

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI

COORDINACION DE POSGRADO E INVESTIGACION



Título de la investigación

**“PREVALENCIA DE LA DISFUNCION SEXUAL ASOCIADA A
ANTIDEPRESIVOS Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS
PACIENTES DEL INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA
CALIFORNIA ”**

Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en

PSIQUIATRIA

P R E S E N T A:

DR. SERGIO MEDINA CALDERÓN

Mexicali, B.C. Mayo de 2016

**INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA DEL ESTADO DE
BAJA CALIFORNIA**

DIRECCION DE ENSEÑANZA Y VINCULACION

HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



Título de la investigación

**“PREVALENCIA DE LA DISFUNCION SEXUAL ASOCIADA A
ANTIDEPRESIVOS Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS
PACIENTES DEL INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA
CALIFORNIA ”**

Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en

PSIQUIATRIA

P R E S E N T A:

DR. SERGIO MEDINA CALDERÓN

**INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA DEL ESTADO DE
BAJA CALIFORNIA**

DIRECCION DE ENSEÑANZA Y VINCULACION

HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



Título de la investigación

**“PREVALENCIA DE LA DISFUNCION SEXUAL ASOCIADA A
ANTIDEPRESIVOS Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE
LOS PACIENTES DEL INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO
DE BAJA CALIFORNIA ”**

Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en

P S I Q U I A T R Í A

P R E S E N T A:

DR. SERGIO MEDINA CALDERÓN

ASESOR DE TRABAJO TERMINAL:

DRA. VALENTINA ARRIAGA MARTINEZ

Mexicali, B.C. Mayo de 2016

CARTA DE DICTAMEN DE LA EVALUACION ESCRITA DEL
EXAMEN DE GRADO

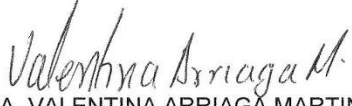
Mexicali, B.C: a, 23 de mayo de 2016

Los abajo firmantes , miembros del Jurado Dictaminador del documento escrito
Denominado: PREVALENCIA DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL ASOCIADA A
ANTIDEPRESIVOS Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS
PACIENTES DEL INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA DEL ESTADO DE BAJA
CALIFORNIA

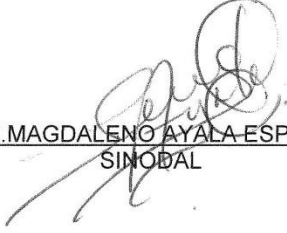
que para obtener el Diploma de Especialidad en Psiquiatría, presenta:

C. Sergio Medina Calderón

Realizada la evaluación resolvimos: aprobado por unanimidad


DRA. VALENTINA ARRIAGA MARTINEZ
PRESIDENTE


DRA. ROSA ISELA VILLAGOMEZ BEDOLLA
SINODAL


DR. MAGDALENO AYALA ESPINOZA
SINODAL


DR. MIGELA ANGEL MORALES GALLARDO
SINODAL


DR. MARCO ANTONIO BOLADO
SECRETARIO

AUTORIZACION DEL TRABAJO TERMINAL

DR VÍCTOR SALVADOR RICO HERNANDEZ
DIRECTOR DE SERVICIOS MEDICOS DEL IPEBC

DR.RAUL MARTINEZ RAMIREZ
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL IPEBC

DR. ALVARO CAMACHO MONCALEANO
ASESOR METODOLÓGICO

DRA.WENDY MARLET CORDOVA MORALES
ASESOR TEÓRICO

DR.SERGIO MEDINA CALDERÓN R4 PSIQUIATRIA
**SUSTENTANTE DEL EXAMEN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA**

AGRADECIMIENTOS:

A mis padres: María Calderón Abeja y J Jesús Medina Zepeda por el apoyo incondicional . A mis Hermanos: Edith, Jesús, Víctor , Laura y Karla, y a todos y cada uno de los Médicos que han sido parte de mi formación , tanto mis compañeros de generaciones anteriores y posteriores así como los especialistas que en algún momento me orientaron , un sincero agradecimiento

INDICE

Introducción	9
Antecedentes	11
Planteamiento del problema	12
Marco teórico	13
Marco Conceptual	20
Justificación	20
Hipótesis	22
Objetivo General	22
Objetivos Específicos	22
Material y Métodos	23
• Diseño del estudio	23
• Población y muestra	23
• Criterios de inclusión	23
• Criterios de exclusión	23
• Criterios de eliminación	23
• Variables:	23
○ Dependiente (s)	23
○ Independiente (s)	23
• Análisis estadístico	23
Resultados	24
Discusión	43
Conclusiones	44
Anexos	45
• SALSEX	45
• SF36	48
Bibliografía	54

INTRODUCCIÓN:

La sexualidad y el funcionamiento sexual son aspectos importantes de todas las personas, las cuales se consideran como componente integral de la salud y el bienestar general con el fin de tener una mejor calidad de vida (Gheshlaghi, 2014). Establecer con precisión la prevalencia de la disfunción sexual resulta complicado, debido a dos factores principalmente: la escasa frecuencia con que se reportan este tipo de problemas de forma espontánea por parte del paciente hacia el médico y la falta de un interrogatorio propositivo por parte del médico hacia el paciente; sin embargo, los estudios realizados al respecto reportan que las mujeres tienden a padecer con mayor frecuencia algún tipo de disfunción sexual que los varones (43 vs 31%) (Psychiatry., 2005.)

Las revisiones sistemáticas de la epidemiología de la dificultad, la disfunción y la insatisfacción sexual indican que los problemas sexuales son comunes en hombres y mujeres en todas las sociedades, y son más frecuentes en las personas mayores y entre las personas con condiciones médicas crónicas, incluyendo la depresión (DeRogatis LR, 2008) (Lewis RW, 2010). La disfunción sexual es un problema común con un gran número de causas, incluyendo los factores psicosociales (Heidari AR, 2012), enfermedad médica general, trastornos psiquiátricos y medicamentos psicotrópicos y no psiquiátricos. Es especialmente frecuente entre los pacientes con problemas de salud emocional (Anita H. Clayton, 2006).

Los estudios epidemiológicos y clínicos muestran que la depresión está asociada con daño de la función y la satisfacción sexual, incluso en los pacientes no tratados (Thakurta, 2012). La reducción de los síntomas depresivos mediante un tratamiento antidepresivo con éxito puede ir acompañada de mejoras reportadas en el deseo y la satisfacción sexual. Sin embargo, el tratamiento con antidepresivos se asocia también con el empeoramiento de la disfunción sexual preexistente, y con el desarrollo de nuevas dificultades sexuales en pacientes sin problemas previamente.

Varios neurotransmisores y neuropéptidos han sido implicados en la respuesta sexual y la disfunción sexual ha sido relacionada con un incremento de serotonina, decremento de dopamina, bloqueo de receptores colinérgicos y alfa1-adrenérgicos, inhibición de óxido nítrico sintetasa y elevación de los niveles de prolactina (Keltner NL, 2002). Un incremento en la disponibilidad de serotonina inhibe el deseo sexual, la eyaculación y el orgasmo, principalmente a través de agonismo de los receptores 5-HT₂ y 5-HT₃, mientras que la liberación de dopamina incrementa la función sexual.

Más del 45% de los pacientes con depresión pueden experimentar disfunción sexual asociado al tratamiento con fármacos antidepresivos (David S. Baldwin, 2013), pero la identificación exacta de la incidencia de disfunción emergente del tratamiento ha demostrado ser problemática (Thakurta, 2012). Desgraciadamente, el curso a largo plazo de la disfunción sexual asociada con el tratamiento antidepresivo es incierto (David S. Baldwin, 2013)

En particular, los inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS), han demostrado una mayor incidencia de disfunción sexual (Serretti A, 2009 Jun) que otros antidepresivos que funcionan a través de diferentes mecanismos de acción. (Anita H. Clayton, 2006)..

La disfunción sexual secundaria a antidepresivos puede ser un factor agregado de malestar para los pacientes con depresión que, si se deja de lado, podría prolongar o empeorar los síntomas depresivos, afectando la calidad de vida y generando una falta de apego al tratamiento farmacológico; Rosenberg reportó que 42% de los hombres y 15% de las mujeres descontinúan el tratamiento antidepresivo debido a los efectos sexuales adversos que les generó (Rosenberg KP, 2003).

ANTECEDENTES :

Los antidepresivos serotoninérgicos se asocian frecuentemente con la aparición de Disfunción Sexual (DS) en pacientes sexualmente activos superando el 70%. Otros no serotoninérgicos provocan escasos adversos sexuales (bupropion, agomelatina, mirtazapina). Lamentablemente la incidencia real de la disfunción está subestimada por los clínicos ya que las fichas técnicas de los medicamentos muestran cifras inferiores al 25% y las comunicaciones espontáneas de los pacientes no superan el 20-40%. En España se creó y validó un cuestionario específico para este fin (Cuestionario PRSexDQ, también conocido como -SALSEX, -Montejo AL 2000) que ha sido utilizado en amplias muestras de más de 4.000 pacientes. Los estudios con el SALSEX sobre voluntarios sanos demuestran una frecuencia del 80% de DS en varones con vida sexual activa con paroxetina frente a placebo (5%). La DS influye notablemente en la adherencia y entre 20-36% consideran el abandono del tratamiento cuando se mide específicamente (cuestionario SALSEX). Sin embargo recientes estudios concluyen que el uso de algunos antidepresivos (duloxetina) mejora la función sexual cuando remite la sintomatología depresiva por lo que la vida sexual queda ligada íntimamente a la situación clínica. (Ángel Luis Montejo, 2010). Una encuesta transversal de 704 adultos en Alemania, España y los Países Bajos mostro una prevalencia de la disfunción sexual: en el 67,2% en Alemania , el 79,4% en España, y el 73,3% en las muestras holandesas. En general, el 46,4% de hombres y 52,1% de las mujeres participantes fueron clasificados con Disfunción sexual asociada a antidepresivos . Los pacientes clasificados con Disfunción sexual asociada a antidepresivos informaron significativamente peor calidad de vida , la autoestima, el estado de ánimo, y las relaciones con las parejas, en comparación con los pacientes sin Disfunción sexual asociada a antidepresivos. Al realizar la búsqueda en la base de datos PubMed en México no se encontraron estudios recientes relacionados con la disfunción sexual asociada a antidepresivos , se encontró una tesis en la base de datos de la UNAM llamada " *Efectos colaterales en la función sexual secundarios al curso de antidepresivos*" correspondiente a la Dra.Brenda Lidya Rivera Meza para obtener el grado de Especialista en Psiquiatría UNAM, Facultad de Medicina, 1995 del cual no hay registro en línea. AL realizar la búsqueda de antecedentes en la Región Noroeste de nuestro país no se encontraron estudios similares.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La expresión sexual adecuada es una parte esencial de muchas relaciones humanas, y puede mejorar la calidad de vida y proporcionar una sensación de bienestar físico, psicológico y social. Los estudios epidemiológicos y clínicos muestran que la depresión está asociada con daño de la función y la satisfacción sexual, incluso en los pacientes no tratados (Thakurta, 2012). La reducción de los síntomas depresivos mediante un tratamiento antidepresivo con éxito puede ir acompañada de mejoras reportadas en el deseo y la satisfacción sexual. Sin embargo, el tratamiento con antidepresivos se asocia también con el empeoramiento de la disfunción sexual preexistente, y con el desarrollo de nuevas dificultades sexuales en pacientes sin problemas previamente. Más del 45% de los pacientes con depresión pueden experimentar disfunción sexual asociado al tratamiento con fármacos antidepresivos (David S. Baldwin, 2013), pero la identificación exacta de la incidencia de disfunción emergente del tratamiento ha demostrado ser problemática (Thakurta, 2012). Desgraciadamente, el curso a largo plazo de la disfunción sexual asociada con el tratamiento antidepresivo es incierto (David S. Baldwin, 2013). Por lo tanto se considera de suma importancia la detección de dicho problema para de esta manera apoyar a los pacientes tanto en la mejora en la disfunción como en el apego al tratamiento. Por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es prevalencia de disfunción sexual asociada a antidepresivos en la población de pacientes que acude al Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California?

MARCO TEORICO:

La sexualidad y el funcionamiento sexual son aspectos importantes de todas las personas, las cuales se consideran como componente integral de la salud y el bienestar general con el fin de tener una mejor calidad de vida (Gheshlaghi, 2014) . La sexualidad afecta a la vida social del individuo, influyendo en su comportamiento hacia sí mismo, a su compañero sexual, y todas las demás personas. La satisfacción de estos deseos sexuales tiene un papel determinante para la formación de la personalidad humana, mientras que es inevitable la separación de estos deseos de cualquier conducta humana. La insatisfacción sexual conduce a efectos mentales negativos, como la decepción, inseguridad, infelicidad, así como desequilibrio mental y de la personalidad. Estas complicaciones resultan en graves conflictos, así como en emociones negativas como el enojo, los celos, la falta de confianza en sí mismo. (Heidari AR, 2012).

