cuenta a aquellos pacientes que han abandonado el tratamiento y no han vuelto a consulta, hecho que elevaría las cifras.

La incidencia de disfunciones sexuales parece ser diferente dependiendo del fármaco utilizado. Se presenta con mayor frecuencia con IMAOS, ISRS, venlafaxina y tricíclicos, sobre todo los que poseen un perfil elevado de bloqueo de recaptación de serotonina como la clomipramina (Laird, 2000; Montejo, Llorca e Izquierdo, 2006).



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

En mucho menor grado se ven afectados otros fármacos con efecto predominante sobre noradrenalina (desipramina, nortriptilina), dopamina (amineptino y bupropion), los bloqueantes de receptores 5HT<sub>2</sub> (nefazodona, mirtazapina) y tianeptina (Schiavi y Segraves, 2005). Más específicamente, se han encontrado diferencias entre distintos ISRS, tal y como se mostró en un estudio realizado en España en que se encontró que la paroxetina causaba mayor inhibición del orgasmo, la eyaculación y mayor impotencia que fluvoxamina, fluoxetina y sertralina, poniendo en relación este hallazgo con distintos mecanismos fisiopatológicos implicados (Montejo y Rico-Villadelmoros, 2008).

Recientemente encontramos la agomelatina, que es un antidepresivo novel, agonista melatoninérgico y antagonista de 5-HT<sub>2c</sub>. Fue comparada con la paroxetina y placebo para medir sus efectos sobre la función sexual, demostrando significativamente menor disfunción sexual (22.7% con 25 mg y 4.8% con 50 mg de agomelatina vs 87.5% con 20 mg de paroxetina y el 8.7% con placebo) los porcentajes de disfunción sexual moderada a severa fueron de 4.5% con agomelatina, 61.9% con paroxetina y 0% con placebo (Montejo, 2010; Vazquez y Secin, 2012).

En otro estudio se compararon los efectos sexuales adversos con el uso de agomelatina y venlafaxina, 276 pacientes recibieron agomelatina (50 mg) o venlafaxina (titulado hasta alcanzar 150 mg) por 12 semanas, la disfunción sexual asociada al tratamiento fue significativamente menor en los pacientes que utilizaron agomelatina 2.2 vs 8.6% con venlafaxina, (utilizando la Sex Effects Scale), con una buena respuesta en la remisión de los síntomas depresivos en ambos casos (73% con agomelatina vs 66.9% con venlafaxina) (Kennedy et al., 2008; Vazquez y Secin, 2012).

Se esperaba una menor incidencia de efectos adversos en la sexualidad con los antipsicóticos atípicos en comparación con los convencionales, pero los estudios



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

han demostrados elevadas tasas de disfunciones sexuales con la risperidona, que van del 43% al 67% (Knegtering, Blijd y Boks, 1999; Bobes et al., 2003; Montejo et al., 2005). La olanzapina exhibe una significativa menor incidencia de disfunciones sexuales, en comparación con la risperidona, pero no parece que sea insignificante con índices que varían desde 19% (Dossenbach et al., 2004; Montejo et al., 2005) a 35%. (Bobes et al., 2003; Montejo et al., 2005).

El estudio del consumo de psicofármacos de una población puede dar una idea sobre el acceso de la población al tratamiento farmacológico de los trastornos mentales, la preferencia y uso racional de este tipo de tratamiento y eventualmente sobre su abuso y dependencia.

Según Montejo (2000) podemos destacar los siguientes estudios para describir la importancia del tema:

- Comunicación espontánea de la disfunción sexual.
- Aceptación del paciente de este efecto adverso y cómo influye en su funcionalidad en general.
- La disfunción sexual provocada por distintos anti-psicóticos.
- Disfunción sexual inter-sexos.

## **IV. OBJETIVOS.**

### **A.OBJETIVOS GENERAL:**

- Conocer las posibles disfunciones sexuales causadas por psicofármacos en paciente con trastornos mentales.

Los objetivos específicos que han guiado la investigación han sido los siguientes:





## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

### Objetivo específico I:

- Valorar si los pacientes asocian la existencia de disfunciones sexuales con la toma de psicofármacos.

### Objetivo específico II:

- Influencia de los psicofármacos en la respuesta sexual.

### Objetivo específico III:

- Conocer la satisfacción sexual de los pacientes en tratamiento con psicofármacos.

### Objetivo específico IV:

- Valorar como aceptan los pacientes los cambios sexuales producidos por la toma de psicofármacos según el grado de disfunción sexual.

## **V. METODOLOGÍA.**

### **A. DISEÑO Y POBLACIÓN.**

#### **A.1 DISEÑO.**

Esta investigación trata de un estudio descriptivo, la metodología se enmarca dentro del enfoque cuantitativo, el cual nos permite analizar los datos extraídos de



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

los cuestionarios de manera estadística. Se realiza un muestreo no probabilístico por conveniencia.

### A.2 POBLACIÓN.

La población de estudio pertenece al Área de Salud de Cartagena (Murcia).

Como criterios de inclusión se ha utilizado pacientes diagnosticados de trastornos mentales, que sean o hayan sido tratados con psicofármacos, como mínimo de edad se delimito en dieciocho años, puesto que, con menos edad no se puede calificar diversos trastornos mentales como los trastornos de personalidad, porque se considera que con una edad inferior a los dieciocho, la personalidad aún se estaría forjando. Aunque nuestro sujeto con menor edad es de 19 años. Como máximo de edad se puso los 65 años con el fin de evitar posibles pluripatológicas que interfieran en el estudio.

Los criterios exclusión son todos aquellos pacientes que no cumplan los criterios anteriores.

En total obtuvimos 70 cuestionarios, 42 hombres y 28 mujeres, descartamos 5 por no cumplir los criterios de cumplimentación.

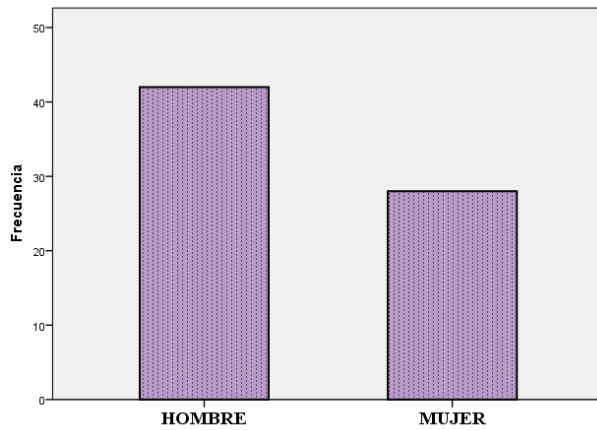
**Tabla1:** Frecuencias de sexo.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HOMBRE	42	59,2	60,0	60,0
MUJER	28	39,4	40,0	100,0
Total	70	98,6	100,0	
		100,0		



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

**Tabla 2:** Distribución por porcentajes de sexo.



Obtenemos un porcentaje más elevado de hombres con un 60% de la muestra frente a un 40% que son mujeres.

**Tabla 3:** Estadísticos de la edad.

N	Válidos	70
	Perdidos	0
Media		36,9571
Mediana		36,0000
Moda		36,00
Desv. típ.		9,01116
Varianza		81,201

De la muestra compuesta por 70 participantes, la edad media es de 36,95 años, la moda 36 años, la desviación típica 9,011 y la varianza 81,201.



**Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

**Tabla 5:** Prevalencia de diagnósticos mentales.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Trastorno bipolar.</b>	14	19,7	20,0	20,0
<b>Esquizofrenia.</b>	7	9,9	10,0	30,0
<b>Brote psicótico.</b>	13	18,3	18,6	48,6
<b>Trastorno de personalidad.</b>	5	7,0	7,1	55,7
<b>Depresión.</b>	8	11,3	11,4	67,1
<b>Abuso de tóxicos.</b>	4	5,6	5,7	72,9
<b>Alteración conductual.</b>	8	11,3	11,4	84,3
<b>Intento autolítico.</b>	3	4,2	4,3	88,6
<b>Trastorno esquizoafectivo.</b>	6	8,5	8,6	97,1
<b>Trastorno de ansiedad.</b>	1	1,4	1,4	98,6
<b>Anorexia nerviosa.</b>	1	1,4	1,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Del total de la muestra de 70 pacientes, los diferentes diagnósticos y prevalencia de los mismo.