Las revisiones sistemáticas de la epidemiología de la dificultad, la disfunción y la insatisfacción sexual indican que los problemas sexuales son comunes en hombres y mujeres en todas las sociedades, y son más frecuentes en las personas mayores y entre las personas con condiciones médicas crónicas, incluyendo la depresión (DeRogatis LR, 2008) (Lewis RW, 2010)

Establecer con precisión la prevalencia de la disfunción sexual resulta complicado, debido a dos factores principalmente: la escasa frecuencia con que se reportan este tipo de problemas de forma espontánea por parte del paciente hacia el médico y la falta de un interrogatorio propositivo por parte del médico hacia el paciente; sin embargo, los estudios realizados al respecto reportan que las mujeres tienden a padecer con mayor frecuencia algún tipo de disfunción sexual que los varones (43 vs 31%) (Psychiatry., 2005.).

Ha sido reportada en la población general mayor disfunción sexual entre las mujeres (43%) en comparación con los hombres (31%). (Jenna Strizzi, vol. 2015). La disfunción sexual es un problema común con un gran número de causas, incluyendo los factores psicosociales (como el estrés en el trabajo, los problemas de parejas, nivel de educación, las influencias culturales, los problemas económicos, la coherencia moral y sexual (Heidari AR, 2012)), enfermedad médica general, trastornos psiquiátricos y medicamentos psicotrópicos y no psiquiátricos. Es especialmente frecuente entre los pacientes con problemas de salud emocional y ha sido fuertemente asociada con medicamentos antidepresivos (Anita H. Clayton, 2006).

Para la mayoría de diagnósticos relevantes, se recomienda el consumo regular de antidepresivos durante meses o incluso más tiempo (Abler, 2011)

El trastorno depresivo mayor (TDM) es un trastorno mental muy prevalente que se asocia con niveles significativos de discapacidad, morbilidad y mortalidad. Es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo, afectando casi 350 millones de personas a nivel mundial (WHO, 2014 August 13). y la carga asociada con el TDM sigue aumentando. El Global Burden of Disease Study 2010, por ejemplo, mostró un aumento del 37% en años de vida ajustados por discapacidad debido al TDM entre 1990 y 2010 (Murray CJ, 2012). también se sabe que el TDM tiene un gran impacto en la calidad de vida relacionado a la salud (QoL) y funcionamiento. Por ejemplo, un estudio previo de Rapaport et al informaron que aproximadamente el 63% de los pacientes con trastorno depresivo mayor y el 85% de los pacientes con depresión doble / crónica (es decir, un episodio de TDM además de la distimia) que entran en los ensayos clínicos tenían deterioros severos de calidad de vida (Rapaport MH, 2005). Varios estudios han demostrado que las alteraciones en la calidad de vida y el funcionamiento a menudo persisten más allá de la resolución clínica de los síntomas depresivos (Angermeyer MC, 2002) , colocando a los pacientes en un mayor riesgo de recaída y conduce a costos directos e indirectos más elevados (Hirschfeld RM, 2002).

Ensayos clínicos sugieren que sólo el 50-60% de los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor sin complicaciones responde a algún antidepresivo único (Papakostas GI, 2009 Jan) , y la experiencia clínica general sugiere tasas de respuesta aún más bajas (Souery D, 2007 Jul) . Complicando la dificultad de identificar un tratamiento exitoso, además el uso de antidepresivos se asocia frecuentemente con reacciones adversas a medicamentos, la incapacidad de tolerar los efectos secundarios son la razón más común para interrumpir la terapia con antidepresivos (Mitchell, 2006 Apr).

En el trastorno depresivo mayor, un bajo deseo sexual es el síntoma sexual más comúnmente reportado, seguido por retraso en el orgasmo y dificultades en la excitación (Waguih William IsHak, y otros, 2013) la depresión también puede ejercer efectos adversos sobre otros aspectos de la respuesta sexual incluyendo la capacidad de lograr y mantener la erección del pene o alcanzar la adecuada humectación vaginal, la eyaculación, también se ha informado hipersexualidad angustiante (Williams K, 2006) . Mathew y Weinman (1982) reportaron una tasa de 47% de la disfunción sexual en una muestra de sujetos deprimidos.

La disfunción sexual es un efecto secundario común, pero a menudo no reconocida de muchos antidepresivos con tasas que van del 8% hasta un máximo de 73% (VSL Williams, 2010 April). Estudios más recientes relacionados con tratamiento farmacológico de la depresión sugieren que los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) (el tratamiento de elección para el TDM y los fármacos antidepresivos prescritos más ampliamente (Bauer M, 2008 Jan)) por desgracia también conducen a un grado significativo de disfunción sexual asociado al tratamiento (por ejemplo, el retraso del orgasmo o anorgasmia, disminución de la libido y el interés) (McGahuey CA1, 2000 Jan-Mar) (Waguih William IsHak, y otros, 2013) lo que condiciona la suspensión del tratamiento y puede representar el efecto secundario clínicamente más relevante entre los pacientes en sus veinte o treinta años (Bishop JR, 2006 Oct). Los síntomas depresivos y la enfermedad depresiva se asocian con alteraciones en la función sexual y la satisfacción, pero los resultados de los ensayos aleatorios controlados con placebo demuestran que los fármacos antidepresivos pueden estar asociados con el desarrollo o empeoramiento de la disfunción sexual. (David S. Baldwin, 2013).

La disfunción sexual secundaria a antidepresivos puede ser un factor agregado de malestar para los pacientes con depresión que, si se deja de lado, podría prolongar o empeorar los síntomas depresivos, afectando la calidad de vida y generando una falta de apego al tratamiento farmacológico; Rosenberg reportó que 42% de los hombres y 15% de las mujeres descontinúan el tratamiento antidepresivo debido a los efectos sexuales adversos que les generó (Rosenberg KP, 2003).

FISIOPATOLOGÍA DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL

El cerebro juega un papel fundamental en la respuesta sexual, que involucra una combinación de factores neurogénicos, psicogénicos, vasculares y hormonales que son mediados a través del hipotálamo, sistema límbico y la corteza cerebral (Montejo AL, 2001). Varios neurotransmisores y neuropéptidos han sido implicados en la respuesta sexual y la disfunción sexual ha sido relacionada con un incremento de serotonina, decremento de dopamina, bloqueo de receptores colinérgicos y alfa1-adrenérgicos, inhibición de óxido nítrico sintentasa y elevación de los niveles de prolactina (Keltner NL, 2002). Un incremento en la disponibilidad de serotonina inhibe el deseo sexual, la

eyaculación y el orgasmo, principalmente a través de agonismo de los receptores 5-HT₂ y 5-HT₃, mientras que la liberación de dopamina incrementa la función sexual.

Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) e inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y norepinefrina (IRSN) son dos clases de antidepresivos con un mejor perfil de seguridad que los tratamientos más antiguos, como los antidepresivos tricíclicos o los inhibidores de la monoaminooxidasa (Association, 2010) (Lam RW, 2009 Oct;).

En particular, los inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS), han demostrado una mayor incidencia de disfunción sexual (Serretti A, 2009 Jun) que otros antidepresivos que funcionan a través de diferentes mecanismos de acción. (Anita H. Clayton, 2006).. La disminución del deseo sexual y el interés por la actividad sexual, junto con la disfunción eréctil se ha reportado en hasta el 60% de los tratamientos con ISRS con las tasas más altas de hasta el 64% observados bajo en tratamiento con Paroxetina. Debido a que la disfunción sexual se ha informado de manera similar bajo tratamientos con antidepresivos duales que inhiben la recaptura de serotonina y norepinefrina, pero no bajo inhibidores selectivos de la recaptura de norepinefrina, el componente serotoninérgico parece representar la parte crucial en la mediación de la disfunción sexual. (Abler, 2011)

Los ISRS pueden ejercer efectos adversos sobre la función sexual tanto a través de efectos centrales (neurotransmisor) y periféricos (neurotransmisor y vascular) (David S. Baldwin, 2013) Apoyando aún más la relación entre la disfunción sexual y el mecanismo de acción antidepresivo, los datos de un número de estudios indican que el bupropión, nefazodona, mirtazapina alivian los síntomas de la disfunción sexual y son tan eficaces como los ISRS en el control de los síntomas depresivos (Anita H. Clayton, 2006).

El bupropión es un inhibidor de la recaptura de la dopamina y la norepinefrina y es nombrado como una alternativa, que al parecer no está asociado con efectos secundarios sobre el funcionamiento sexual. Incluso se ha sugerido al Bupropion como un posible tratamiento para la disfunción sexual inducida por los ISRS o deseo sexual hipoactivo en mujeres. Esto coincide con las observaciones clínicas que relacionan a los agonistas de la dopamina con hipersexualidad y a los antagonistas de dopamina con disfunción sexual. Los experimentos con animales apoyan claramente la idea de que la modulación de las vías serotoninérgicas centrales, pero no las periféricas, están implicadas en la alteración del funcionamiento sexual asociado a los ISRS. Una mejora de la neurotransmisión serotoninérgica central con la activación intensa de los autorreceptores

postsinápticos inhibitorios ha sido postulada como un efecto probable de los SSRI que modula el control inhibitorio de la eyaculación. Sin embargo, la fisiopatología real de la disfunción sexual relacionada con los ISRS es poco conocida. (Abler, 2011)

Estudios previos de resonancia magnética funcional han reportado regiones cerebrales que se activan durante la estimulación erótica, tales como, la corteza cingulada anterior (CCA), corteza lateral occipital, la ínsula, la amígdala, el hipotálamo, el tálamo y el cuerpo estriado ventral (Walter M, 2008 May). Abler y colaboradores concluyeron que un aumento de la neurotransmisión serotoninérgica y noradrenérgica/dopaminérgica da lugar a efectos diferenciales en las experiencias subjetivas del funcionamiento sexual acompañados por efectos secundarios de los medicamentos sobre actividades neuronales locales tras la estimulación erótica. En general, la mayoría de las activaciones cerebrales provocados por estimulación erótica se redujeron bajo paroxetina pero no bajo el bupropión. En particular, bajo paroxetina, las actividades neuronales disminuyeron en el estriado ventral, el mesencéfalo y distintas áreas a lo largo de la circunvolución del cíngulo. Estas regiones ya han sido descritos por otros para mediar en los aspectos de los procesos motivacionales y emocionales relacionados con el comportamiento sexual, aunque su papel específico espera mayor investigación.

El bupropión (inhibidor combinado de la recaptura de noradrenalina / dopamina) mostró efectos opuestos en la fMRI y se asoció con una activación prolongada y el aumento de regiones cerebrales anteriormente relacionadas con el procesamiento de los estímulos de recompensa y salientes. Si es clínicamente posible, esto sugiere que el aumento de la transmisión dopaminérgica como un tratamiento convincente add-on para contrarrestar los efectos secundarios en el funcionamiento sexual de la medicación antidepresiva con ISRS que imponen un alto riesgo en la adherencia a la medicación y por lo tanto el éxito terapéutico (Abler, 2011).

Los médicos actualmente no tienen forma de predecir perfiles de eficacia individual y de efectos secundarios, y el cambio el cambio de medicamento por ensayo y error a menudo deja a los pacientes con TDM en malestar psicológico durante semanas o meses. Claramente, la mejora de los métodos de emparejamientos de paciente-antidepresivo para minimizar los efectos secundarios mejoraría enormemente tratamiento de la depresión (Clark, 2012).

Estudios han demostrado reiteradamente que la respuesta antidepresiva es sustancialmente hereditaria (Malhotra AK, 2004 May) lo que sugiere que los enfoques farmacogenómicos representan una vía particularmente prometedora hacia la

individualización del tratamiento antidepresivo. La investigación farmacogenética preliminar ha sugerido, por ejemplo, un papel importante para los genes relacionados con la función de la serotonina en los efectos secundarios antidepresivos (Kato M, 2010 May) (Zobel A, 2010 Aug) (Porcelli S, 2011 Mar). El sistema serotoninérgico está implicado en la regulación de muchas funciones fisiológicas que están alteradas en la depresión, incluyendo los mecanismos neuroendocrinos que regulan los eventos reproductivos como la ovulación, espermatogénesis y el comportamiento sexual. (Ayala, 2009 Dec) (Kato M, 2010 May) (Zobel A, 2010 Aug). Sin embargo, hasta la fecha, ha sido rara una evidencia consistente sólida que implique cualquier gen candidato específico o polimorfismo para respuesta de efecto secundario de antidepresivo. En términos más generales, enfoques de genes candidatos están inherentemente restringidos por nuestro actual conocimiento limitado de los mecanismos biológicos que subyacen a la depresión y los mecanismos de acción de los antidepresivos. Métodos que sistemáticamente detecten variantes a través de todo el genoma para la asociación con efectos secundarios de los antidepresivos son por lo tanto cruciales para el descubrimiento de variantes relevantes en nuevos genes. Además, dichos enfoques han comenzado a generar resultados tangibles, con el número de nuevas asociaciones marcador de enfermedad replicadas aumentando drásticamente desde la introducción de los estudios de asociación del genoma completo (GWAS (Altshuler D, 2008 Nov)) y algunas aplicaciones iniciales en el contexto de la respuesta a los fármacos (Adkins DE, 2011 Mar).

Clark, S. L. et. al llevaron a cabo estudios de asociación de genoma completo (GWAS) para buscar la variación genética que afecta a la susceptibilidad a efectos secundarios. La muestra consistió en el análisis con éxito de 1439 pacientes con depresión, genotipo de 421k polimorfismos de nucleótido único (SNP), del estudio (STAR * D). [Alternativas de tratamiento Secuenciado para aliviar la depresión]. Los resultados incluyeron cuatro indicadores de efectos secundarios: carga general de efectos secundarios, efectos secundarios sexuales, mareos y efectos secundarios relacionados con la visión / audición. Su criterio de significación de todo el genoma fue de un umbral predefinido garantizando que, en promedio, sólo el 10% de los hallazgos significativos son falsos descubrimientos. Los 10 SNPs se encuentran dentro de los límites del gen SACM1L, y se encontraron que modera efectos del bupropión sobre las reacciones sexuales adversas. El bupropion implicó rs17150687 en el cromosoma 7q21.1 situado dentro de un intrón del gen MAGI2, que tiene un efecto moderador entre bupropión y los efectos secundarios sexuales. Citalopram + buspirona involucró rs6795349 en el cromosoma 3p26.3, a 60 kb de

distancia del gen CHL1, que tiene un efecto moderador entre citalopram + buspirona y mareos. Otra SNPs sugerente es rs10857636 en el cromosoma 10q11.2 ubicada dentro de un intrón del gen WDFY4, que modera los efectos entre bupropión y carga en general de efectos secundarios. Para los hallazgos SACM1L y MAGI2, los efectos de los alelos menores fueron negativos, lo que sugiere una reducción de los efectos secundarios sexuales durante el tratamiento con bupropión en pacientes con estos polimorfismos.

Actualmente, es prematuro sugerir aplicaciones clínicas directas de estos hallazgos para la prescripción de antidepresivos. Sin embargo, una vez que los efectos de estos genes sean replicados y las variantes más útiles identificadas, podemos imaginar las posibles formas que pudieran aplicarse. Por ejemplo, el bupropión ha sido apoyado en los ensayos clínicos como tratamiento complementario para la disfunción sexual inducida por los ISRS (Safarinejad, 2010 Sep)). Para aquellos pacientes que necesitan permanecer en un tratamiento con ISRS debido a su eficacia terapéutica de la depresión mayor o un trastorno de ansiedad, los polimorfismos en los genes, como SACM1L y MAGI2 podrían ser utilizados para predecir quienes podrían beneficiarse de este tipo de ensayos (Clark, 2012).

Las personas que experimentan disfunción sexual secundaria a los antidepresivos pueden interrumpir prematuramente la medicación dando como resultado depresión persistente, autoestima reducida, efectos negativos en las relaciones interpersonales y deficiencias de calidad de vida concomitante, o sufrir en silencio de la insatisfacción sexual (McGahuey CA1, 2000 Jan-Mar) (VSL Williams, 2010 April)

Waguih William IsHak, et al, mostraron que los pacientes que alcanzan la remisión del trastorno depresivo mayor con el tratamiento con antidepresivos tienen una menor prevalencia de deterioro de satisfacción sexual y experimentan mucho mayores incrementos en la satisfacción sexual en comparación con los no remitentes. Demostraron además que la gravedad del síntoma depresivo predice el deterioro de satisfacción sexual y que la alteración de la satisfacción sexual predice una peor calidad de vida. Esto sugiere que los médicos podrían querer exhortar a sus pacientes que tienen deterioro de la satisfacción sexual durante el tratamiento con antidepresivos a continuar con el tratamiento ya que con la reducción de los síntomas es probable que mejore la satisfacción sexual. Además, apoyaron la necesidad de que los médicos sean conscientes de los niveles de satisfacción sexual de los pacientes y tratan la depresión rigurosamente hasta la remisión. (Waguih William IsHak, y otros, 2013)

Las dificultades sexuales durante el tratamiento con antidepresivos a menudo se resuelven mientras la depresión mejora, pero pueden persistir durante largos períodos, y pueden reducir la autoestima y afectar el estado de ánimo y las relaciones de manera adversa. La disfunción sexual durante el tratamiento con antidepresivos se asocia típicamente con muchas causas posibles, pero el riesgo de disfunción varía con diferentes antidepresivos, y debe considerarse cuando se selecciona un antidepresivo (David S. Baldwin, 2013).

Aunque la disfunción sexual es común en pacientes psiquiátricos, la cuantificación de la disfunción sexual está limitada por la escasez de escalas validadas fáciles de usar. Estas observaciones han generado un gran interés en la mejora de los métodos de evaluación y el alivio de la disfunción sexual inducida por antidepresivos. (McGahuey CA1, 2000 Jan-Mar).

MARCO CONCEPTUAL:

LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA

La respuesta sexual humana fue estudiada en 1966 por el ginecólogo William Masters y la trabajadora social Virginia Johnson (conocidos popularmente por sus dos apellidos juntos: Masters y Johnson), ellos diferenciaron cuatro fases de la respuesta sexual, tanto para hombres como para mujeres, a saber: fase de excitación, de meseta, de orgasmo y de resolución (Masters WH). Las cuatro fases de la respuesta sexual de Masters y Johnson fueron conjuntadas posteriormente en dos básicas: excitación y orgasmo, en lo que se conoció como “la respuesta bifásica”. Posteriormente, Kaplan propuso que se debería considerar una fase más: la del deseo, lo que concretó “la respuesta trifásica”, con este esquema se comenzaron a trabajar las alteraciones de cada una de estas tres fases, con el nombre de disfunciones (del deseo, de la excitación y del orgasmo) (Kaplan, 1979)

DISFUNCIÓN SEXUAL

La disfunción sexual puede ser definida como una alteración, ya sea psicológica, o bien fisiológica, en cualquiera de las etapas involucradas en la respuesta sexual humana. Se trata de una serie de síndromes en los que los procesos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se presentan en forma recurrente y persistente (Cuadro I).

Cuadro I. Disfunciones sexuales por fase

Deseo	Deseo sexual hipoactivo, aversión al sexo.
Excitación	Trastorno de la excitación sexual en la mujer, disfunción eréctil.
Orgasmo	Orgasmo inhibido, eyaculación precoz

La satisfacción sexual se define como el juicio y el análisis de la conducta sexual propia como una sensación placentera resultante de los comportamientos individuales y las interacciones interpersonales que es a diferencia de algunas fuentes que consideran la satisfacción sexual como un sinónimo de "orgasmo" (Rahmani A, 2009). La satisfacción sexual es una de las necesidades para una relación de pareja sólida y sostenible, y se correlaciona con la salud mental, felicidad general, logros profesionales y las interacciones sociales exitosas (Nourani Sh, 2010). La satisfacción sexual es un concepto amplio que ha ganado impulso recientemente para evaluar el placer y deterioro sexual. Las medidas de disfunción sexual se centran en problemas con el deseo, la excitación y el orgasmo, mientras que la satisfacción sexual incluye la percepción subjetiva propia de satisfacción sexual en general con el funcionamiento sexual (Waguih William IsHak, y otros, 2013)

ANTIDEPRESIVOS:

Los antidepresivos son la piedra angular del tratamiento agudo y de largo plazo para el trastorno depresivo mayor. En la actualidad, hay cuatro clases principales de antidepresivos disponibles en el mercado estadounidense. Se distinguen por su mecanismo de acción: inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y norepinefrina (IRSN), antidepresivos tricíclicos (ATC), y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). Cada clase tiene

varios representantes disponibles de diferentes fabricantes. Además, hay otros ("atípicos") antidepresivos con mecanismos de acción alternativos que no pertenecen a estas clases de primaria, tales como bupropión (un inhibidor de la recaptura de la dopamina norepinefrina) y la mirtazapina (un antagonista de los receptores adrenérgicos α_2). Estos antidepresivos atípicos se prescriben a menudo adjuntos o como una alternativa a las clases primarias debido a sus perfiles elevado de efectos secundarios sexuales (Serretti A, 2009 Jun) (Frost J, 2010 Oct 7).

HIPÓTESIS ALTERNATIVA

- Existe prevalencia alta de disfunción sexual asociada a antidepresivos en pacientes en el IPEBC

HIPÓTESIS NULA

- Existe prevalencia baja de disfunción sexual asociada a antidepresivos en pacientes en el IPEBC

OBJETIVOS:

El objetivo general:

Determinar la prevalencia de disfunción sexual asociada a antidepresivos en la población de pacientes deprimidos que acude al IPEBC.

Los objetivos específicos:

1. Solicitar autorización del comité de ética del IPEBC para realizar es estudio de investigación .
2. Seleccionar a los participantes del estudio durante su asistencia al Servicio de consulta externa del IPEBC.
3. Firma de la hoja de consentimiento informado de cada paciente que aceptó participar en la investigación.
4. Llenado de ficha de identificación.
5. Aplicar el instrumento SALSEX, SF-36 .
- 6.-Realizar el análisis estadístico de los datos.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Diseño: Estudio Observacional, descriptivo, transversal
- Tipo de muestreo: Por conveniencia.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes con expediente clínico electrónico en el IPEBC en tratamiento con algún antidepresivo durante al menos 1 mes y máximo 6 meses, y que no hayan tomado otros antidepresivos por 6 meses previos al inicio de la reciente tratamiento.
- Mayores de 18 años de ambos sexos que tengan vida sexual.
- Que aceptaron firmar la carta de consentimiento informado para participar en el estudio .

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN :

- Que rechazaron firmar la carta de consentimiento informado
- Pacientes que no sepan leer ni escribir
- Pacientes con discapacidad intelectual
- Pacientes cursando por un episodio psicótico en el momento de la evaluación.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN :

- Pacientes que desistieron de participar en el estudio.
- Pacientes que aportaron datos incompletos.

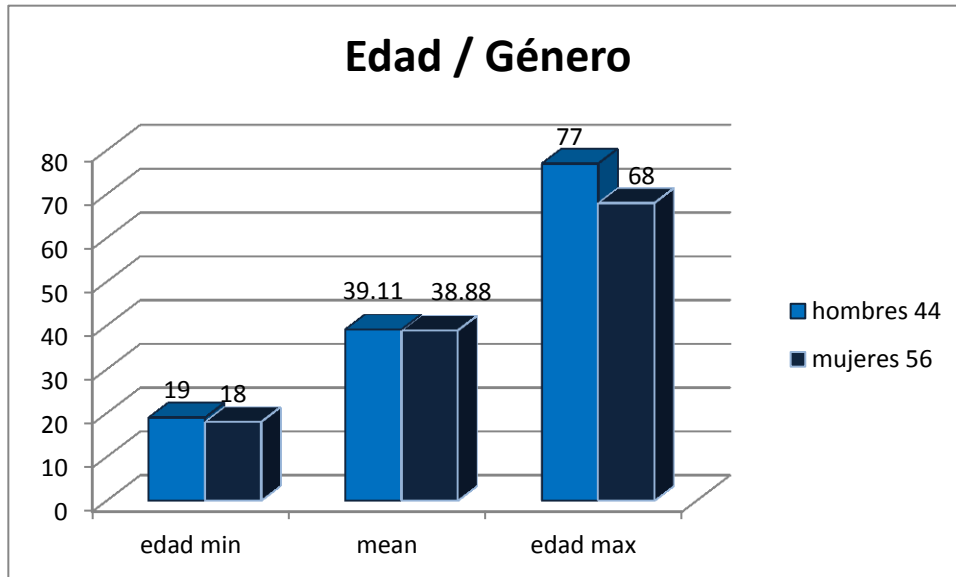
Variable dependiente : Disfunción sexual

Variable independiente : antidepresivos

Se realizó una toma de muestra por conveniencia en la sala de espera del área de consulta externa adultos del Instituto de Psiquiatría del estado de Baja California previa autorización por parte del comité de Ética del IPEBC, del total de pacientes entrevistados 100 pacientes aceptaron participar de los cuales 44 fueron hombres y 56 mujeres, 26 pacientes fueron excluidos y 2 eliminados del estudio, se aplicaron el Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos. PRSexDQ (Psychotropic Related Sexual Dysfunction Questionnaire) también conocido como **SALSexS**, y la escala de calidad de vida SF-36 , posteriormente se realizó un análisis estadístico con el Programa: *stata versión 13*.