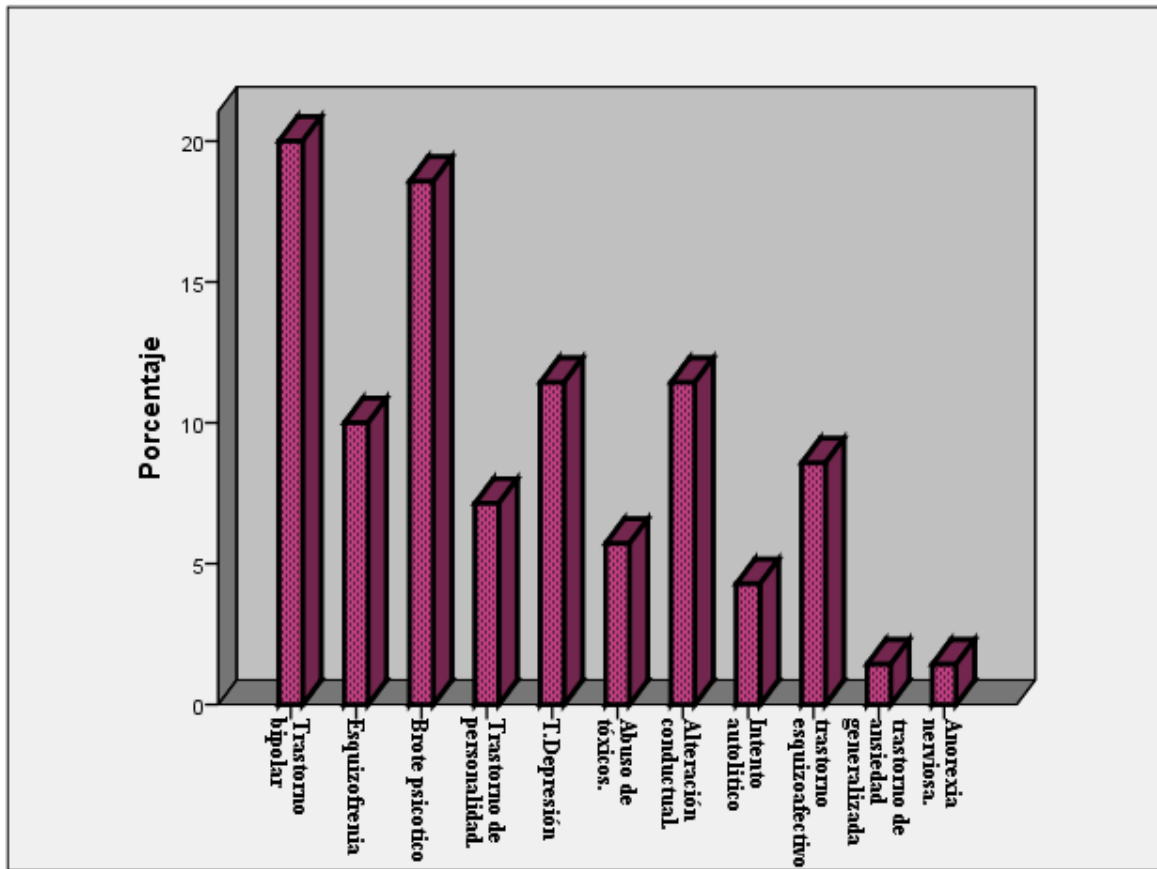
La frecuencia más alta es el trastorno bipolar 20% seguido del brote psicótico 18,5% y progresivamente trastorno depresivo y la alteración conductual presentan



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

igualmente 11,3%, la esquizofrenia con un porcentaje de 10%, trastorno esquizoafectivo 8,6%, trastornos de personalidad 7,1%, abuso de tóxicos 5,6%.

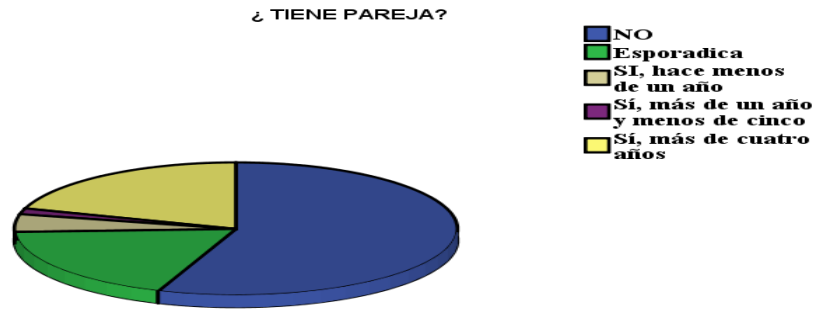
**Tabla 6:** Distribución por frecuencia de los trastornos mentales.





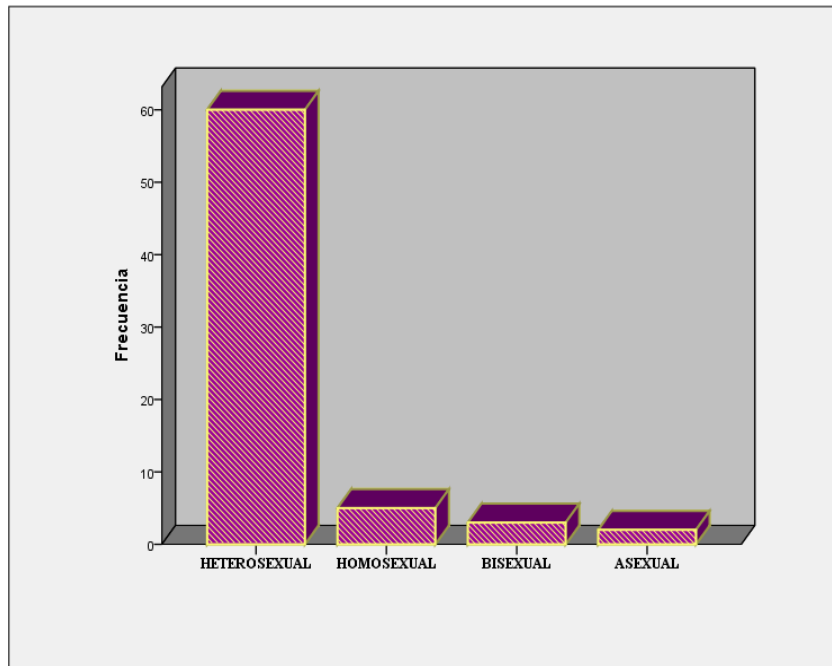
## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

**Tabla 7:** Porcentaje de estado sentimental.



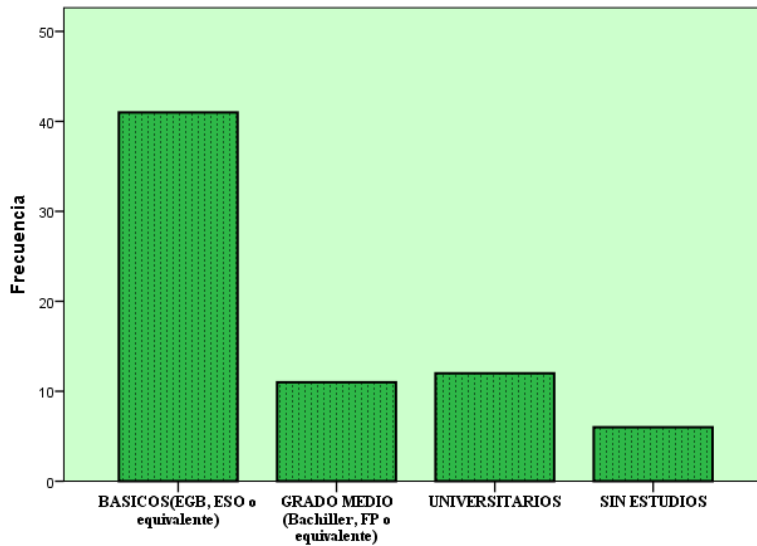
Como podemos observar en este gráfico, la mayoría de pacientes no tienen pareja.

**Tabla 8:** Frecuencia de la orientación sexual.



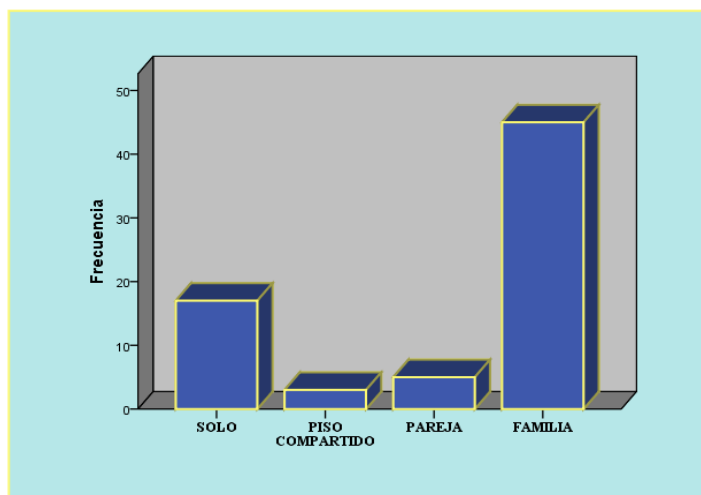
La orientación sexual de la muestra es mayoritariamente heterosexual.

**Tabla 10:** Distribución por frecuencia de grado de estudios.



La convivencia es mayoritariamente en familia en familia con un 64,3 %, seguido de un porcentaje de 24, 3% que viven solos.

**Tabla 9:** Distribución por frecuencia de la convivencia de los pacientes.



Respecto a la formación académica, la muestra presenta principalmente estudios básicos, seguido por formación universitaria.



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

### **B.VARIABLES E INSTRUMENTOS.**

Tras realizar todo el proceso de información existente sobre el tema y planteado el objeto de estudio de esta investigación, decidimos emplear dos cuestionarios para hombres y dos para mujeres.

En las mujeres utilizamos el cuestionario EVAS-M predice correctamente el 77,3% de eufunción (especificidad o verdaderos negativos) y el 66,7% de disfunciones sexuales (sensibilidad o verdaderos positivos), con un total de clasificaciones correctas del 76,1%. Ofrece un índice de sensibilidad (0,66) y de especificidad (0,77) similares a otras escalas que se indican para su uso en atención primaria. Validado por Calle, García, Fernández Agís, De La Fuente, García, (2009). Se adjunta en el ANEXO 1.

En los hombres decimos realizar el cuestionario EVAS-H, elaborado por Dr. Lacalle. El cuestionario EVAS-H actualmente está en proceso de validación, pero nos servirá para realizar una análisis comparativo entre sexos y ver cuáles son las diferencias entre ambos y si estas son significativas. ANEXO 2.

El EVAS-M es un cuestionario que está formado por ocho ítems, mientras que el EVASH consta de diez ítems, ambos con opciones de respuesta cerrada y con una puntuación máxima de 60.

En nuestro estudio añadiremos las dos preguntas a EVAS-M con el fin de disponer de diez ítems como en el hombre para realiza el análisis comparativo.





## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

**Tabla 1:** Escala de valoración de la actividad sexual.

### ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

<b>Dominio</b>	<b>Preguntas</b>	<b>Rango</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Puntuación mínima</b>	<b>Puntuación máxima</b>
<i>Deseo</i>	3	1/5	2	2	10
<i>Excitación</i>	4	1/5 inversa	2	2	10
<i>Lubricación</i>	5	1/5 inversa	2	2	10
<i>Orgasmo</i>	6	1/5	2	2	10
<i>Satisfacción</i>	1 y 9	1/5	1	2	10
<i>Dolor</i>	7	1/5 inversa	2	2	10
<u>Rango o Puntuación total de la escala</u>				12	60

**Fuente original:** Calle,García, FernándezAgís ,DelaFuente ,García (2009 ).

El contenido del EVAS-M alude a diferentes ítems que los agrupamos en las variables demográficas (sexo, edad, estudios y convivencia), diagnóstico, tratamiento con psicofármacos, satisfacción, deseo, excitación, lubricación vaginal, dolor, cercanía emocional y complicidad con la pareja y resultado final del cuestionario.