RESULTADOS :

FICHA DEMOGRÁFICA:



gráfica 1

```
. sum edad if 1.genero
```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
edad	44	39.11364	14.66401	19	77

```
. sum edad if 0.genero
```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
edad	56	38.875	12.708	18	68

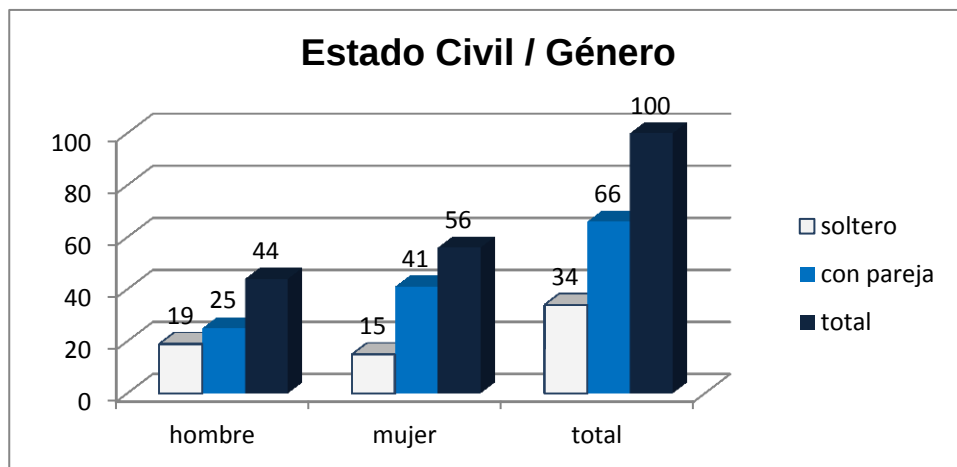
```
. regress edad genero
```

Source	SS	df	MS	Number of obs = 100		
Model	1.40318182	1	1.40318182	F(1, 98) =	0.01	
Residual	18128.5568	98	184.985274	Prob > F =	0.9308	
				R-squared =	0.0001	
				Adj R-squared =	-0.0101	
				Root MSE =	13.601	
Total	18129.96	99	183.130909			

edad	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
genero	.2386364	2.739985	0.09	0.931	-5.198775	5.676048
_cons	38.875	1.817501	21.39	0.000	35.26823	42.48177

tabla 1

De acuerdo a las escalas realizadas a continuación se describen las características demográficas y clínicas de los sujetos participantes en el estudio, nuestra muestra consistió en 100 sujetos de los cuales el 56% fueron mujeres y el 44 % fueron hombres (**tabla 1**), con una edad mínima de 19 años y una edad máxima de 77 años (SD 14.66401) en hombres y con una edad mínima de 18 años y una edad máxima 68 años en mujeres (SD 12.708) con un promedio de 39.11 años en hombres y 38.88 años en mujeres (**Grafica1**).

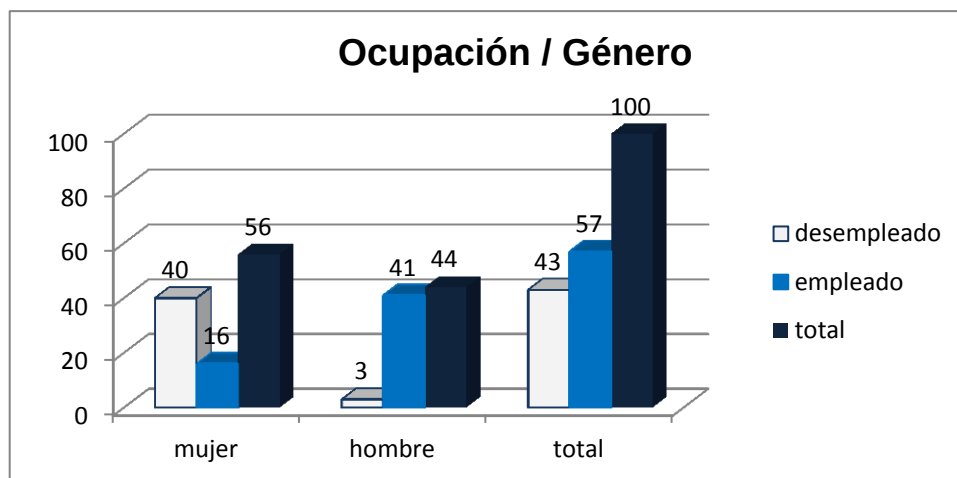


gráfica 2

estado civil	genero		Total
	0	1	
0	15 44.12	19 55.88	34 100.00
1	41 62.12	25 37.88	66 100.00
Total	56 56.00	44 44.00	100 100.00

Pearson chi2(1) = 2.9519 Pr = 0.086 Tabla 2

En relación al estado civil, 34 de los sujetos se encontraban solteros de los cuales el 44.12% (n=15 mujeres) y el 55.88% (n=19 hombres) , mientras que 66 sujetos reportaron tener pareja de los cuales el 62.12% (n=41 mujeres) y el 37.88% (n= 25 hombres). (**gráfica 2 , tabla 2**).



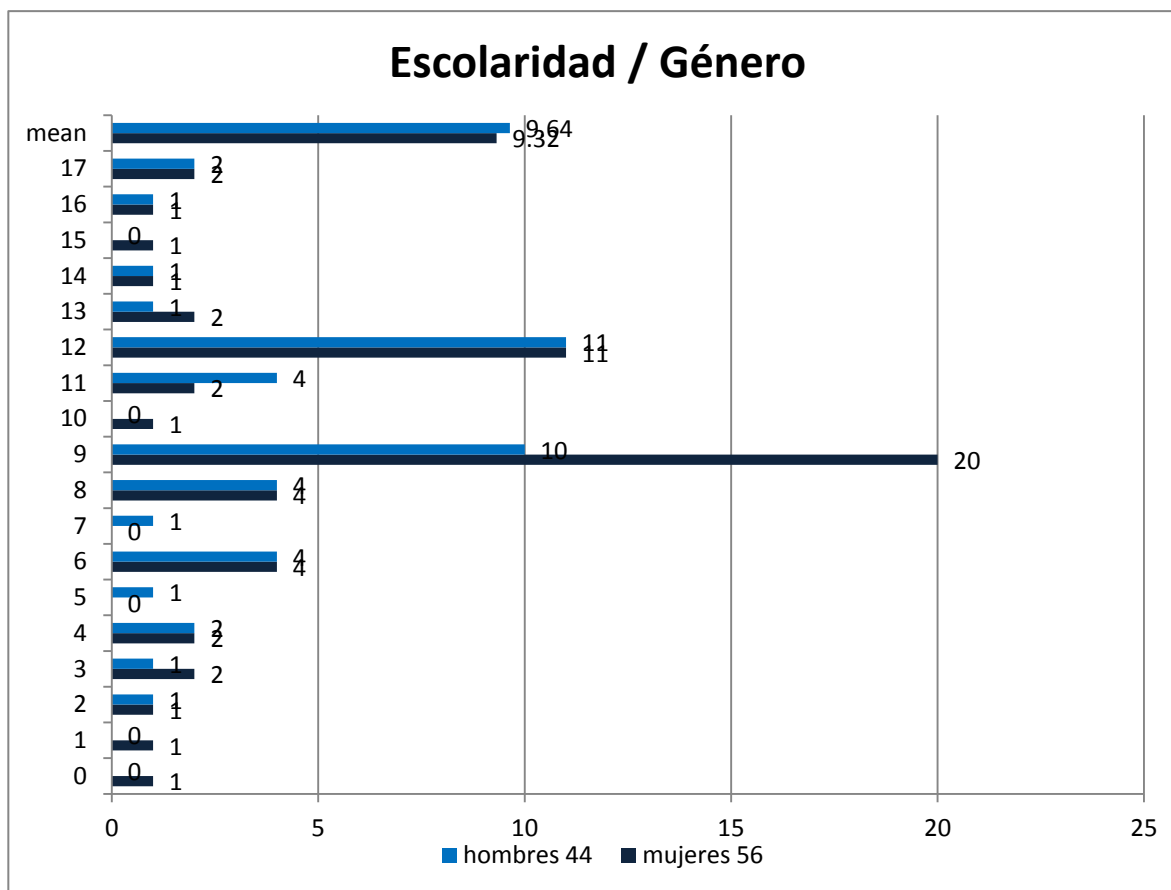
Gráfica 3

ocupacion	genero		Total
	0	1	
0	40 93.02	3 6.98	43 100.00
1	16 28.07	41 71.93	57 100.00
Total	56 56.00	44 44.00	100 100.00

Pearson chi2(1) = 41.9664 Pr = 0.000

Tabla 3

El 57 % de los sujetos (n=16 mujeres y n=41 hombres) reportó encontrarse empleado mientras que el 43 % (n=40 mujeres y n=3 hombres) reportó estar desempleado (Gráfica 3, tabla 3).



Gráfica 4

```
. sum escolaridad if 1.genero
```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
escolaridad	44	9.636364	3.444516	2	17

```
. sum escolaridad if 0.genero
```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
escolaridad	56	9.321429	3.638717	0	17

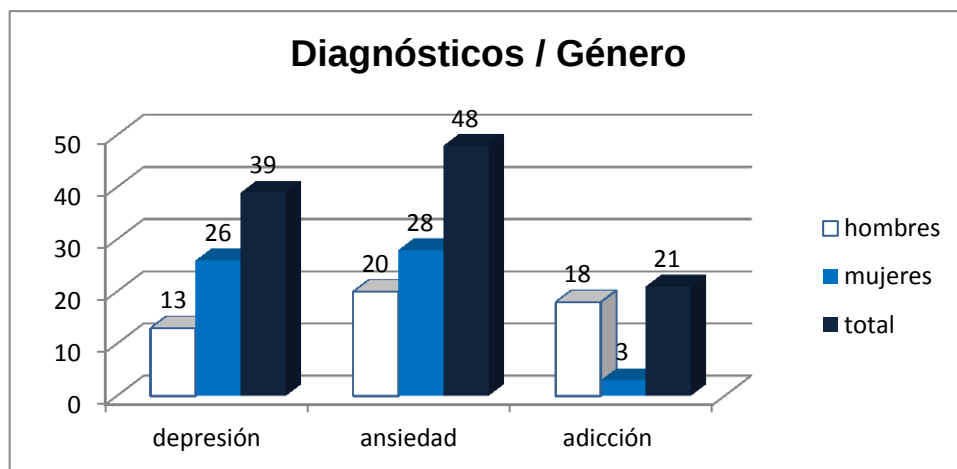
```
. regress genero escolaridad
```

Source	SS	df	MS	Number of obs =	100
Model	.048529706	1	.048529706	F(1, 98) =	0.19
Residual	24.5914703	98	.25093337	Prob > F =	0.6611
Total	24.64	99	.248888889	R-squared =	0.0020
				Adj R-squared =	-0.0082
				Root MSE =	.50093

genero	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
escolaridad	.0062538	.0142207	0.44	0.661	-.0219667 .0344744
_cons	.3808388	.1435517	2.65	0.009	.0959651 .6657125

tabla 4

La escolaridad mínima en grados cursados reportada por los hombres fue de 2 años y la máxima fue de 17 años con un promedio de 9.64 años (SD 3.4445) mientras que el grupo de mujeres escolaridad mínima reportada fue de 0 años (solo sabe leer y escribir) y la máxima de 17 años (SD 3.6387) (Gráfica 4, tabla 4).



Gráfica 5

DEPRESION	genero		Total
	0	1	
0	30 49.18	31 50.82	61 100.00
1	26 66.67	13 33.33	39 100.00
Total	56 56.00	44 44.00	100 100.00

Pearson chi2(1) = 2.9522 Pr = 0.086

Tabla 5

ANSIEDAD	genero		Total
	0	1	
0	28 54.90	23 45.10	51 100.00
1	28 58.33	20 41.67	48 100.00
Total	56 56.57	43 43.43	99 100.00

Pearson chi2(1) = 0.1185 Pr = 0.731

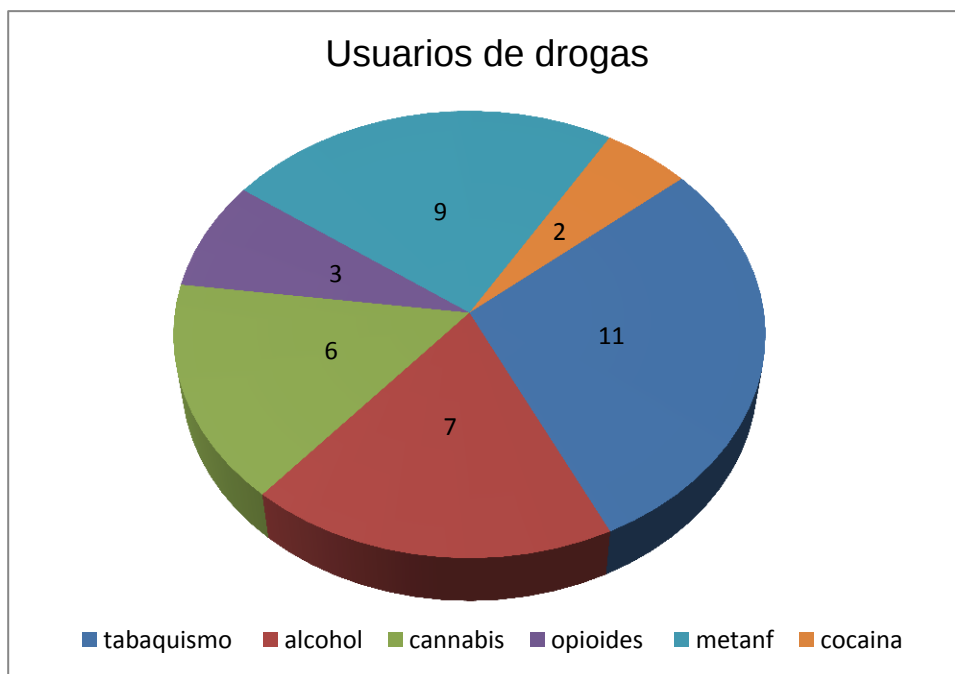
Tabla 6

ADICCION	genero		Total
	0	1	
0	53 67.09	26 32.91	79 100.00
1	3 14.29	18 85.71	21 100.00
Total	56 56.00	44 44.00	100 100.00