En el EVAS-H definimos las mismas variables eliminando la lubricación vaginal y añadiendo la eyaculación.

Como tercer cuestionario hemos elegido la Escala PRSexDQ-SALSEX (disfunción sexual secundaria al tratamiento con psicofármacos), elaborada y validada por Montejo et al. (2000, 2008 respectivamente) ANEXO 3.

Las preguntas se refieren a diversos aspectos de la función sexual del paciente que pueden verse afectados por la toma de psicofármacos. Todas las preguntas deberá dirigirlas al paciente directamente, excepto la pregunta B, que debe ser contestada por el entrevistador. El cuestionario sirve para ambos sexos. Se aplica mediante entrevista clínica directa. Consta de 7 ítems.



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

Los ítems 1 y 2 evalúan la presencia de algún tipo de alteración en la actividad sexual y si su comunicación al médico es espontánea.

Los siguientes 4 ítems evalúan la intensidad o frecuencia de las alteraciones de la función sexual (descenso de la libido, retraso/ausencia de orgasmo/eyaculación, impotencia/disminución de la excitación) mediante una escala de respuesta de 0 a 3. Un ítem adicional evalúa el grado de tolerancia a los cambios en la función sexual utilizando una escala de respuesta de 0 (no ha habido disfunción sexual) a 3 (mala tolerancia).

Puede obtenerse una puntuación final total de la escala mediante la suma de los puntos obtenidos en los ítems 3-7, obteniéndose una puntuación total de 0 (ninguna disfunción sexual) a 15 puntos (máxima Disfunción sexual posible).

La muestra ha sido obtenida tras el consentimiento por escrito por parte del comité ético del área de salud de Cartagena, los encuestados han sido voluntarios y anónimos por pacientes que han querido participar en nuestro estudio.

### **C.PROCEDIMIENTO.**

Para llevar a cabo la recogida de datos se siguió un procedimiento no aleatorio, en el área de salud de Cartagena, con un tiempo estimado de 20 minutos.

Para tal fin, había un investigador presente para la recogida de datos, el cual se encargaba de explicar al paciente la forma de responder a los diferentes ítems, y si surgieran, solventar las dudas y aclarar las dudas durante la cumplimentación del instrumento. Le pedimos a cada uno de los sujetos que contestasen, a ser posible, todas las preguntas y que fuesen absolutamente sinceros, insistiendo en que esta prueba se realiza voluntariamente y de forma completamente anónima.



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

### **D.ANÁLISIS DE LOS DATOS.**

Una vez finalizada la fase anterior, los datos fueron introducidos en ficheros informáticos y codificados, para proceder, posteriormente, a realizar los análisis estadísticos oportunos a través del programa SPSS (en su versión 20.0 para Windows). Para facilitar la interpretación de los resultados, pasamos a continuación a detallar los análisis efectuados.

## **VI. RESULTADOS.**

A continuación vamos a analizar los resultados obtenidos, primeramente pondremos los datos generales de la muestra mediante unos gráficos y continuaremos el análisis comparativo.

Para comenzar con la interpretación de los datos vamos a comenzar exponiendo una serie de gráficas donde agrupamos los ítems recogidos en la encuesta EVA-H y EVA-M (Satisfacción, deseo, excitación, erección, lubricación, dolor, disfunción de la pareja, preocupación y complicidad emocional).

Pasamos a exponer los datos obtenidos para cada variable.



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

### 1. Datos generales

**Tabla 1:** Grado de disfunción sexual.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Grado de disfunción leve.	38	53,5	54,3	54,3
Grado de disfunción moderado.	25	35,2	35,7	90,0
Grado de disfunción intenso.	7	9,9	10,0	100,0
Total	70	100,0	100,0	
	70	100,0		

En el análisis del grado de disfunción, encontramos un 54,3% de la muestra presenta una grado de disfunción leve, un 35,7 % presenta un grado de disfunción moderado y un 10% presenta un grado de disfunción intenso.

**Tabla 2:** Afectación a la respuesta sexual desde la toma de psicofármacos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido.	Porcentaje acumulado.
Si	40	56,3	57,1	57,1
No	29	40,8	41,4	98,6
No toma tratamiento actualmente.	1	1,4	1,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

En el análisis en el que los pacientes asocian la toma de tratamiento farmacológico a alguna alteración sexual encontramos que 57,1 % de la muestra si ha notado algún tipo de alteración en la actividad sexual, un 41,4% no ha notado ninguna alteración un 1,4 % no toma tratamiento.

**Tabla 3:** Correlaciones entre la variable “Afectación de los cambios en la respuesta sexual desde la toma de psicofármacos” y “Grado de disfunción sexual”.

		Afectación de los cambios en la respuesta sexual desde la toma de psicofármacos.	Grado de disfunción sexual
Afectación de los cambios en la respuesta sexual desde la toma de psicofármacos	Correlación de Pearson	1	-,500**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	70	70
Grado de disfunción sexual	Correlación de Pearson	-,500**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	70	70

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Encontramos correlaciones con **dos asteriscos**, o sea, correlaciones significativas a nivel 0.01 (bilateral), entre la variable “Afectación de los cambios en la respuesta sexual desde la toma de psicofármacos” y “Grado de disfunción sexual” ( $r= -.500$ ;  $Sig.= .01$ ).



**Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

**Tabla 4:** Contingencia de las variables.

		Grado de disfunción sexual			Total
		Grado de disfunción leve.	Grado de disfunción moderada.	Grado de disfunción intensa.	
Afectación en la respuesta sexual desde la toma de psicofármacos.	SI	12	22	6	40
	NO	25	3	1	29
	No toma	1	0	0	1
	Total	38	25	7	70

La muestra de 40 de los pacientes que contestaron que si notan alguna alteración sexual desde la toma de tratamiento un 12 presentan disfunción sexual leve, 22 moderada y 6 grave. Un total de 29 pacientes contestaron no notar ninguna alteración sexual desde la toma de psicofármacos, de los cuales 25 presenta disfunción sexual leve, 3 moderada y 1 grave. En total 28 pacientes presenta grado de disfunción leve, 25 moderada y 7 grave.

Un paciente de los encuestados no estaba tomando tratamiento en la actualidad.



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

**Tabla 5:** Pruebas de chi-cuadrado.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,268 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitudes	24,413	4	,000
Asociación lineal por lineal	17,242	1	,000
N de casos válidos	70		

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,10.

Obtenemos un valor de 22,268 de Chi- Cuadrado de Pearson, con un p- valor: 0.00, siendo esta inferior a  $p > 0,05$  existe una relación estadísticamente significativa entre la variable grado de disfunción sexual y asociación de los pacientes de toma de tratamiento con psicofármacos que alteran la sexualidad.



**Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

**Tabla 6:** Análisis descriptivo de variables.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
SATISFACCION SEXUAL	70	1,00	5,00	3,0429	1,27899
DESEO	70	1,000	5,000	3,07143	1,288988
ERECCIÓN	42	1,00	5,00	2,3810	1,36064
EXITACIÓN	70	1,00	5,00	2,0714	1,24320
SEQUEDAD VAGINAL	28	1,00	5,00	2,3214	1,30678
DOLOR	70	1,00	3,00	1,6857	,84344
DIFICULTAD	70	1,00	5,00	1,6714	,89639
PREOCUPACIÓN	70	1,00	5,00	2,4286	1,24611
CERCANIA EMOCIONAL Y COMPLICIDAD	70	1,00	5,00	2,7286	1,86440





## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

Para valorar cuál de estos aspectos se encuentra más alterado nos fijamos en la media pues están directamente relacionadas. A mayor media, mayor alteración. Si nos fijamos en la tabla 6, vemos que la que obtiene mayor puntuación es el deseo, pero como seguido de la satisfacción.



**Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

**Tabla 7:** Correlación entre variable “benzodiazepinas” y variables “deseo, erección, excitación, sequedad vaginal, orgasmo, dolor, dificultad, preocupación y cercanía emocional”.

		BENZODIAZEPINAS
DESEO	Correlación de Pearson	,036
	Sig. (bilateral)	,783
	N	62
ERECCION	Correlación de Pearson	-,088
	Sig. (bilateral)	,604
	N	37
EXCITACIÓN	Correlación de Pearson	-,152
	Sig. (bilateral)	,237
	N	62
SEQUEDAD VAGINAL	Correlación de Pearson	-,023
	Sig. (bilateral)	,912
	N	25
ORGASMO	Correlación de Pearson	<b>-,312*</b>
	Sig. (bilateral)	,013
	N	62
DOLOR	Correlación de Pearson	-,024
	Sig. (bilateral)	,853
	N	62
DIFICULTAD	Correlación de Pearson	,215
	Sig. (bilateral)	,093
	N	62
PREOCUPACION	Correlación de Pearson	,050
	Sig. (bilateral)	,697
	N	62
CERCANÍA EMOCIONAL Y COMPLICIDAD	Correlación de Pearson	,109
	Sig. (bilateral)	,398
	N	62

Encontramos correlaciones con **un asterisco**, o sea, correlaciones significativas a nivel 0.01 (bilateral), entre la variable “Benzodiazepinas” y “Orgasmo” ( $r = -.312$ ;  $Sig. = .01$ ).



**Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

**Tabla 8:** Cuando ha tenido actividad sexual, con o sin penetración ¿ha sentido orgasmo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	11	15,5	15,7	15,7
Raramente	9	12,7	12,9	28,6
A veces	18	25,4	25,7	54,3
A menudo	5	7,0	7,1	61,4
Casi siempre- siempre.	27	38,0	<b>38,6</b>	100,0
Total	70	100,0	100,0	
Total	70	100,0		

La relación de muestra que toma benzodiacepinas, existe un 38,6 % de la muestra tiene casi siempre o siempre orgasmo.

**Tabla 9:** Estadísticos para una muestra.

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
<b>Benzodiacepinas</b>	62	10,16	5,65742	,71849
<b>Orgasmo.</b>	70	3,400	1,49782	,17902



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

Realizamos la prueba chi-cuadrado a la variable benzodiazepinas y la variable orgasmo en el que hayamos grado de correlación.

**Tabla 10:** Pruebas de chi-cuadrado.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	48,955 <sup>a</sup>	60	,845
Razón de verosimilitudes	58,403	60	,534
Asociación lineal por lineal	5,953	1	,015
N de casos válidos	62		

a. 80 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

Obtenemos un valor de 48,955 de Chi- Cuadrado de Pearson, con un p- valor: 0,845, siendo esta mayor a  $p > 0,05$  por tanto no existe una relación estadísticamente significativa entre la variable benzodiazepinas y la variable orgasmo.



**Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

**Tabla 11:** Correlación entre variable “Antidepresivos” y variables “deseo, erección, excitación, sequedad vaginal, orgasmo, dolor, dificultad, preocupación y cercanía emocional”.

		ANTIDEPRESIVOS.
DESEO	Correlación de Pearson	,039
	Sig. (bilateral)	,859
	N	23
ERECCION	Correlación de Pearson	,230
	Sig. (bilateral)	,429
	N	14
EXCITACIÓN	Correlación de Pearson	,257
	Sig. (bilateral)	,237
	N	23
SEQUEDAD VAGINAL	Correlación de Pearson	,193
	Sig. (bilateral)	,618
	N	9
ORGASMO	Correlación de Pearson	-,002
	Sig. (bilateral)	,994
	N	23
DOLOR	Correlación de Pearson	-,120
	Sig. (bilateral)	,585
	N	23
DIFICULTAD DE LA PAREJA	Correlación de Pearson	-,009
	Sig. (bilateral)	,967
	N	23
PREOCUPACIÓN.	Correlación de Pearson	,206
	Sig. (bilateral)	,345
	N	23
CERCANIA EMOCIONAL Y COMPLICIDAD.	Correlación de Pearson	,311
	Sig. (bilateral)	,148
	N	23

No se observa correlación en referencia a la toma de antidepresivos y la respuesta sexual de la muestra.



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

Realizamos la prueba chi cuadrado entre las variables antidepresivo y la satisfacción, deseo, erección, eyaculación, excitación, dolor, dificultad, complicidad y preocupación.

**Tabla 12:** Pruebas de chi-cuadrado, antidepresivos y dificultad para sentirse excitada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,676 <sup>a</sup>	18	,003
Razón de verosimilitudes	19,721	18	,349
Asociación lineal por lineal	1,448	1	,229
N de casos válidos	23		

a. 28 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

Obtenemos un valor de 38,676 de Chi- Cuadro de Pearson, con un p- valor: 0,003, siendo esta mayor a  $p > 0,05$  por tanto existe una relación estadísticamente significativa entre la variable antidepresivos y la excitación.



**Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

**Tabla 13:** Antipsicóticos Clásicos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Levomepromazina</b>	1	1,4	12,5	12,5
<b>Haloperidol</b>	5	7,1	62,5	75,0
<b>Zuclopentixol</b>	1	1,4	12,5	87,5
<b>Sulpirida</b>	1	1,4	12,5	100,0
Total	8	11,4	100,0	
Sistema	62	88,6		
Total	70	100,0		

Se observa mayor consumo de haloperidol con un 62,5%, seguido igualmente de levomepromazina, zuclopentixol y sulpirida en un 12,5%.

**Tabla 14:** Estadísticos descriptivos antipsicóticos clásicos.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría	
<b>Antipsicótico Clásicos</b>	8	2,0 0	5,0 0	3,2500	,88641	1,026	,752
N válido (según lista)	8						



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

Encontramos que 8 pacientes de la muestra toman antipsicóticos clásicos un total de 11,4%, frente a un 88,6 % que no toman antipsicóticos clásicos. Obtenemos un porcentaje valido de 62.5 % de pacientes que toman haloperidol, 12,5 % en los fármacos levomepromazina, zuclopentixol, sulpirida.

**Tabla 15:** Correlación entre variable “Antipsicóticos clásicos” y variables “deseo, erección, excitación, sequedad vaginal, orgasmo, dolor, dificultad, preocupación y cercanía emocional”.

		Antipsicóticos Clásicos
DESEO	Correlación de Pearson	-,862**
	Sig. (bilateral)	,006
	N	8
ERECCION	Correlación de Pearson	-,250
	Sig. (bilateral)	,633
	N	6
EXCITACIÓN	Correlación de Pearson	-,221
	Sig. (bilateral)	,599
	N	8
SEQUEDAD VAGINAL	Correlación de Pearson	. <sup>b</sup>
	Sig. (bilateral)	.
	N	2
DOLOR	Correlación de Pearson	-,487
	Sig. (bilateral)	,221
	N	8
DIFICULTAD	Correlación de Pearson	-,302
	Sig. (bilateral)	,468
	N	8
PREOCUPACION	Correlación de Pearson	-,596
	Sig. (bilateral)	,119
	N	8
CERCANIA EMOCIONAL Y COMPLICIDAD	Correlación de Pearson	-,138
	Sig. (bilateral)	,745
	N	8





## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

Encontramos correlaciones con **dos asterisco**, o sea, correlaciones significativas a nivel 0.01 (bilateral), entre la variable “Antipsicóticos clásicos” y “Deseo” ( $r = -.862$ ;  $Sig. = .01$ ).

Según las tablas de contingencia entre los antipsicóticos clásicos y el deseo, las respuestas obtenidas son un encuestado que toma sulpirida ha respondido que “Nunca han tenido deseo”, dos encuestados uno que toma haloperidol y otro que toma zuclopentixol ha respondido tener raramente deseo, dos encuestados que toman haloperidol han respondido tener deseo “a veces”, dos encuestados que toman haloperidol respondieron tener deseo “a menudo”, y un paciente que toma levopromacina respondió tener deseo “siempre o casi siempre”.

**Tabla 16:** Pruebas de chi-cuadrado.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,200 <sup>a</sup>	12	,084
Razón de verosimilitudes	14,404	12	,276
Asociación lineal por lineal	5,197	1	,023
N de casos válidos	8		

a. 20 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

Obtenemos un valor de 19,200 de Chi- Cuadrado de Pearson, con un p- valor: 0,84, siendo esta mayor a  $p > 0,05$  por tanto no existe una relación estadísticamente significativa entre la variable antipsicótico y la variable deseo.



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

**Tabla 17:** Antipsicóticos Atípicos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Aripiprazol</b>	5	7,1	7,1	7,1
<b>Olanzapina</b>	5	7,1	7,1	14,3
<b>Quetiapina</b>	8	11,4	11,4	25,7
<b>Risperidona</b>	9	12,9	12,9	38,6
<b>Ziprasidona</b>	2	2,9	2,9	41,4
<b>Paliperidona</b>	1	1,4	1,4	42,9
<b>Otros</b>	40	57,1	57,1	100,0
<b>Total</b>	70	100,0	100,0	

El total de la muestra (70 pacientes) toman antipsicóticos atípicos 57,1% de los encuestados toman otros antipsicóticos o la combinación de varios de ellos, un 12,9 % toman risperidona, un 11,4% risperidona, un 7,1 % olanzapina, un 7,1% aripiprazol, un 2,9 ziprasidona y un 1,4 toma paliperidona.



**Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

**Tabla 18:** Correlación entre variable “Antipsicóticos atípicos” y variables “deseo, erección, excitación, sequedad vaginal, orgasmo, dolor, dificultad, preocupación y cercanía emocional”.

		Antipsicóticos Atípicos
DESEO	Correlación de Pearson	,115
	Sig. (bilateral)	,344
	N	70
ERECCION	Correlación de Pearson	-,132
	Sig. (bilateral)	,404
	N	42
EXCITACIÓN	Correlación de Pearson	-,074
	Sig. (bilateral)	,543
	N	70
SEQUEDAD VAGINAL	Correlación de Pearson	,235
	Sig. (bilateral)	,230
	N	28
ORGASMO	Correlación de Pearson	-,033
	Sig. (bilateral)	,786
	N	70
DOLOR	Correlación de Pearson	-,026
	Sig. (bilateral)	,831
	N	70
DIFICULTAD	Correlación de Pearson	-,012
	Sig. (bilateral)	,920
	N	70
PREOCUPACIÓN	Correlación de Pearson	,119
	Sig. (bilateral)	,325
	N	70
COMPLICIDAD EMOCIONAL	Correlación de Pearson	-,075
	Sig. (bilateral)	,535
	N	70

No observa correlación entre la variable “antipsicóticos atípicos” y las variables deseo, erección, sequedad vaginal, excitación, orgasmo, dificultad, preocupación y complicidad.



**Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

**Tabla 19:** Correlación entre la variable “eutimizantes anticomicionales y variables “deseo, erección, excitación, sequedad vaginal, orgasmo, dolor, dificultad, preocupación y cercanía emocional”.

		Eutimizantes anticomicionales
DESEO	Correlación de Pearson	-,220
	Sig. (bilateral)	,380
	N	18
ERECCION	Correlación de Pearson	,078
	Sig. (bilateral)	,790
	N	14
EXCITACIÓN	Correlación de Pearson	,309
	Sig. (bilateral)	,212
	N	18
SEQUEDAD VAGINAL	Correlación de Pearson	. <sup>a</sup>
	Sig. (bilateral)	,000
	N	4
ORGASMO	Correlación de Pearson	-,131
	Sig. (bilateral)	,605
	N	18
DOLOR	Correlación de Pearson	-,024
	Sig. (bilateral)	,923
	N	18
DIFICULTAD	Correlación de Pearson	,198
	Sig. (bilateral)	,432
	N	18
PREOCUPACIÓN	Correlación de Pearson	,230
	Sig. (bilateral)	,358
	N	18
CERCANIA EMOCIONAL Y COMPLICIDAD.	Correlación de Pearson	<b>,499*</b>
	Sig. (bilateral)	,035
	N	18



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

Encontramos correlaciones con **un asterisco**, o sea, correlaciones significativas a nivel 0.05 (bilateral), entre la variable “Eutimizantes anticomiciales” y “la cercanía emocional y complicidad” ( $r= 0,499$ ;  $Sig.= .05$ ).

**Tabla 20:** Pruebas de chi-cuadrado.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,67 5 <sup>a</sup>	16	,407
Razón de verosimilitudes	15,13 8	16	,515
Asociación lineal por lineal	,291	1	,590
N de casos válidos	18		

a. 25 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.

Obtenemos un valor de 16,675 Chi- Cuadrado de Pearson, con un p- valor: 0,407, siendo esta mayor a  $p > 0,05$  por tanto no existe una relación estadísticamente significativa entre la variable eutimizantes anticomiciales y la variable complicidad y cercanía emocional.



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

**Tabla 21:** Eutimizantes.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Litio.</b>	7	10,0	30,4	30,4
<b>Ácido Valproico.</b>	14	20,0	60,9	91,3
<b>Litio y Acido Valproico.</b>	2	2,9	8,7	100,0
Total	23	32,9	100,0	
Sistema	47	67,1		
Total	70	100,0		

Un total de 23 pacientes toman eutimizantes, destacamos los eutimizantes más prescritos en nuestros pacientes, siendo el de mayor utilización el ácido valproico con un 60%, seguido del litio con un 30,4% y por la combinación de los dos litio y ácido valproico en un 8,7%.



**Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

**Tabla 22:** Correlación entre variable “Eutimizantes” y variables “deseo, erección, excitación, sequedad vaginal, orgasmo, dolor, dificultad, preocupación y cercanía emocional”.

		Eutimizantes
DESEO	Correlación de Pearson	,033
	Sig. (bilateral)	,880
	N	23
ERECCIÓN	Correlación de Pearson	,027
	Sig. (bilateral)	,931
	N	13
EXCITACIÓN	Correlación de Pearson	-,016
	Sig. (bilateral)	,942
	N	23
SEQUEDAD VAGINAL	Correlación de Pearson	-,159
	Sig. (bilateral)	,661
	N	10
ORGASMO	Correlación de Pearson	<b>,473*</b>
	Sig. (bilateral)	,023
	N	23
DOLOR	Correlación de Pearson	-,016
	Sig. (bilateral)	,942
	N	23
DIFICULTAD	Correlación de Pearson	,178
	Sig. (bilateral)	,416
	N	23
PREOCUPACIÓN	Correlación de Pearson	,381
	Sig. (bilateral)	,073
	N	23
CERCANÍA EMOCIONAL Y COMPLICIDAD	Correlación de Pearson	-,192
	Sig. (bilateral)	,379
	N	23



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

Encontramos correlaciones con **un asterisco**, o sea, correlaciones significativas a nivel 0.05 (bilateral), entre la variable “Eutimizantes anticomiciales” y “la cercanía emocional y complicidad” ( $r= 0,473$ ;  $Sig.= .05$ ).

**Tabla 23:** Pruebas de chi-cuadrado.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,351 <sup>a</sup>	8	,400
Razón de verosimilitudes	10,469	8	,234
Asociación lineal por lineal	4,929	1	,026
N de casos válidos	23		

a. 15 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,09.

Obtenemos un valor de 8,351 Chi- Cuadrado de Pearson, con un p- valor: 0,400, siendo esta mayor a  $p > 0,05$  por tanto no existe una relación estadísticamente significativa entre la variable eutimizantes y variable orgasmo.





**Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

**Tabla 24:** ¿Está satisfecho en general con su actividad sexual?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy insatisfecho.	9	12,9	12,9	12,9
Bastante insatisfecho.	16	22,9	22,9	35,7
Ni satisfecho- ni insatisfecho.	20	28,6	28,6	64,3
Bastante satisfecho	13	18,6	18,6	82,9
Muy satisfecho	12	17,1	17,1	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Un 28,6% de la muestra refiere está ni satisfecho ni insatisfecho, un 22,9 % se siente bastante insatisfecho, un 18,6 % está bastante satisfecho, un 17,1% está muy satisfecho y un 12,9 % está muy insatisfecho.

**Tabla 25:** Estadísticos descriptivos de satisfacción sexual.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
<b>SEXO</b>	70	1,00	2,00	1,4000	,49344
<b>SATISFACCION SEXUAL</b>	70	1,00	5,00	3,0429	1,27899
N válido (según lista)	70				



**Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

**Tabla 26:** Correlaciones entre la variable sexo y la satisfacción sexual.

		SEXO	SATISFACCIÓN SEXUAL
SEXO	Correlación de Pearson	1	-,372**
	Sig. (bilateral)		,002
	N	70	70
SATISFACCIÓN SEXUAL	Correlación de Pearson	-,372**	1
	Sig. (bilateral)	,002	
	N	70	70

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Encontramos correlaciones con **dos asterisco**, o sea, correlaciones significativas a nivel 0.01 (bilateral), entre la variable “sexo” y “satisfacción sexual” ( $r = -,372$  ;  $Sig. = .01$ ).

**Tabla 27:** ANOVA de un factor

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	15,621	1	15,621	10,923	,002
Intra-grupos	97,250	68	1,430		
Total	112,871	69			



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

Obtenemos un grado de significación  $P < 0,05$ , siendo estadísticamente significativa la variable satisfacción y sexo.

**Tabla 28:** ¿Cómo acepta los cambios en la relación sexual que nos ha comentado anteriormente?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>No ha habido disfunción sexual.</b>	21	30,0	30,0	30,0
<b>Bien. Ningún problema por este motivo.</b>	19	27,1	27,1	57,1
<b>Regular. Le molesta la disfunción.</b>	20	28,6	28,6	85,7
<b>Mal. Le molesta mucho la disfunción sexual.</b>	10	14,3	14,3	100,0
<b>Total</b>	70	100,0	100,0	

En el análisis de frecuencias un 30% de la muestra refiere no haber tenido disfunción sexual, un 27,1 % acepta bien la relación de los posibles cambios sexuales, un 28,6 % le molesta la disfunción pero no ha pensado en abandonar el tratamiento, aceptando los cambios de forma regular y por ultimo un 14,3 % Le molesta mucho los cambios producidos por los psicofármacos y ha pensado en abandonar el tratamiento por esta causa.



**Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

**Tabla 29:** Correlación de la variable “aceptación de los cambios sexuales” y “grado de disfunción sexual”.

		¿Cómo acepta los cambios en la relación sexual?	Grado de disfunción sexual
Afectación de los cambios en la respuesta sexual con psicofármacos	Correlación de Pearson	1	,748**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	70	70
Grado de disfunción sexual	Correlación de Pearson	,748**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	70	70

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Encontramos correlaciones con **dos asteriscos**, o sea, correlaciones significativas a nivel 0.01 (bilateral), entre la variable “Afectación de los cambios en la respuesta sexual con la toma de psicofármacos” y “Grado de disfunción sexual” ( $r = .748$ ;  $Sig. = .01$ ).



**Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

**Tabla 30:** Análisis descriptivos del variable grado de aceptación de los cambios en las relaciones sexual y el grado de disfunción sexual.

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
<b>¿Cómo acepta los cambios en la relación sexual?</b>	70	2,2714	1,04841	,12531
<b>Grado de disfunción sexual</b>	70	1,5571	,67321	,08046

**Tabla 31:** ¿Cómo acepta los cambios en la relación sexual?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>No ha habido disfunción sexual.</b>	21	29,6	30,0	30,0
<b>Bien. Ningún problema por este motivo.</b>	19	26,8	27,1	57,1
<b>Regular. Le molesta la disfunción.</b>	20	28,2	28,6	85,7
<b>Mal. Le molesta mucho la disfunción sexual.</b>	10	14,1	14,3	100,0
<b>Total</b>	70	98,6	100,0	
Total	70	100,0		



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

En un 30% de la muestra no ha habido disfunción sexual, un 27,1% refiere aceptar bien los cambios no existiendo ningún problema en este motivo, un 28,6 % presenta una aceptación regular de los cambios y les molesta la disfunción aunque no han pensado en abandonar el tratamiento por este motivo y un 14.3% presenta una mala aceptación, molestándole mucho la disfunción y han pensado abandonar el tratamiento por este motivo.

Realizamos la prueba chi cuadrado a las variables aceptación de los cambios en la respuesta sexual y el grado de disfunción sexual.

**Tabla 32:** Pruebas de chi-cuadrado.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	49,896 <sup>a</sup>	6	,000
Razón de verosimilitudes	61,241	6	,000
Asociación lineal por lineal	38,577	1	,000
N de casos válidos	70		

a. 5 casillas (41,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,00.

Obtenemos un valor de 49,896 Chi- Cuadrado de Pearson, con un p- valor: 0,000, siendo esta menor a  $p > 0,05$  por tanto existe una relación estadísticamente significativa entre la variable aceptación de los cambios en la respuesta sexual y el grado de disfunción sexual.