Pearson chi2(1) = 18.7725 Pr = 0.000

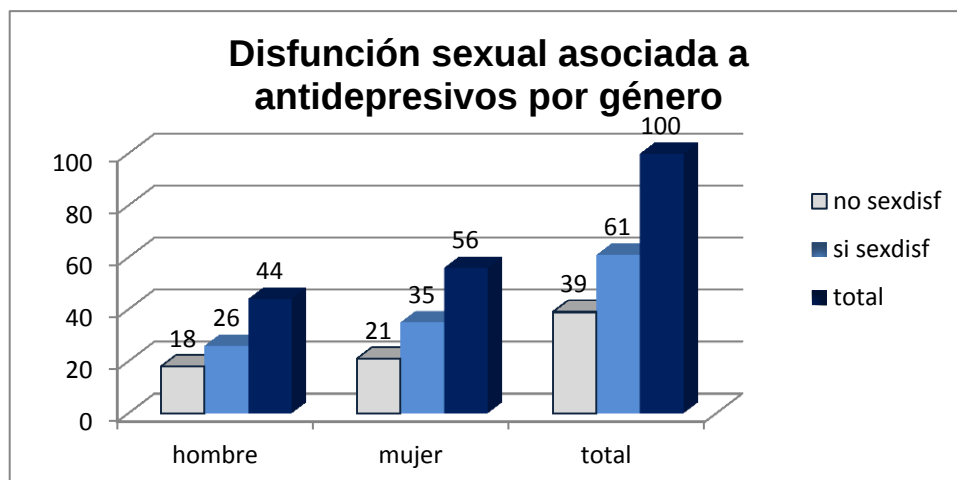
Tabla 7

Del total de sujetos de la muestra 39 se encontraban con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor de los cuales el 66.67% era mujeres (n=26) y el 33.33% eran hombres (n=13) (tabla 5); 48 sujetos se encontraban con diagnóstico de Ansiedad de los cuales el 58.33% era mujeres (n=28) y el 41.67 % eran hombres (n=20) (tabla 6) y 21 sujetos reportan ser consumidores de sustancias de los cuales el 14.29 % eran mujeres (n=3) y el 85.71 % eran hombres (n=18) (tabla 7)(Gráfica 5)



grafica 6

En relación al tipo de sustancia utilizada de los 21 sujetos, 11 reportaron ser consumidores de tabaco, 7 consumidores de alcohol, 6 usuarios de marihuana, 3 de opioides, 9 de metanfetaminas y 2 de cocaína.



Gráfica 7

```
recode sexdisf . = 1
(sexdisf: 61 changes made)
```

```
. tab sexdisf
```

sexdisf	Freq.	Percent	Cum.
0	39	39.00	39.00
1	61	61.00	100.00
Total	100	100.00	

Tabla 8

sexdisf	genero		Total
	0	1	
0	21 53.85	18 46.15	39 100.00
1	35 57.38	26 42.62	61 100.00
Total	56 56.00	44 44.00	100 100.00

Pearson chi2(1) = 0.1204 Pr = 0.729

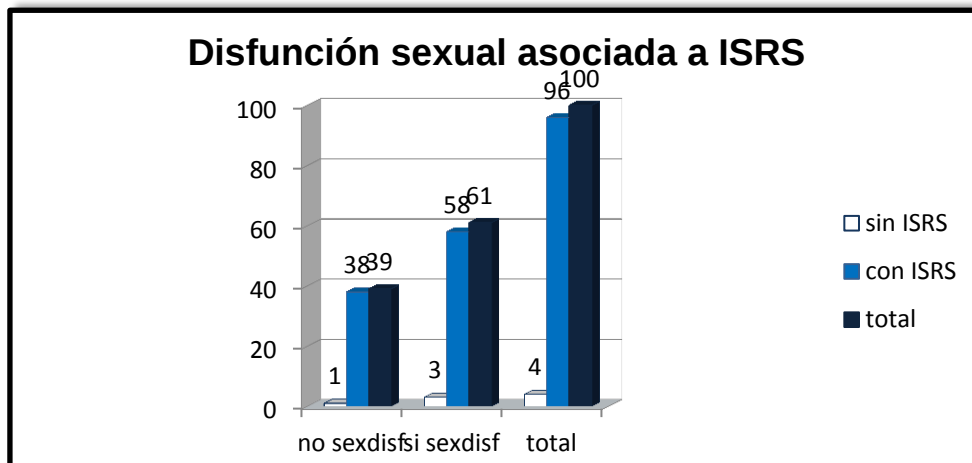
Tabla 9

ISRS	genero		Total
	0	1	
0	3 75.00	1 25.00	4 100.00
1	53 55.21	43 44.79	96 100.00
Total	56 56.00	44 44.00	100 100.00

Pearson chi2(1) = 0.6105 Pr = 0.435

Tabla 10

Se reportó disfunción sexual en el 61% de los sujetos entrevistados [tabla 8] de los cuales el 56.38% fueron mujeres (n=35) y el 42.62 % fueron hombres (n=26) [tabla 9]. De los usuarios de antidepresivos 96 sujetos se encontraban en tratamiento con algún inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (ISRS) [grafica 8] de los cuales el 55.21% correspondía al grupo de mujeres (n=53) y el 44.79% al grupo de hombres (n=43) [tabla 10].



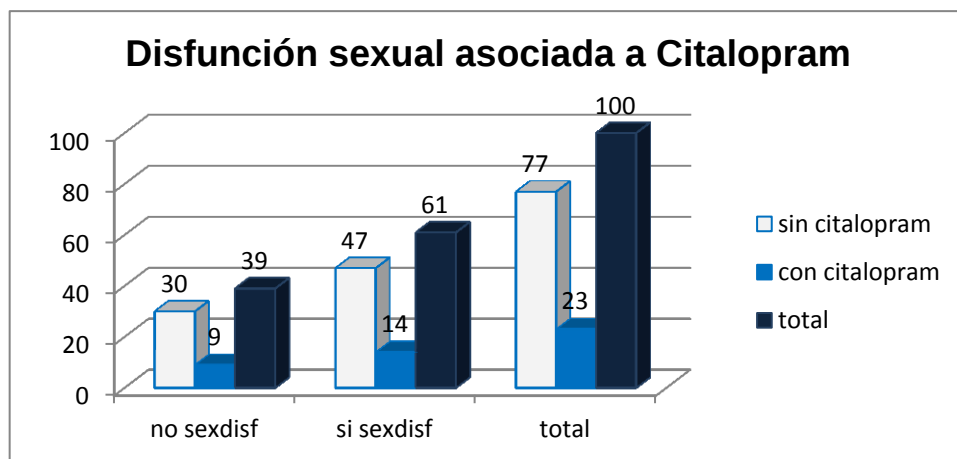
Grafica 8

ISRS		SALSEX-A		Total
0	1	0	1	
0	1	3	4	
	25.00	75.00		100.00
1	38	58	96	
	39.58	60.42		100.00
Total	39	61	100	
	39.00	61.00		100.00

Pearson $\chi^2(1) = 0.3433$ Pr = 0.558

Tabla 11

Se reportó disfunción sexual en el **60.42%** (n=58) de los sujetos tratados con algún ISRS mientras que en el grupo de sujetos tratados con otros antidepresivos se reportó disfunción sexual en el 75% (n=3)[Gráfica 8 , tabla 11]



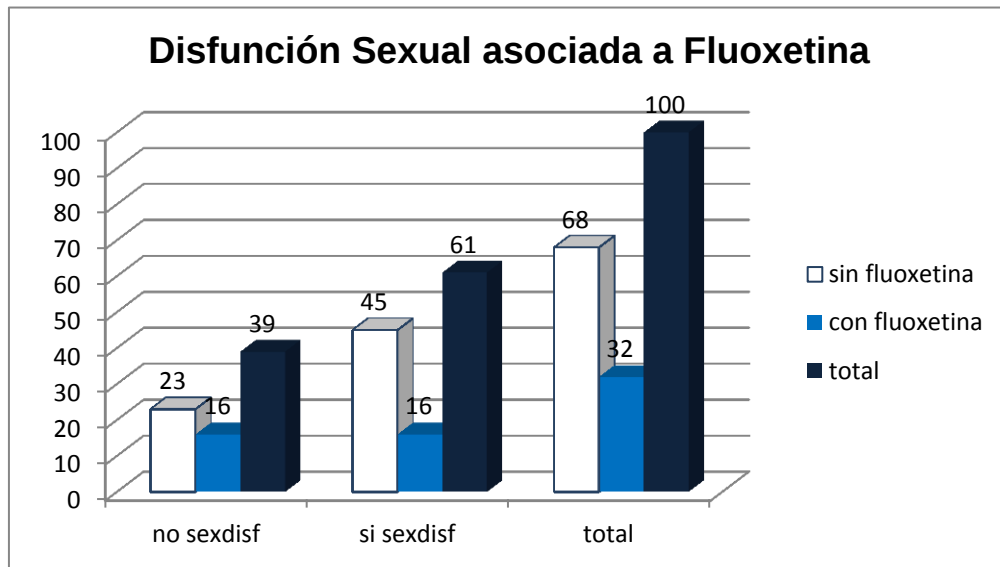
Gráfica 9

CITALOPRAM	SALSEX-A		Total
	0	1	
0	30 38.96	47 61.04	77 100.00
1	9 39.13	14 60.87	23 100.00
Total	39 39.00	61 61.00	100 100.00

Pearson chi2(1) = 0.0002 Pr = 0.988

Tabla 11

23 sujetos se encontraban en tratamiento con Citalopram de los cuales el 60.87% (n=14) reportaron disfunción sexual [Gráfica 9, tabla 11]



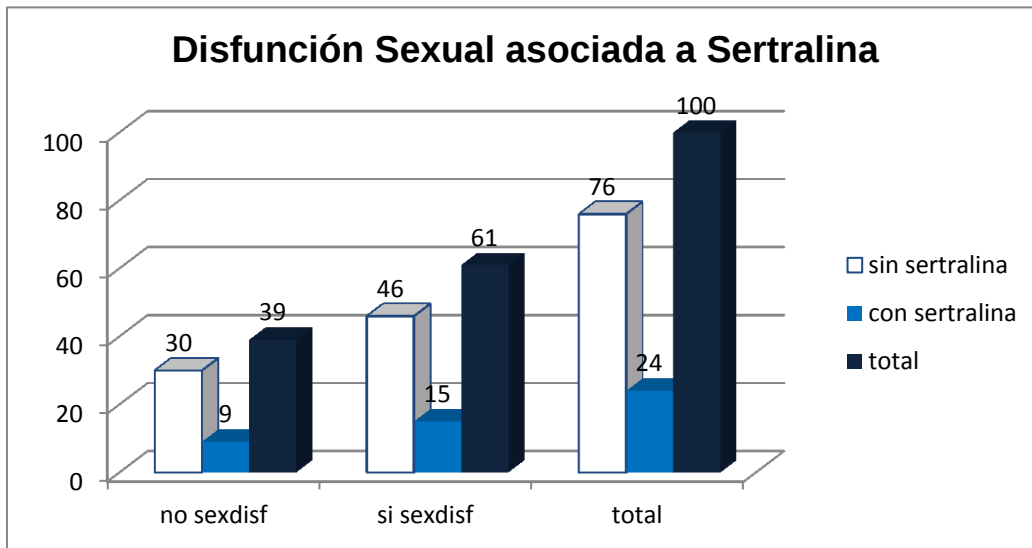
Gráfica 10

		SALSEX-A		Total
FLUOXETINA		0	1	
0	23	45	68	
	33.82	66.18	100.00	
1	16	16	32	
	50.00	50.00	100.00	
Total	39	61	100	
	39.00	61.00	100.00	

Pearson $\chi^2(1) = 2.3935$ Pr = 0.122

Tabla 12

Se encontraron 32 sujetos en tratamiento con Fluoxetina de los cuales el 50% (n=16) reportaron disfunción sexual [Gráfica 10, tabla 12].