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

### VII. DISCUSIÓN.

A continuación, tras analizar los resultados obtenidos en este estudio, nos disponemos a contrastarlos con otras investigaciones, basándonos en los objetivos que nos han guiado. En el primer objetivo, *“Conocer las posibles disfunciones sexuales causadas por psicofármacos en paciente con trastornos mentales”*, observamos se cumple, puesto que existen posibles disfunciones sexuales causadas por psicofármacos. La importancia de la prevalencia de disfunciones sexuales en pacientes con enfermedad mental en tratamiento con psicofármacos, es grande, ya que según la escala PRSexDQ-SALSEX, utilizada en nuestro trabajo, obtenemos que un número significativo de pacientes presentan disfunciones sexuales moderadas y graves. En base a ello, entendemos que los psicofármacos están relacionados con posibles disfunciones sexuales. Disponemos de estudios en el que los resultados van por la misma línea que los marcados por nosotras en este objetivo. Montejo, et. al (2002) afirman que *“la disfunción sexual, en distintos grados y con diferentes formas de presentación, es el efecto adverso que con más frecuencia se presenta con psicofármacos como antipsicóticos y antidepresivos”*. El mayor problema que se deriva de esta alta incidencia afecta por una parte a la calidad de vida del paciente y a la posibilidad de incumplimiento terapéutico en aquellos que precisan tratamientos a largo plazo.

Consideramos que los resultados hallados deberían tenerse en cuenta en la práctica asistencial con los pacientes, promoviendo medicaciones que afecten mínimamente a la sexualidad, con el fin de evitar abandonos y mejoras en la calidad de vida.

Como limitación observamos que la mayoría de pacientes no comunican de forma espontánea sus alteraciones sexuales causadas por psicofármacos. El segundo objetivo que nos planteamos fue describir la *“influencia de los psicofármacos en la respuesta sexual”*. A la hora de obtener los resultados nos encontramos con el obstáculo de que nuestra muestra es demasiado pequeña para poder afirmar que los psicofármacos influyen en la respuesta sexual. No observamos correlaciones entre las diferentes etapas de la respuesta sexual y la toma de psicofármacos. Sería



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

deseable realizar nuevos estudios con una muestra representativa, con el fin de obtener datos que puedan ser extrapolados a la realidad. Un aspecto a destacar es que se observa mayor número de pacientes tratados con antipsicóticos atípicos que con antipsicóticos clásicos.

Montgomery, 2002, realizó una revisión sobre la DS en pacientes deprimidos, prevalencia y diferencia entre los diferentes antidepresivos, donde la paroxetina y sertralina presentaron los mayores efectos sexuales adversos.

En un reciente estudio del grupo español, con seguimiento a los 6 meses en 55 pacientes apareció una mejoría significativa en las 5 dimensiones del cuestionario SALSEX (descenso de libido, retraso de orgasmo, anorgasmia, disfunción eréctil/lubricación vaginal y aceptación de la disfunción). La mejoría se halló desde el primer mes y continuó hasta el final de los 6 meses.

Fakhoury et al, hallaron disfunción sexual en el 45,1% de los pacientes tratados con antipsicóticos de primera generación y en el 46,2% de aquellos que recibieron antipsicóticos de segunda generación. Burkeetal, (1994) refieren un empeoramiento de la función sexual previa en el 35% de pacientes con risperidona, 50% con Haloperidol y solo en el 20% con clozapina. SegúnWhirsinget al (1999) el 50% de pacientes con risperidona, 40% con Clozapina y 33% con haloperidol manifestaron un interés mínimo y un descenso sustancial en su actividad sexual tras el inicio del tratamiento a corto y largo plazo Knegtering et al, 2000 y Montejo et al, 2000 coinciden en señalar dos aspectos importantes: En primer lugar que la frecuencia de DS es claramente superior a la que aparece en la ficha médica de todos los antipsicóticos y en segundo lugar que la mayor disfunción sexual que olanzapina y quetiapina, por lo que deben existir aspectos diferenciales entre ellos que expliquen estos hallazgos En el tercer objetivo, ***“conocer la satisfacción sexual de los pacientes en tratamiento con psicofármacos”***, podemos observar que las mujeres de la muestra tienen puntuaciones más bajas en satisfacción sexual que los hombres, siendo estas significativamente diferentes. A pesar de que la mayoría de los hombres no valoran como insatisfechas sus relaciones sexuales en general, si vemos como sus





## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

puntuaciones en excitación sexual y deseo sexual en particular, son bastante altas; variables puntuadas por las mujeres significativamente más bajas.

No hemos encontrado estudios concretos que investiguen la satisfacción sexual del paciente mental en tratamiento con psicofármacos, es un campo a estudiar, con gran trascendencia a nivel de calidad de vida en el paciente y con una importante relación a la adhesión al tratamiento.

Algunos investigadores que encontraros afirman en general los pacientes tratados declararon mayor insatisfacción con su funcionamiento sexual en comparación con los no tratados. Este estudio concluye que el tratamiento AP mejora algunas de las dimensiones del funcionamiento sexual (frecuencia de pensamientos sexuales y deseo sexual), pero induce deterioro en otras (erección, orgasmo y satisfacción sexual) (Mussa y Nemirovsky, 2003). En el cuarto objetivo, **“valorar como aceptan los pacientes los cambios sexuales producidos por la toma de psicofármacos según el grado de disfunción sexual”**, observamos que se correlacionan ambas variables, afirmando pues, que los pacientes que presentan mayor disfunción sexual aceptan regular o mal la toma de psicofármacos, planteándose en alguna ocasión el abandono del tratamiento por dicha causa.

Vemos que nuestros resultados se ven respaldados por otras investigaciones anteriores, en las que se demostró que el grado de disfunción sexual está asociado al abandono del tratamiento con psicofármacos por parte de los pacientes mentales (Montejo et. al 2001).

## **VIII. CONCLUSIONES.**

Las conclusiones a las que hemos llegado después de meses de búsqueda, lectura, análisis, selección, comparación, son las siguientes:

Una gran mayoría de los pacientes con enfermedad mental en tratamiento con psicofármacos presenta una disfunción sexual. No existen diferencias significativas concretan en las variables deseo, excitación, erección, lubricación, orgasmo, dolor, dificultad y complicidad emocional, ya que la muestra es demasiado pequeña.



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

En las mujeres, según los datos descriptivos, la fase de la respuesta sexual humana más afectada es el deseo, seguida de la excitación.

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, en las diferentes fases de la respuesta sexual y los diferentes grupos de psicofármacos (antidepresivos, antipsicóticos clásicos, antipsicóticos atípicos, benzodiazepinas, eutimizantes y eutimizantes anticomicionales), pero al contrastar con otros estudios, llegamos a la conclusión de que esta discordancia, puede que debida al tamaño de nuestra muestra.

La falta de satisfacción en las relaciones sexuales ha sido la alteración que con más frecuencia se ha encontrado, tanto en hombres como en mujeres.

Para generalizar los datos de este estudio y completar los resultados, a continuación planteamos una serie de propuestas de mejorar y/o completar la investigación:

- Mayor homogeneidad de la muestra.
- Mayor tamaño de la muestra.
- La temática de la investigación ha dificultado la consecución de la muestra.
- La clasificación por grupos de psicofármacos más específicos.
- Uno de los cuestionarios (EVAS-H) aún no está validado.
- No se contempla si las personas poseen un buen control de su enfermedad mental.
- Tampoco se contempla si han recibido buena educación sexual.

Todo lo mencionado nos lleva a plantearnos la importancia de la sexualidad en las personas con trastornos mentales y a la búsqueda de soluciones a las alteraciones que hemos visto que existen. Entre estas soluciones, podría estar un buen control de la medicación más consensuada con el paciente y dando importancia a aspectos como la sexualidad y una buena educación sexual.

Es interesante la formación de los enfermeros/as especialistas en salud mental en sexología para contribuir al bienestar de este tipo de pacientes. Descubrir que este tipo de estudios puede dar a conocer esta problemática para que se ofrezcan los medios para dar alternativas de solución y mejora, nos hace valorar la importancia



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

de seguir investigando. Nos disponemos a exponer una serie de propuestas para futuras investigaciones.

### **II.LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y PROPUESTAS DE FUTURO:**

Las principales limitaciones encontradas son el tamaño de la muestra, ya que creemos que es una muestra pequeña que no serviría para extrapolar los datos a la sociedad o en contextos diferentes. Creemos que deberíamos seguir analizando dichas variables aumentando la muestra, hasta alcanzar un tamaño adecuado, la escasa participación de los pacientes, la diferencia de muestra entre sexos y el no poder establecer relaciones causales.

### **II.PROPUUESTAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES:**

- Debido a la temática de la investigación, sería interesante combinar el tipo de estudio cuantitativo con el cualitativo.
- Contemplar la relación entre una buena educación sexual y la disminución de las disfunciones sexuales por mantenimiento psicológico.
- Un campo por descubrir sería la satisfacción sexual en pacientes mentales.
- Valorar el uso de fármacos que como hemos visto no alteran la función sexual, valorar porque se prescriben poco si es por razones de eficacia, si son económicas...
- Investigar soluciones para las posibles disfunciones sexuales causadas por psicofármacos con el fin de evitar el abandono de tratamiento y mejorar la calidad de vida de dichos pacientes.



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

### III. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El estudio se ha puesto en conocimiento del Comité ético y docencia del área de salud de Cartagena, obteniéndolo por escrito. Los encuestados son paciente que de forma voluntaria y anónima han querido participar en nuestro estudio.

### IX. BIBLIOGRAFÍA.

- ✚ Aizenberg D, Zemishlany Z, Dorfman-Ettrog P, Weizman A. Sexual dysfunction in male schizophrenic patients. *Journal of Clinical Psychiatry* 1995; 56:137-41.
- ✚ American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV*. Barcelona: Masson.
- ✚ American Psychiatric Association, (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- ✚ Arrington, R., Cofrancesco, J. y Wu, A. W. (2004). Questionnaires to measure sexual quality of life. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care y Rehabilitation*, 13(10), 1643-1658.
- ✚ Baggaley M. Sexual dysfunction in schizophrenia: focus on recent evidence. *Hum Psychopharmacol* 2008; 23:201-9.
- ✚ Baldwin D, Thomas S, Birtwistle J, (1998). Effects of antidepressant drugson sexual function. *J Psychiatry in Clinical Practice*; 1:47-58.
- ✚ Berner, M. M., Hagen, M., Kriston, L., y Omar, H. (2006). Tratamiento de la disfunción sexual debida al tratamiento con fármacos antipsicóticos.
- ✚ Bobes, J., Garc A-Portilla, M. P., Rejas, J., Hern Ndez, G., Garcia-Garcia, M., Rico-Villademoros, F., y Porrás, A. (2003). Frequency of sexual dysfunction and other reproductive side-effects in patients with schizophrenia



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

treated with risperidone, olanzapine, quetiapine, or haloperidol: the results of the EIRE study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(2), 125-147.

✚ Bobes J., Dexeus S., y Gibert J., (2000). *Psicofármacos y función sexual*. Madrid: Díaz de Santos.

✚ Bravo, C., Meléndez, J. C., Ramírez, S., y López, M. E. (2005). *Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México*. *Salud Mental*, 28(4), 75.

✚ Garzón, P. C., Aizpiri, J., Alonso, J. B., Camacho, A. F., Estella, F. G., Sendín, J. R., y Camino, J. S. (2002). *Disfunciones sexuales de origen no orgánico*. *Medicina General*, 49, 916-922.

✚ Cárdenas, A. R., Aguilar, S. A., y Zavaleta, V. L. (2008). *Satisfacción sexual en pacientes con linfoma no Hodgkin durante el tratamiento de quimioterapia (Resultados preliminares.)*. *Satisfacción sexual en pacientes con linfoma no Hodgkin durante el tratamiento de quimioterapia (Resultados preliminares.)*, 7(2), 56-62.

✚ Carrobes J.A. y Sanz A. (1991). *Terapia sexual*. Madrid: Fundación Universidad Empresa (UNED).

✚ Dossenbach, M., Erol, A., el Mahfoud Kessaci, M., Shaheen, M. O., Sunbol, M. M., Boland, J., y Bitter, I. (2004). *Effectiveness of antipsychotic treatments for schizophrenia: interim 6-month analysis from a prospective observational study (IC-SOHO) comparing olanzapine, quetiapine, risperidone, and haloperidol*. *The Journal of clinical psychiatry*, 65(3), 312.

✚ Ducrocq, F. (1999). *Depression and sexual disorders*. *L'Encéphale*, 25(5), 515.

✚ Ghadirian, A. M., Chouinard, G., y Annable, L. (1982). *Sexual dysfunction and plasma prolactin levels in neuroleptic-treated schizophrenic outpatients*. *The Journal of nervous and mental disease*, 170(8), 463-467.

✚ Gitlin, M. J. (1994). *Psychotropic medications and their effects on sexual function: diagnosis, biology, and treatment approaches*. *The Journal of clinical psychiatry*, 55(9), 406.



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

- ✚ González, A. L. M., Fernández, S. M., y DE, G. E. 12. Disfunción sexual secundaria a antipsicóticos: diagnóstico y tratamiento.
- ✚ Fernández Álvarez, T., Gómez Castro, M.J., Baidés Morente, C. y Martínez Fernández, J. (2002). Factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 30, 297303.
- ✚ Gabay, P. M., Bruno, M. D., y Roldán, E. J. Sexualidad y esquizofrenia. Volumen XVII-Nº 66–Marzo–Abril 2006, 136.
- ✚ Herman, J. B., Brotman, A. W., Pollack, M. H., y Falk, W. E. (1990). Fluoxetine-induced sexual dysfunction. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- ✚ Hirschfeld, R. M. A. (1999). Care of the sexually active depressed patient. *The Journal of clinical psychiatry. Supplement*, 60(17), 32-35.
- ✚ INSALUD (2001). Indicadores de la prestación farmacéutica en el Instituto Nacional de la Salud. Vol. II. Anual 2000. Madrid: Subdirección General de la Coordinación Administrativa.
- ✚ Kelly, D. L., y Conley, R. R. (2003). Evaluating sexual function in patients with treatment-resistant schizophrenia.
- ✚ Kelly, D. L., y Conley, R. R. (2004). Sexuality and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 767-779.
- ✚ Kennedy, S. H., Rizvi, S., Fulton, K., y Rasmussen, J. (2008). A double-blind comparison of sexual functioning, antidepressant efficacy, and tolerability between agomelatine and venlafaxine XR. *Journal of clinical psychopharmacology*, 28(3), 329-333.
- ✚ Knegtering, H., Blijd, C., y Boks, M. P. M. (1999). Sexual dysfunction and prolactin levels in patients using classical antipsychotics, risperidone or olanzapine. *Schizophr Res*, 36(1-3), 355-6.
- ✚ Laird, L, (2000). Sexual dysfunction on fluvoxamine therapy. *The Journal of clinical psychiatry*, 61(1), 62.
- ✚ Mari JJ, Almeida- Filho N, Coutinho E. (1993). The epidemiology of psychotropic use in the city of Sao Paulo. *Psychol Med* 23(2):467-474.



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

- ✚ Mas, M., Zahradnik, M. A., Martino, V., y Davidson, J. M. (1985). Stimulation of spinal serotonergic receptors facilitates seminal emission and suppresses penile erectile reflexes. *Brain research*, 342(1), 128-134.
- ✚ Matey, P. (2008). El otro lado del paciente psiquiátrico: el sexo también existe en la esquizofrenia.
- ✚ Masters, W. H., Johnson, V. E., y Kolodny, R. C. (1997). *La sexualidad humana*. Grijalbo.
- ✚ Merino García, M. J., y García Plazaola, M. (1995). Antidepresivos y disfunciones sexuales: biología, clasificación y tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 15(54), 431-442.
- ✚ Montejo, A, Domínguez Rodríguez, MT; Rubio Merino, MI; Molina Ramos, R; San Emeterio, L (2000). Utilidad de sildenafil en disfunciones sexuales secundarias a patología psiquiátrica y psicofármacos. *Psiquiatría Biológica* 7:216-25.
- ✚ Montejo, A. L., Llorca, G., Izquierdo, J. A., Ledesma, A., Bouso o, M., Calcedo, A., y De la Gandara, J. (1996). Disfunción sexual secundaria a ISRS. Análisis comparativo en 308 pacientes. *Actas Lusoespanolas de Neurología Psiquiatría y Ciencias Afines*, 24, 311-321.
- ✚ Montejo, A.L.; Llorca, G.; Izquierdo, J. A. y cols, (1996). Disfunción Sexual Secundaria a ISRS. Análisis comparativo en 308 pacientes. *Actas Luso Esp Neurol Psiquatr*, 24,6:311-321
- ✚ Montejo, A. L., Garcia, M., Espada, M., Rico-Villademoros, F., Llorca, G., y Izquierdo, J. A. (2000). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos. *Actas Espanolas de Psiquiatría*, 28(3), 141-150.
- ✚ Montejo, A. L., Rico-Villademoros, F., Tafalla, M., y Majadas, S. (2005). A 6-month prospective observational study on the effects of quetiapine on sexual functioning. *Journal of clinical psychopharmacology*, 25(6), 533-538.
- ✚ Montejo, A. L., Prieto, N., Terleira, A., Matias, J., Alonso, S., Paniagua, G., y Portolés, A. (2010). Better sexual acceptability of agomelatine (25 and 50 mg) compared with paroxetine (20 mg) in healthy male volunteers. An 8-week,



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

placebo-controlled study using the PRSEXDQ-SALSEX scale. *Journal of Psychopharmacology*, 24(1), 111-120.

✚ Montejo, Á. L., y Rico-Villademoros, F. (2008). Psychometric properties of the Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire (PRSexDQ-SALSEX) in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(3), 227-239.

✚ Montejo, A. L., Rico-Villademoros, F., Tafalla, M., y Majadas, S. (2005). A 6-month prospective observational study on the effects of quetiapine on sexual functioning. *Journal of clinical psychopharmacology*, 25(6), 533-538.

✚ Munoz, P., y González, T. M. (1997). Organic personality disorder: response to carbamazepine]. *Actas luso-españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines*, 25(3), 197.

✚ Mussa, A., y Nemirovsky, M. (2006). La evaluación de la función sexual desde la óptica psicofarmacológica. Volumen XVII-Nº 66–Marzo–Abril 2006, 123.

✚ Ngoundo-Mbongue, T. B., Niezborala, M., Sulem, P., Briant-Vincens, D., Bancarel, Y., Jansou, P., y Lapeyre-Mestre, M. (2005). Psychoactive drug consumption: performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers. *pharmacoepidemiology and drug safety*, 14(2), 81-89.

✚ Possidente, E., Figueira, I., Marques, C., Nardi, AE, Fontenelli, L., y Versiani, M. (1997). Efectos sexuales no deseados de las benzodiazepinas, los efectos no deseados sexuales de las benzodiazepinas. *J. bras. psiquiatr*, 46 (10) 557-561.

✚ Ramos López, A., y Díaz Palarea, M. D. (2005). Características de los usuarios de una unidad de agudos de salud mental: determinantes psicosociales y clínicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (96), 37-56.

✚ Real R.M (2010).Estudio epidemiológico de la Disfunción Sexual Femenina. Asociación con otras enfermedades y factores de riesgo. Tesis presentada en opción del grado Científico de Doctor en Ciencias Médicas, Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Ciudad de la Habana.





## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

- ✚ Rodríguez Jiménez, O. R. (2010). Relación entre satisfacción sexual, ansiedad y prácticas sexuales. *Pensamiento psicológico*, (14), 41-52.
- ✚ Rodríguez, M., Castro, R., Hernández, G., y Mas, M. (1984). Different roles of catecholaminergic and serotonergic neurons of the medial forebrain bundle on male rat sexual behavior. *Physiology and behavior*, 33(1), 5-11.
- ✚ Ruiz, L. G. G., y Blanco, C. S. M. Sexualidad y enfermedad: consejo sexual. *Disfunciones sexuales*, 15.
- ✚ Salvador-Carulla, L., Rodríguez-Blázquez, C., Salas, D., y Magallanes, T. (2000). Sexualidad y enfermedad mental crónica. Sexualidad y personas con discapacidad psíquica. Madrid: FEAPS, 361-378.
- ✚ Sapetti, A. Los nuevos antidepresivos y las disfunciones sexuales. *Psiquiatría Forense, Sexología. Praxis*, 7.
- ✚ Secades R, Rodríguez E, Valderrey J, Fernández Hermida J.R, Vallejo G, Jiménez J. (2003). El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España). *Psicothema*, 15 (4): 650-655.
- ✚ Segraves, R. T. (1998). Antidepressant-induced sexual dysfunction. *The Journal of clinical psychiatry*, 59, 48.
- ✚ Sexuales, D. (2010). Estudio sobre la función sexual de pacientes que inician tratamiento con aripiprazol. Estudio naturalístico, abierto, prospectivo y multicéntrico. *Actas Esp Psiquiatr*, 38(1), 13-21.
- ✚ Shiavi, R. C., y Segraves, R. T. (1995). The biology of sexual function. *The Psychiatric Clinics of North America*, 18(1).
- ✚ Shepherd, M., Lader, M., y Rodnight, R. (1972). *Psicofarmacología clínica*. Zaragoza: Acribia.
- ✚ Sorscher, S., y Dilsaver, S. (1986). Antidepressant-induced sexual dysfunction in men: Due to cholinergic blockade? *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 6(1), 53-54.
- ✚ Smith S.M, O'Keane V., Murray R. (2002) Sexual dysfunction in patients taking conventional anti-psychotic medication.



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

- ✚ Stahl, S. M. (1998). How psychiatrists can build new therapies for impotence. *The Journal of clinical psychiatry*, 59(2), 47-48.
- ✚ Torres, C., y Escarabajal M.D (2005) Psicofarmacología: Una aproximación histórica, *Anales de psicología* 21 ( 2), 199-212.
- ✚ Urbina, S., y Diep, R. (2012). Disfunción sexual asociada a antidepresivos. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 10(1), 20.
- ✚ Wesby, R., Bullmore, E., Earle, J., y Heavey, A. (1996). A survey of psychosexual arousability in male patients on depot neuroleptic medication. *European psychiatry*, 11(2), 81-86.
- ✚ World Health Organization. (2001). *World health report 2001: mental health: new understanding, new hope*. World Health Organization.

## **X. ANEXOS**

### **Anexo 1: Cuestionario EVAS-H.**

**A continuación se le van a presentar una serie de cuestiones relacionadas con su actividad sexual, no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo se trata de conocer sus experiencias acerca de este tema. La información que proporcione tiene fines de investigación y por tanto, es de carácter confidencial. Señale con una X la opción elegida.**



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

Edad:

Estudios:

- Básicos (EGB, ESO o equivalente).
- Grado medio (Bachiller, FP o equivalente).
- Universitarios.
- Sin estudios.

En la actualidad convive:

- Solo.
- Piso compartido.
- Pareja.
- Familia.

Orientación sexual:

- Heterosexual.
- Homosexual.
- Bisexual.
- Asexual.

Prácticas sexuales:

- Heterosexual.
- Homosexual.
- Bisexual.
- Asexual.



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

¿Tiene pareja?

- No.
- Sí, menos de un año.
- Sí, más de un año y menos de cinco.
- Sí, más de cuatro años.

Diagnóstico:

Tratamiento actual con psicofármacos:

Por favor, contestar las siguientes preguntas sólo en caso de tener o haber tenido actividad sexual con tu pareja en las últimas cuatro semanas (actividad sexual o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación...)

1.- ¿Está satisfecho en general con su actividad sexual?

- Muy insatisfecho.
- Bastante insatisfecho.
- Ni satisfecho-ni insatisfecho.
- Bastante satisfecho.
- Muy satisfecho.



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

2.- ¿En caso de estar “muy” o “bastante” **insatisfecho** con su actividad sexual, desde cuando le ocurre esto?

- Semanas.
- Meses.
- Años.
- Nunca he estado satisfecho.

3.- Durante las últimas cuatro semanas ¿ha tenido interés en tener algún tipo de actividad sexual?

- Nunca.
- Raramente.
- A veces.
- A menudo.
- Casi siempre – Siempre.

4.- En las relaciones sexuales ¿Ha tenido dificultad con la erección sin tomar ningún fármaco tipo viagra?

- Nunca.
- Raramente.
- A veces.
- A menudo.
- Casi siempre – Siempre.



**Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

5.- En las relaciones sexuales ¿Con qué frecuencia ha sentido que eyaculaba demasiado pronto?

- Nunca Raramente.
- A veces.
- A menudo.
- Casi siempre – Siempre.

6.- Cuando ha tenido actividad sexual, con o sin penetración ¿ha sentido orgasmo?

- Nunca.
- Raramente.
- A veces.
- A menudo.
- Casi siempre – Siempre.

7.- ¿Ha sentido algún tipo de dolor que la haya impedido terminar su relación sexual?

- Nunca.
- Raramente.
- A veces.
- A menudo.
- Casi siempre – Siempre.



**Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

8.- ¿Tiene su pareja algún tipo de dificultad sexual?

- Nunca.
- Raramente.
- A veces.
- A menudo.
- Casi siempre – Siempre.

9.- ¿Siente cercanía emocional y confianza con su pareja en las relaciones sexuales?

- Nunca.
- Raramente.
- A veces.
- A menudo.
- Casi siempre – Siempre.

10.- ¿Se ha sentido en alguna ocasión preocupada por su actividad sexual?

- Nunca.
- Raramente.
- A veces.
- A menudo.
- Casi siempre – Siempre.



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

### **Anexo 1: Cuestionario EVAS-M.**

**A continuación se le van a presentar una serie de cuestiones relacionadas con su actividad sexual, no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo se trata de conocer sus experiencias acerca de este tema. La información que proporcione tiene fines de investigación y por tanto, es de carácter confidencial.**

**Señale con una X la opción elegida.**

Edad:

Estudios:

- Básicos (EGB, ESO o equivalente).
- Grado medio (Bachiller, FP o equivalente).
- Universitarios.
- Sin estudios.

En la actualidad convive:

- Solo.
- Piso compartido.
- Pareja.
- Familia.

Orientación sexual:

- Heterosexual.
- Homosexual.
- Bisexual.
- Asexual.





## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

Prácticas sexuales:

- Heterosexual.
- Homosexual.
- Bisexual.
- Asexual.

¿Tiene pareja?

- No.
- Sí, menos de un año.
- Sí, más de un año y menos de cinco.
- Sí, más de cuatro años.

Diagnóstico:

Tratamiento actual con psicofármacos:

Por favor, contestar las siguientes preguntas sólo en caso de tener o haber tenido actividad sexual con tu pareja en las últimas cuatro semanas (actividad sexual o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación...)



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

1.- ¿Está satisfecha en general con su actividad sexual?

- Muy insatisfecha
- Bastante insatisfecha
- Ni satisfecha-ni insatisfecha
- Bastante satisfecha
- Muy satisfecha

2.- ¿En caso de estar “muy” o “bastante” **insatisfecha** con su actividad sexual, desde cuando le ocurre esto?

- Semanas
- Meses
- Años
- Nunca he estado satisfecha

3.- Durante las últimas cuatro semanas ¿ha tenido interés en tener algún tipo de actividad sexual?

- Nunca.
- Raramente.
- A veces.
- A menudo.
- Casi siempre – Siempre.



**Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

4.- En las relaciones sexuales ¿ha tenido dificultad en sentirse excitada?

- Nunca.
- Raramente.
- A veces.
- A menudo.
- Casi siempre – Siempre.

5.- En las relaciones sexuales ¿ha sentido sequedad vaginal?

- Nunca.
- Raramente.
- A veces.
- A menudo.
- Casi siempre – Siempre.

6.- Cuando ha tenido actividad sexual, con o sin penetración ¿ha sentido orgasmo?.

- Nunca.
- Raramente.
- A veces.
- A menudo.
- Casi siempre – Siempre.



## **Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

7.- ¿Ha sentido algún tipo de dolor que la haya impedido terminar su relación sexual?

- Nunca.
- Raramente.
- A veces.
- A menudo.
- Casi siempre – Siempre.

8.- ¿Tiene su pareja algún tipo de dificultad sexual?

- Nunca.
- Raramente.
- A veces.
- A menudo.
- Casi siempre – Siempre.

9.- ¿Siente cercanía emocional y confianza con su pareja en las relaciones sexuales?

- Nunca.
- Raramente.
- A veces.
- A menudo.
- Casi siempre – Siempre.



**Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.**

10.- ¿Se ha sentido en alguna ocasión preocupada por su actividad sexual?

- Nunca.
- Raramente.
- A veces.
- A menudo.
- Casi siempre – Siempre.



## Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena.

### ANEXO 3:

#### **PRSexDQ-SALSEX.** (Montejo AL et al 2000) **CUESTIONARIO DE DISFUNCIÓN SEXUAL SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON PSICOFÁRMACOS**

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

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

SÍ                      NO                      No toma tratamiento actualmente

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

SÍ                      Comunicó espontáneamente  
NO                      Comunicó espontáneamente.

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

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

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

- 0.- Ningún retraso
- 1.- Retraso leve o apenas apreciable
- 2.- Retraso moderado y claramente apreciable.
- 3.- Retraso intenso aunque puede eyacular.

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

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

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

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

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

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

**PUNTUACION TOTAL (0-15):**

**LEVE**

**MODERADA**

**INTENSA**

- **LEVE:** entre 1-5 puntos (siempre que ningún ítem  $\geq 2$  puntos)
- **MODERADA:** entre 6-10 ( cualquier ítem =2 y < 3 puntos)
- **INTENSA:** entre 11-15 o bien cualquier ítem =3.

©Montejo AL, García M, Espada M, Rico-Villademoros F, Llorca G, Izquierdo JA, y Grupo Español de Trabajo para el Estudio de las Disfunciones Sexuales Secundarias a Psicofármacos. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos. Actas Esp Psiquiatr 2000; 28 (3): 141-150.