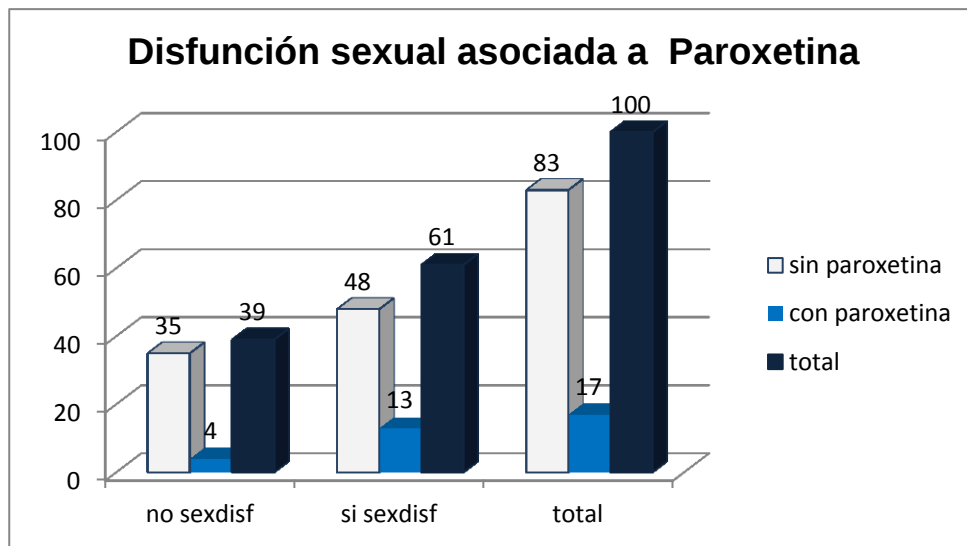
Gráfica 11

SERTRALINA	SALSEX-A		Total
	0	1	
0	30 39.47	46 60.53	76 100.00
1	9 37.50	15 62.50	24 100.00
Total	39 39.00	61 61.00	100 100.00

Pearson chi2(1) = 0.0299 Pr = 0.863

Tabla 13

De los 24 sujetos que se encontraron bajo tratamiento con Sertralina el 62.50% (n=15) reportaron disfunción sexual [Gráfica 11, Tabla 13].



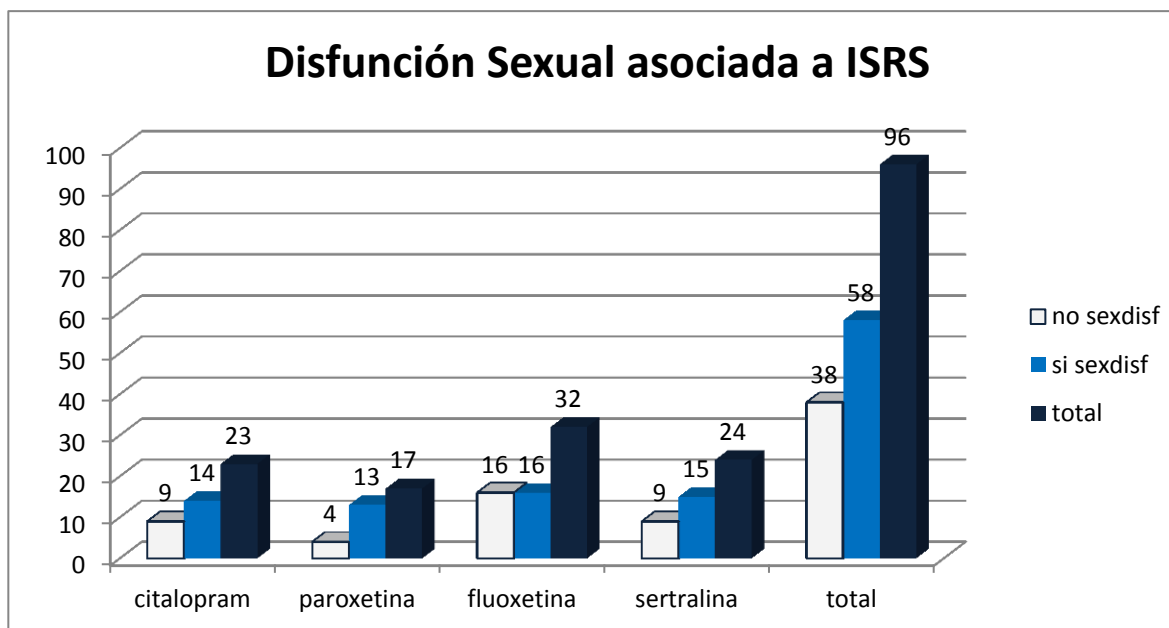
Gráfica 12

		SALSEX-A		Total
PAROXETINA		0	1	
0	35 42.17	48 57.83	83 100.00	
1	4 23.53	13 76.47	17 100.00	
Total	39 39.00	61 61.00	100 100.00	

Pearson chi2(1) = 2.0606 Pr = 0.151

Tabla 14

Así mismo se encontraron 17 sujetos en tratamiento con Paroxetina de los cuales el 76.47% (n=13) reportó disfunción sexual. [Gráfica 12, tabla 14]



Gráfica 13

```
. logistic sexdisf ISRS genero edad estadocivil escolaridad ocupacion DEPRESION ANSIEDAD ADICCION

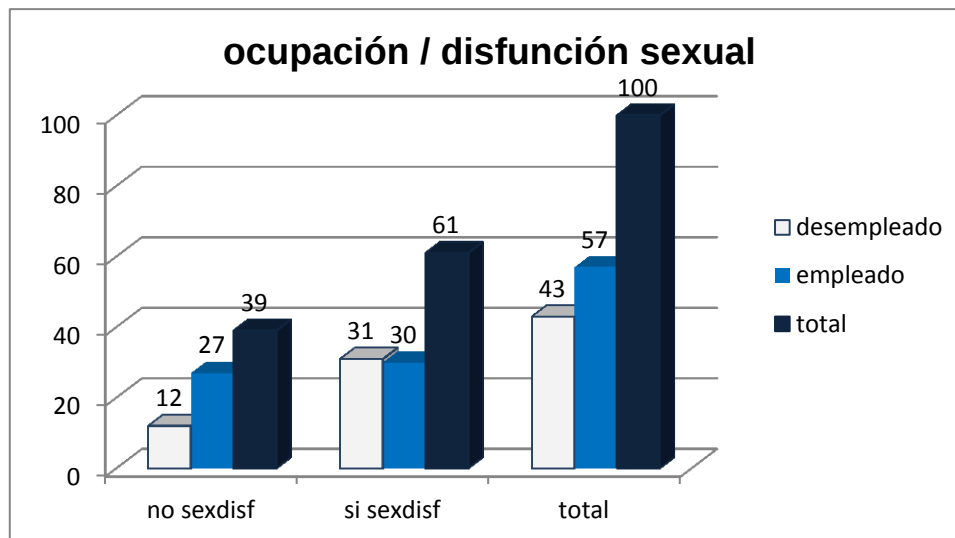
Logistic regression
Log likelihood = -56.179832

Number of obs   =          99
LR chi2( 9)     =          20.39
Prob > chi2     =          0.0156
Pseudo R2      =          0.1536
```

sexdisf	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
ISRS	.2856766	.3778343	-0.95	0.343	.0213836	3.816535
genero	3.221524	2.107552	1.79	0.074	.8937109	11.6125
edad	.9909481	.0195912	-0.46	0.646	.9532844	1.0301
estadocivil	1.478266	.7587895	0.76	0.446	.5405468	4.042702
escolaridad	1.121663	.0855887	1.50	0.132	.9658542	1.302608
ocupacion	.1997274	.1322132	-2.43	0.015	.0545719	.7309813
DEPRESION	.4423935	.47887	-0.75	0.451	.053018	3.691426
ANSIEDAD	1.436399	1.541085	0.34	0.736	.175403	11.76287
ADICCION	.2682425	.2530661	-1.39	0.163	.0422167	1.704396
_cons	4.701184	8.794933	0.83	0.408	.1201675	183.9194

Tabla 15

Al realizar la regresión logística de los datos se encontró únicamente como resultado estadísticamente significativo la asociación de disfunción sexual con la ocupación ($p=0.015$) [tabla 15].



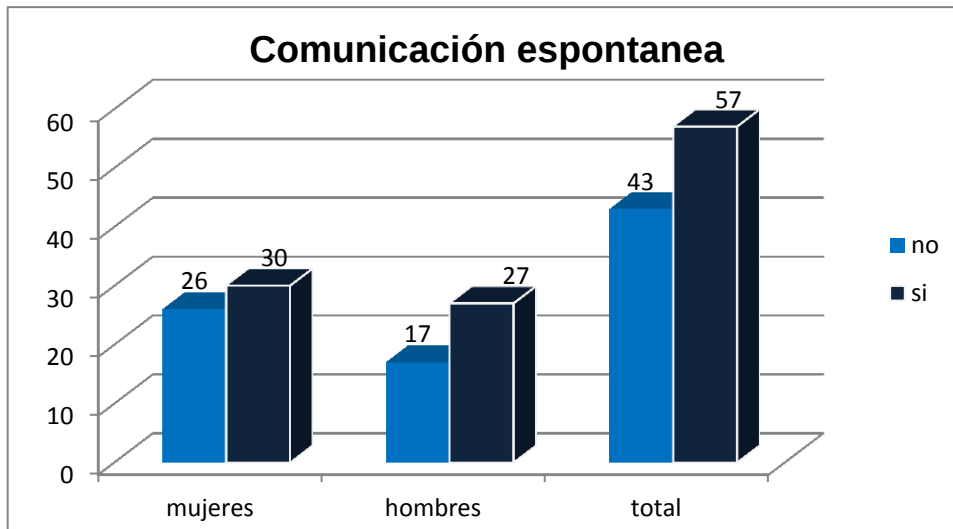
Gráfica 14

ocupacion	SALSEX-A		Total
	0	1	
0	12	31	43
	27.91	72.09	100.00
1	27	30	57
	47.37	52.63	100.00
Total	39	61	100
	39.00	61.00	100.00

Pearson $\chi^2(1) = 3.9021$ Pr = 0.048

Tabla 16

El 72.09% (n=31) de las personas que se encontraban desempleadas reportaron disfunción sexual mientras que solo el 52.63% (n=30) de las personas con empleo presentaron disfunción sexual.

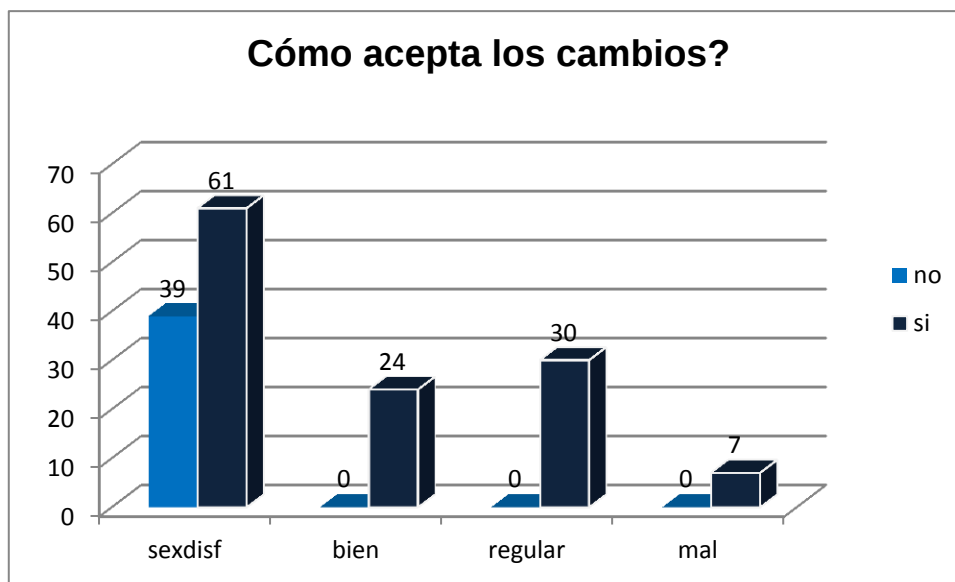


Gráfica 15

genero	SALSEX-B		Total
	0	1	
0	26 46.43	30 53.57	56 100.00
1	17 38.64	27 61.36	44 100.00
Total	43 43.00	57 57.00	100 100.00

Pearson $\chi^2(1) = 0.6104$ Pr = 0.435 Tabla 17

Al momento de la evaluación el 57% de las personas comunicó de forma espontánea los problemas de disfunción sexual. Mientras que el 46% (n=26) de las mujeres no manifestaron el problema de disfunción sexual en forma espontánea así mismo el 38% (n=17) de los hombres entrevistados no manifestó en forma espontánea la disfunción sexual, lo que da como resultado que el 70.5% (n=43) de los sujetos con disfunción sexual (n=61) no manifestaron en forma espontánea el problema de disfunción sexual. [Gráfica 15,16, tabla 17]

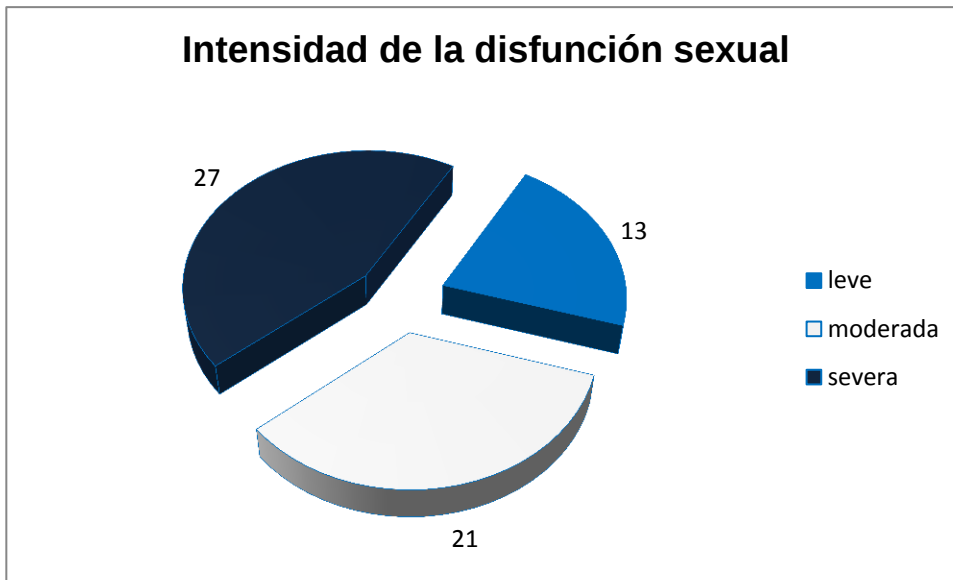


Gráfica 16

SALSEX-5	Freq.	Percent	Cum.
0	39	39.00	39.00
1	24	24.00	63.00
2	30	30.00	93.00
3	7	7.00	100.00
Total	100	100.00	

Tabla 18

De la personas que reportaron disfunción sexual (n=61) el 39.34% (n=24) manifestó ningún problema por este motivo, mientras que al 49.18% (n=30) le molesta la disfunción aunque no ha pensado abandonar el tratamiento por este motivo e interfiere en sus relaciones de pareja, así mismo el 11.48% (n=7) le molesta mucho la disfunción sexual, ha pensado en abandonar el tratamiento por esta causa o interfiere gravemente las relaciones de pareja. [Gráfica 16, tabla 18]



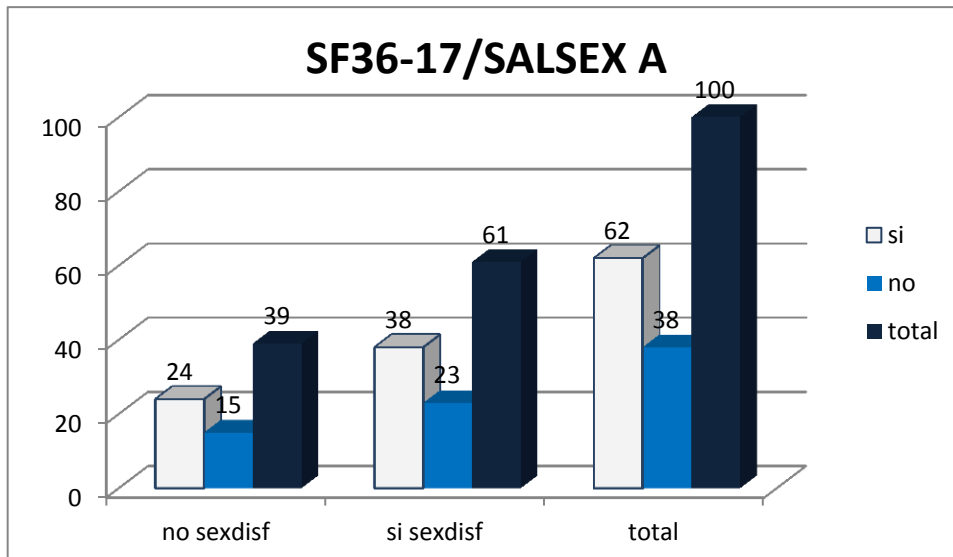
Gráfica 17

De la personas que reportaron disfunción sexual (n=61) se encontró que el 21.31% (n=13) reportaron una disfunción sexual de intensidad leve, el 34.43 % (n=21) reportaron una intensidad moderada y el 44.26% (n=27) presentaron disfunción sexual con intensidad severa [Gráfica 17].

SF36-17 17.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

SF36-18 18.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

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

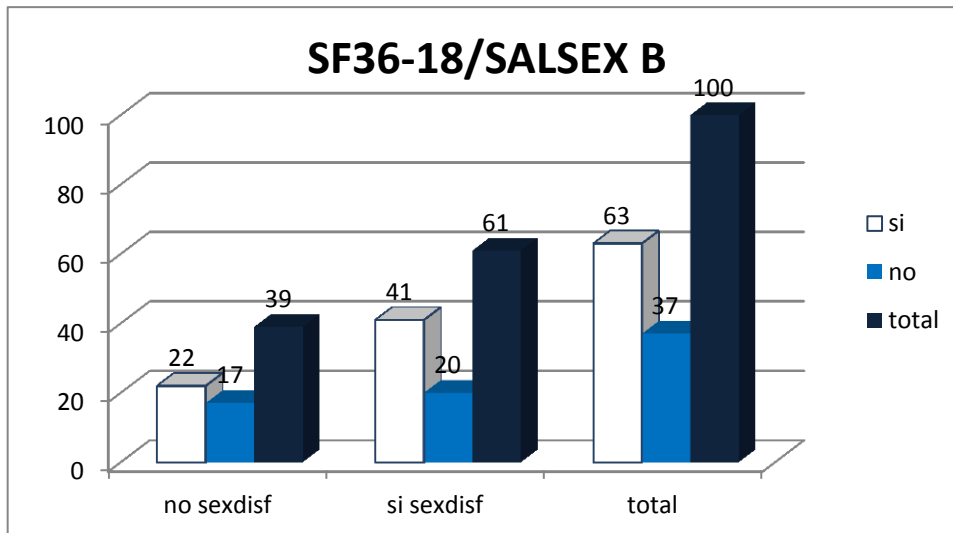


Gráfica 18

SALSEX-A		SF36-17		Total
0	1	2		
24	15	39		
61.54	38.46	100.00		
38	23	61		
62.30	37.70	100.00		
62	38	100		
62.00	38.00	100.00		

Pearson $\chi^2(1) = 0.0058$ Pr = 0.939 Tabla 19

Al evaluar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud mental en relación con la disfunción sexual se encontró que el 62.3% (n=38) de los pacientes que reportaron disfunción sexual (n=61) tuvieron que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso). [Gráfica 18, tabla 19].



Gráfica 19

CALIDAD DE VIDA x SALSEXA				
SF36-18	SALSEX-A			
	0	1	Total	
1	22	41	63	
	34.92	65.08	100.00	
2	17	20	37	
	45.95	54.05	100.00	
Total	39	61	100	
	39.00	61.00	100.00	

Pearson $\chi^2(1) = 1.1910$ Pr = 0.275 Tabla 20

Así mismo el 65.08% (n=41) de las personas que reportaron haber hecho menos de lo que hubieran querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso) presentaron también disfunción sexual.

DISCUSIONES :

El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia y evaluar el potencial impacto de la disfunción sexual asociada a antidepresivos (DSAA) en una los pacientes del IPEBC. el estudio tuvo un numero de limitaciones y los hallazgos debieron ser interpretados cuidadosamente. El uso de escalas auto-aplicables con el recuerdo de la función sexual antes de iniciar el tratamiento con antidepresivos y la ausencia de medidas de síntomas depresivos actuales dificultan determinar si la disfunción sexual puede haber sido resultado de síntomas depresivos persistentes , aunque la escala SALSEX mide y cuantifica los problemas sexuales que aparecen por la toma de psicofármacos, fundamentalmente antidepresivos y antipsicóticos además mostró adecuada sensibilidad para detectar cambios clínicos en la función sexual con cambios más grandes en el grupo tratado previamente con antidepresivos comparado con los pacientes que iniciaron tratamiento de novo (Montejo, Garcia, Espada, Llorca, & Izquierdo, 2000,). En relacion a los resultados obtenidos se reportó disfunción sexual en el 61% de los sujetos entrevistados [tabla 8] de los cuales el 56.38% fueron mujeres (n=35) y el 42.62 % fueron hombres (n=26) [tabla 9] muy similar a lo observado en estudios previos en donde el 46,4% de hombres y 52,1% de las mujeres participantes fueron clasificados con Disfunción sexual asociada a antidepresivos (VSL Williams, 2010 April) . Aunque no se observó una significancia estadística probablemente debido al tamaño reducido de nuestra muestra.

A pesar de las limitaciones potenciales , la estimación de DSAA en este estudio es similar que estudios previos encontrados en la literatura. La prevalencia estimada DSAA en pacientes del IPEBC fue del 61% de los sujetos entrevistados [tabla 8] un poco por debajo de lo observado en el 67,2% en Alemania , el 79,4% en España, y el 73,3% en las muestras holandesas (VSL Williams, 2010 April) .

No se observó diferencia estadísticamente significativa en la calidad de vida reportada entre pacientes que presentaron disfunción sexual en relación a los que no la presentaron aunque otros estudios previos han reportado reducciones estadísticamente significativas en el estado de salud mental y emocional y calidad de vida (VSL Williams, 2010 April).

CONCLUSIÓN

Los hallazgos de este estudio proporcionan evidencia adicional que la disfunción sexual asociada a antidepresivos es un problema común. Hay implicaciones potenciales para la adherencia terapéutica de los pacientes , consecuentemente, la satisfacción y el éxito del tratamiento con antidepresivos.

Debido a la elevada frecuencia del problema, el deterioro de la calidad de vida y la posibilidad de abandono del tratamiento, es necesario que el médico investigue directamente este problema de forma rutinaria en todos los pacientes que reciben antidepresivos.

Se considera de suma importancia realizar una entrevista amplia de los síntomas sexuales tanto antes , durante , así como después del tratamiento, los resultados del estudio brindan un panorama general en el ámbito de la sexualidad de los pacientes que son atendidos en el IPEBC aunque consideramos necesario ampliar el tamaño de la muestra.

ANEXOS:

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, incluso puede NO tener eyaculación/orgasmo.

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

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

4.- ¿ Ha notado dificultades de la erección o del mantenimiento de la misma una vez que inicia la actividad sexual? (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.

PUNTUACIÓN TOTAL (0-15):

LEVE

MODERADA

INTENSA

- **LEVE:** entre 1-5 puntos (siempre que ningún ítem ≥ 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.

SALSEX:

Objetivo: El cuestionario fue diseñado, en el año 1996 y fue posteriormente validado en el año 2000 por el Dr Angel L Montejo, de la Universidad de Salamanca con dos objetivos:

- 1.- Medir y cuantificar los problemas sexuales que aparecen por la toma de psicofármacos, fundamentalmente antidepresivos y antipsicóticos
- 2.- Valorar la interferencia de los problemas sexuales en la adherencia al tratamiento y el riesgo de abandono.

Aplicación: Se aplica mediante entrevista clínica directa y es heteroaplicado con el fin de cerciorarnos de que los conceptos son claramente entendidos por el paciente sin dar lugar a confusión.

Existe una única versión para hombres y mujeres ya que se puede aplicar indistintamente variando los enunciados de las preguntas entre orgasmo/eyaculación y disfunción eréctil /lubricación vaginal

Breve descripción: Consta de 7 ítems.: A+ B + 5 ítems específicos. Los ítems A y B evalúan la presencia de algún tipo de alteración en la actividad sexual tras el inicio del tratamiento con un psicofármaco (ítem A) y si su comunicación al médico es espontánea o bien la información se obtiene solo mediante el uso del cuestionario (ítem B) desvelando la infracomunicación tan frecuente del problema (80%). Los siguientes 5 ítems evalúan la intensidad o frecuencia de las siguientes alteraciones de la función sexual mediante una escala Likert de 0 (menor intensidad o frecuencia posible) a 3 (mayor intensidad o frecuencia posible):

- Ítem 1.- Descenso de la libido (0=no; 1=leve; 2=moderado; 3=severo).
- Ítem 2.- Retraso de orgasmo / eyaculación (0=no; 1=leve; 2=moderado; 3=severo).
- Ítem 3.- Ausencia de orgasmo / eyaculación (0=nunca; 1=ocasionalmente; 2=con frecuencia; 3=siempre).
- Ítem 4.- Disfunción eréctil/lubricación vaginal (0=nunca; 1=ocasionalmente; 2=con frecuencia; 3=siempre).
- Ítem 5.- Evalúa el grado de tolerancia o aceptación de los cambios en la función sexual desde 0 (no ha habido disfunción sexual) a 3 (mala tolerancia).

0= No ha habido disfunción sexual

1 = Buena: el paciente no muestra preocupación ante la disfunción sexual.

2 = Aceptable con reparos : el paciente se siente molesto ante la disfunción sexual aunque no ha pensado abandonar el tratamiento por este motivo).

3 = Mala (el paciente se siente muy preocupado ante la disfunción y ha pensado en abandonar el tratamiento).

Interpretación de los resultados: Puede obtenerse una puntuación general total de la escala mediante la suma de los puntos obtenidos en los ítems 1-5 obteniéndose una puntuación total entre **0** (ninguna disfunción sexual) a **15** puntos (máxima Disfunción sexual).

Los datos en pacientes y en voluntarios sanos, demuestran que una puntuación de 1 en el primer ítem (descenso de libido leve) puede confundirse con situaciones clínicas normales y pasajeras. Se considera que existe disfunción cuando el cuestionario es **>=2 puntos** con el fin de no dar falsos negativos siendo la intensidad Disf Sexual como sigue:

- Leve entre **2-5** puntos (siempre que ningún ítem supere 2 puntos)
- Moderada entre **6-10** (siempre que ningún ítem supere 3 puntos)
- Severa entre **11-15** o bien cualquier ítem =3.

Traducción a otros idiomas: El cuestionario ha sido traducido a varios idiomas: Inglés, Francés, Italiano, Portugués, Alemán, Húngaro y Turco y están en curso las versiones Sueca, Holandesa, Finlandesa y Árabe

Validación del cuestionario:

• En población depresiva: El cuestionario mostró excelente factibilidad con un porcentaje nulo de pacientes sin respuesta excepto en los ítems 1 y 2 (1.7% y 15.5% de pacientes sin respuesta respectivamente). El valor α de Cronbach's fue de 0.93 indicando adecuada fiabilidad. El cuestionario también mostro una adecuada validez de constructo. Tal y como se esperaba existió una alta correlación con las puntuaciones de la impresión clínica global de disfunción sexual ($r= 0.79$) y moderada correlación con las puntuaciones de la escala de Hamilton de depresión ($r=0.63$). También discriminó adecuadamente entre los pacientes nuevos y pretratados diagnosticados de depresión o distimia con diferencias significativas entre estos grupos. Finalmente el instrumento mostró adecuada sensibilidad para detectar cambios clínicos en la función sexual con cambios más grandes en el grupo tratado previamente con antidepresivos comparado con los pacientes que iniciaron tratamiento de novo (SES=-3.77 en pacientes cambiados a nefazodona; SES=-0.64 en pacientes nuevos).

• En población con Psicosis: El cuestionario ha sido validado también para esquizofrenia y otros T. psicóticos (2008) mostrando adecuada factibilidad, y validez convergente así como sensibilidad al cambio

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 1.

1. ¿Para qué sirve?

Es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental. Consta de 36 temas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.

Para su evaluación se han propuesto dos formas diferentes de puntuación:

1. El Rand Group estableció una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta.
2. El Health Institute otorga diferentes pesos específicos a cada respuesta, según unos coeficientes que no siguen una distribución lineal.

Las características de las puntuaciones son como siguen:

- A) Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayores sean, mejor estado de salud.
- B) El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.

En cuanto al cuestionario:

No está diseñado para proporcionar un índice global, aunque en ocasiones se han propuesto puntuaciones resumen de salud física y de salud mental, mediante la combinación de las respuestas de los temas.

El cuestionario detecta tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación.

Existe una “versión estándar ” que hace referencia al estado de salud en las 4 semanas anteriores y una “versión aguda” que evalúa la semana anterior.

El SF-36 contiene 36 temas formando 8 dimensiones (ver “tabla 1” del apartado “3.Formato”).

“Short form” es un instrumento que se diseñó como indicador genérico de nivel de salud para usarse en evaluaciones poblacionales y de políticas de salud. Se puede usar en conjunto con instrumentos específicos para medir resultados en práctica clínica o de investigación. Deriva del “Out Study Questionnaire”. Es aplicable a una gama de problemas.

2. ¿Cómo se elabora?

1. Se trata de un cuestionario autoadministrado, aunque también se ha utilizado mediante un entrevistador, a través del teléfono o mediante soporte informático.
2. Si es autoadministrado se debe contestar como se indica en el formato. En el caso de ser administrado por otra persona, se deben realizar las preguntas y leer las respuestas como están anotadas, para evitar sesgos del entrevistador, por interpretación de las mismas.

3. Formato

Cuestionario de Salud SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es: 1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año? 1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año 3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? 1 Sí 2 No
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física? 1 Sí 2 No
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? 1 Sí 2 No
16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física? 1 Sí 2 No
17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? 1 Sí 2 No
18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? 1 Sí 2 No
19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? 1 Sí 2 No
20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? 1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho
21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? 1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho 6 Sí, muchísimo
22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? 1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad? 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca
24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso? 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca
25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca
26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo? 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca
27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía? 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca
28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste? 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca
29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado? 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca
30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz? 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca
31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado? 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez
32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)? 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas. 1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera. 1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar. 1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente. 1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

Asignación de puntaje. Enfoque Rand es simple. Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100). Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80- 100. Luego, los puntajes de items de una misma dimensión se promedian ara crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100. Los items no respondidos no se consideran. El enfoque del Health Institute, que da diferentes ponderaciones, es el más recomendado; hay un software para hacerlo

BIBLIOGRAFÍA

Abler, B. S. (2011). Neural Correlates of Antidepressant-Related Sexual Dysfunction: A Placebo-Controlled fMRI Study on Healthy Males Under Subchronic Paroxetine and Bupropion. *Neuropsychopharmacology* , 36(9), 1837–1847. .

Adkins DE, A. K. (2011 Mar). Genomewide pharmacogenomic study of metabolic side effects to antipsychotic drugs. *Mol Psychiatry* , 16(3):321-32.

Altshuler D, D. M. (2008 Nov). Review Genetic mapping in human disease. *Science.* , 7; 322(5903):881-8.

Ángel Luis Montejo, S. M. (2010). *Disfunción sexual por antidepresivos ¿Qué se puede hacer?*

Angermeyer MC, H. A. (2002). Depression and quality of life: results of a followup study. *Int J Soc Psychiatry* , 48(3):189–199.

Anita H. Clayton, M. a. (2006). Major Depressive Disorder, Antidepressants, and Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry* , 67(suppl 6):27-32.

Association, A. P. (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. En *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder* (pág. 3rd ed.). Arlington.

Association, A. P. (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. En *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder* (pág. 3rd ed). Arlington.

Ayala, M. (2009 Dec). Brain serotonin, psychoactive drugs, and effects on reproduction. *Cent Nerv Syst Agents Med Chem.* , 9(4):258-76.

Bauer M, M. B.-C. (2008 Jan). Prescribing patterns of antidepressants in Europe: results from the Factors Influencing Depression Endpoints Research (FINDER) study. *Eur Psychiatry.* , 23(1):66-73.

Bishop JR, M. J. (2006 Oct). Serotonin 2A -1438 G/A and G-protein Beta3 subunit C825T polymorphisms in patients with depression and SSRI-associated sexual side-effects. *Neuropsychopharmacology* , 31(10):2281-8.

- Clark, S. L. (2012). Pharmacogenomic study of side-effects for antidepressant treatment options in STAR*D. *Psychological Medicine* , 42(6), 1151–1162 .
- David S. Baldwin, T. F. (2013). Antidepressant drugs and sexual dysfunction. *The British Journal of Psychiatry* , 202, 396–397.
- DeRogatis LR, B. A. (2008). The epidemiology of sexual dysfunctions. *J Sex Med* , 5: 289–300.
- Ernst C, F. M. (1993). Sexual dysfunctions and disturbances in young adults. Data of a longitudinal epidemiological study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* , 243(3-4): 179-188.
- Frost J, S. P. (2010 Oct 7). Sexual dysfunction induced by antidepressants. *Tidsskr Nor Laegeforen* , 130(19):1930-1.
- Gheshlaghi, F. D. (2014). The Study of Sexual Satisfaction in Iranian Women Applying for Divorce. *International Journal of Fertility & Sterility* , 8(3), 281–288.
- Heidari AR, A. P. (2012). Relation of some demographic factors with marital commitment, sexual satisfaction and life satisfaction in women. *J Am Sci.* , 8(2):194–199.
- Hirschfeld RM, D. D. (2002). Does psychosocial functioning improve independent of depressive symptoms? A comparison of nefazodone, psychotherapy, and their combination. *Biol Psychiatry* , 51(2):123–133.
- Jenna Strizzi, L. O. (vol. 2015). “Sexual Functioning, Desire, and Satisfaction in Women with TBI and Healthy Controls,” . *Behavioural Neurology* , Article ID 247479, 7 pages.
- Kaplan, H. (1979). Disorders of sexual desire. New York, NY: Bruner/Mazel Inc.
- Kato M, S. A. (2010 May). Review and meta-analysis of antidepressant pharmacogenetic findings in major depressive disorder. *Mol Psychiatry* , 15(5):473-500.
- Keltner NL, M. K. (2002). Mechanisms and treatments of SSRI-induced sexual dysfunction. *Perspect Psychiatr Care* , 38:111-116.
- Lam RW, K. S. (2009 Oct;). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). *J Affect Disord.* , 117 Suppl 1():S26-43.

- Lewis RW, F.-M. K. (2010). Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med* , 7: 1598–607.
- Malhotra AK, M. G. (2004 May). Pharmacogenetics of psychotropic drug response. *Am J Psychiatry* , 161(5):780-96.
- Masters WH, J. V. Human sexual response. . Boston: Mass Little Brown and Co.
- McGahuey CA1, G. A. (2000 Jan-Mar). The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther* , 26(1):25-40.
- Mitchell, A. (2006 Apr). High medication discontinuation rates in psychiatry: how often is it understandable? *J Clin Psychopharmacol* , 26(2):109-12.
- Montejo AL, L. G.-V. (2001). Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: A prospective multicenter study of 1,022 outpatients. Spanish working group for the study of psychotropic-related sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry* , 62(Suppl 3): 10-21.
- Montejo, A., Garcia, . M., Espada, M. R.-V., Llorca, G., & Izquierdo, J. E. (2000,). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos. . *Actas Esp Psiquiatr* , 28,3:141-150.
- Murray CJ, V. T. (2012). Disabilityadjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* , 380(9859):2197–2223.
- Nourani Sh, J. E. (2010). Sexual satisfaction in fertile and infertile women attending state clinics in Mashhad. *J Reprod Infertil.* , 10(41):269–277.
- Papakostas GI, F. M. (2009 Jan). Does the probability of receiving placebo influence clinical trial outcome? A meta-regression of double-blind, randomized clinical trials in MDD. *Eur Neuropsychopharmacol.* , 19(1):34-40.
- Porcelli S, D. A. (2011 Mar). Review Pharmacogenetics of antidepressant response. *J Psychiatry Neurosci.* , 36(2):87-113.
- Psychiatry., M. G. (2005.). *Sexual disorders and Sexual Dysfunction*,.

- Rahmani A, M. K. (2009). Sexual satisfaction and its relation to marital happiness in Iranians. *Iran J Public Health* , 38(4):77–82.
- Rapaport MH, C. C. (2005). Quality of life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry* , 162(6):1171–1178.
- Rosenberg KP, B. K. (2003). A survey of sexual side effects among severely mentally ill patients taking psychotropic medications: impact on compliance. *J Sex Marital Ther* , 29: 289-296.
- Safarinejad, M. (2010 Sep). The effects of the adjunctive bupropion on male sexual dysfunction induced by a selective serotonin reuptake inhibitor: a double-blind placebo-controlled and randomized study. *BJU Int* , 106(6):840-7.
- Serretti A, C. A. (2009 Jun). Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* , 29(3):259-66.
- Souery D, O. P. (2007 Jul). Clinical factors associated with treatment resistance in major depressive disorder: results from a European multicenter study. *J Clin Psychiatry* , 68(7):1062-70.
- Thakurta, R. G. (2012). Nature of Sexual Dysfunctions in Major Depressive Disorder and its Impact on Quality of Life. *Indian Journal of Psychological Medicine* , 34(4), 365–370. .
- VSL Williams, H. E. (2010 April). Prevalence and impact of antidepressant-associated sexual dysfunction in three European countries: replication in a cross-sectional patient survey . *J Psychopharmacol* , 24: 489-496.
- Waguih William IsHak, M. F., Scott Christensen, B., Gregory Sayer, M., Khanh Ha, M., Ning Li, P., Jamie Miller, P., y otros. (2013). Sexual Satisfaction and Quality of Life in Major Depressive Disorder Before and After Treatment With Citalopram in the STAR*D Study. *J Clin Psychiatry* , 74(3):256-261.
- Walter M, B. F. (2008 May). Distinguishing specific sexual and general emotional effects in fMRI-subcortical and cortical arousal during erotic picture viewing. *Neuroimage* , 1; 40(4):1482-94.
- WHO. (2014 August 13). Depression. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.

Williams K, R. M. (2006). Sexual dysfunction in major depression. *CNS Spectr* , 11 (suppl 9): 19–23.

Zobel A, M. W. (2010 Aug). Pharmacogenetics of antidepressive treatment. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* , 260(5):407-17.