



**UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
CAMPUS LEÓN
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD
MENTAL (CAISAME)**

**“PREVALENCIA DE DISFUCIÓN SEXUAL ASOCIADA A ANTIDEPRESIVOS EN
MUJERES DE 18 A 44 AÑOS HOSPITALIZADAS POR TRASTORNO DEPRESIVO
MAYOR EN CENTRO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL LEÓN EN EL
TIEMPO DEL 03 DE ENERO AL 03 DE MARZO 2025”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTA:
DIANA KAREN GUTIÉRREZ ÁLVAREZ**

Con la dirección de:
DR. JAVIER HERNÁNDEZ VÁZQUEZ

Con la codirección de:
DR. ALEJANDRO DOMÍNGUEZ ALFARO



CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD MENTAL DE LEÓN

León, Gto. a 26 de diciembre del 2024.

Asunto: Carta de aprobación de proyecto de investigación
por el Comité de Investigación de CAISAME LEÓN

Nombre del investigador principal: DIANA KAREN GUTIERREZ ALVAREZ

Nombre de directores de tesis:

Dirección de: Dr. Javier Hernández Vázquez

Co-dirección de: Dr. Alejandro Domínguez Alfaro

Nombre del proyecto: Prevalencia de la disfunción sexual asociada a antidepresivos en mujeres de 18-44 años hospitalizadas por trastorno depresivo mayor en el Centro de Atención Integral a la Salud Mental del 20 de septiembre al 20 de diciembre del 2024.

Dictamen de tipo: aprobatorio.

Fecha de entrega de veredicto: 27 de diciembre del 2024

Atentamente

Dra. Ana Bertha Meza Pérez
Presidenta del Comité de Investigación
del Centro de Atención Integral a la Salud Mental
CAISAME LEÓN



CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD MENTAL DE LEÓN



León, Gto., a 2 de Enero del 2025.
CAISAME/CEI/02/01/25

Asunto: Dictamen del Comité de Ética en Investigación

En atención a: Dra. Diana Karen Gutiérrez Álvarez, Investigadora Principal, Dr. Javier Hernández Vázquez Asesor teórico, Dr. Alejandro Domínguez Alfaro, Asesor metodológico.

Título del Protocolo de Investigación: "Prevalencia de disfunción sexual asociada a antidepresivos en mujeres de 18 a 44 años hospitalizadas por Trastorno depresivo mayor en Centro de Atención a la Salud Mental León en el tiempo de...."

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité De Ética En Investigación del CAISAME con número de registro CONBIOETICA-11-CEI-001-2024607 ante la Comisión Nacional De Bioética CONBIOETICA y las opiniones acerca de los documentos presentados que se encuentran a continuación.

	Fecha de versión	Decisión
Protocolo	29 de Noviembre del 2024	Aprobado
Consentimiento Informado	29 de Noviembre del 2024	Aprobado
Aspectos Éticos	29 de Noviembre del 2024	Aprobados
Dictamen Final		Aprobado

Este dictamen tiene vigencia de 6 meses (02 de Enero del 2025 al 02 de julio del 2025).

En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al comité un reporte de progreso al menos 30 días antes de la fecha de término de su vigencia, así como enviar bimestralmente a este comité un reporte de avances y una vez concluido los informes finales.

Lo anterior forma parte de las obligaciones del investigador.

A T E N T A M E N T E

C. José Luis Veiga Paredes

Presidente del Comité de Ética en Investigación del Centro de Atención Integral a la Salud Mental de León
CAISAME LEÓN

Agradecimientos

Quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a mis padres, quienes me brindaron la oportunidad y la confianza de convertirme en médico y ahora en especialista. Gracias por enseñarme el valor de la disciplina, por inculcarme los principios que guían mi vida, y por hacerme sentir acompañada y comprendida en cada paso de este camino.

A mi hermana Paola, mi más profundo reconocimiento. Gracias por alentarme siempre a seguir mis sueños, incluso cuando todo parecía cuesta arriba; por recordarme que la vida no es solo blanco o negro, sino que existen matices valiosos que merecen ser reconocidos. Gracias por no dejarme rendirme, por escucharme en mis momentos más vulnerables, por celebrar mis logros como propios, por hacerme sentir que mi trabajo tiene sentido, y por regalarme siempre una palabra de aliento y una mirada compasiva. Tu apoyo constante ha sido una luz indispensable en este proceso.

A mis abuelitos, tíos y primos, gracias por su amor incondicional, por comprender las exigencias emocionales, físicas y de tiempo que implicaron estos cuatro años, y por estar presentes, incluso en la distancia.

Agradezco a los profesores que me inspiraron, que me guiaron con generosidad y que me permitieron aprender de su experiencia. A mis compañeros de residencia, gracias por compartir conmigo jornadas intensas, por las lágrimas, las risas y por construir juntos una red de apoyo en los días más difíciles.

Finalmente, agradezco con especial estima a mi director y codirector de tesis por su orientación constante, por su paciencia y compromiso durante la realización de este trabajo académico.

Este logro no habría sido posible sin el apoyo de cada uno de ustedes. Estoy profundamente agradecida por haber tenido la oportunidad de aprender, de crecer y de compartir este camino con personas tan valiosas.

¡Gracias a todos de corazón!

Resumen

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es una de las principales causas de discapacidad en el mundo, con una alta prevalencia en mujeres jóvenes y de mediana edad. Su tratamiento suele requerir antidepresivos, los cuales, aunque eficaces para aliviar los síntomas depresivos, pueden generar efectos adversos significativos, como la disfunción sexual. Este efecto secundario, que incluye disminución del deseo, anorgasmia y dificultades en la excitación, afecta la calidad de vida de las pacientes y puede comprometer la adherencia al tratamiento.

El presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de disfunción sexual en mujeres de 18 a 44 años hospitalizadas por TDM en el Centro de Atención Integral en Salud Mental (CAISAME) León, durante el periodo del 03 de enero al 03 de marzo de 2025. Para ello, se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, empleando la escala PRSexDQ-SALSEX, validada para medir disfunción sexual secundaria a psicofármacos.

Las pacientes fueron seleccionadas bajo criterios específicos, incluyendo uso de antidepresivos por más de un mes, diagnóstico confirmado de TDM y vida sexual activa, entre otros. Se excluyeron aquellas con antecedentes previos de disfunción sexual, condiciones médicas o medicamentos no psiquiátricos que interfieran con la función sexual o uso de anticonceptivos hormonales, entre otros.

Los resultados evidenciaron que un porcentaje significativo de las pacientes experimenta disfunción sexual, siendo la disminución de la libido y el retraso en el orgasmo los síntomas más prevalentes. Se encontró una relación directa entre el uso de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y la disfunción sexual leve a moderada. Además, se identificó que la disfunción sexual repercute en la adherencia al tratamiento antidepresivo, aumentando el riesgo de abandono terapéutico.

El estudio resalta la necesidad de un abordaje integral en el tratamiento del TDM, considerando la salud sexual de las pacientes. Se sugiere que los profesionales de la salud mental incluyan la evaluación sistemática de la función sexual en sus consultas y consideren estrategias terapéuticas alternativas para minimizar los efectos adversos.

Palabras clave: trastorno depresivo mayor, disfunción sexual, antidepresivos, prevalencia, mujeres, efectos adversos, salud mental, escala PRSexDQ-SALSEX, Centro de Atención Integral en Salud Mental (CAISAME) León.

Índice

	Página
1. Introducción	6
2. Planteamiento del problema	8
2.1. Hipótesis nula	9
2.2. Hipótesis alternativa	9
2.3. Pregunta de investigación	9
3. Marco teórico	10
3.1. Antecedentes del trastorno depresivo mayor	10
3.2. Tratamiento del trastorno depresivo mayor	14
3.3. Disfunción sexual asociada a antidepresivos	19
3.4. Factores de riesgo y variables asociadas	24
3.5. Importancia de la evaluación y manejo de la disfunción sexual	27
3.6. Contexto local (CAISAME)	30
4. Justificación	33
5. Objetivos	34
5.1. Objetivo general	34
5.2. Objetivos específicos	34
6. Material y métodos	35
6.1. Criterios de inclusión y exclusión	37
6.2. Variables	38
7. Resultados	43
8. Discusión y comparación con estudios previos	65
8.2. Limitaciones del estudio	67
8.3. Conclusiones y recomendaciones	67
9. Cronograma	68
10. Consideraciones éticas	69
11. Recursos humanos, físicos, materiales y financiamiento	71
12. Referencias	72
13. Anexos	77

Introducción

El trastorno depresivo mayor (TDM) es una condición psiquiátrica que afecta a millones de personas en todo el mundo, y es particularmente prevalente en mujeres jóvenes y de mediana edad. Este trastorno se caracteriza por un estado de ánimo persistentemente bajo, pérdida de interés en actividades previamente disfrutadas, fatiga, dificultades para concentrarse y una sensación general de desesperanza³. El TDM no solo tiene un impacto devastador en la calidad de vida de las personas que lo padecen, sino que también está asociado con un mayor riesgo de enfermedades crónicas, discapacidad y mortalidad prematura, incluyendo el suicidio¹.

El tratamiento del TDM a menudo implica el uso de antidepresivos, que han demostrado ser efectivos en la reducción de los síntomas depresivos y la mejora del funcionamiento general de los pacientes. Estos medicamentos, que incluyen inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), antidepresivos tricíclicos, entre otros, actúan modulando la neurotransmisión en el cerebro, lo que lleva a una mejora en el estado de ánimo y el alivio de otros síntomas depresivos⁴.

Sin embargo, el uso de antidepresivos no está exento de efectos secundarios, siendo la disfunción sexual uno de los más frecuentes y clínicamente significativos. La disfunción sexual asociada al tratamiento con antidepresivos puede manifestarse de diversas formas, incluyendo disminución de la libido, anorgasmia, dificultades para alcanzar el orgasmo, disfunción eréctil en hombres y problemas de lubricación vaginal en mujeres⁵. Estos efectos secundarios no solo afectan negativamente la calidad de vida de los pacientes, sino que también son una de las principales razones para la discontinuación del tratamiento, lo que puede llevar a una recaída en los síntomas depresivos.

En mujeres, la sexualidad y la intimidad juegan un papel crucial en su bienestar emocional y relacional. Por lo tanto, la aparición de disfunción sexual como consecuencia del tratamiento antidepresivo puede tener implicaciones profundas, no solo en términos de satisfacción sexual, sino también en la autoestima, las relaciones de pareja y la calidad de vida en general. A pesar de la importancia de este tema, existe una escasez de estudios que exploren la prevalencia y el impacto de la disfunción sexual en mujeres jóvenes y de mediana edad que están siendo tratadas por TDM, particularmente en contextos hospitalarios donde los síntomas depresivos suelen ser más graves y la necesidad de adherencia al tratamiento es crítica⁶.

El Centro de Atención Integral en Salud Mental (CAISAME) León atiende a un gran número de mujeres con TDM, por lo que ofrece un escenario único para investigar este fenómeno. Muchas de estas mujeres son hospitalizadas y reciben tratamiento con antidepresivos como parte de su plan de manejo. Sin embargo, hasta la fecha, no se han realizado estudios específicos en este contexto que cuantifiquen la prevalencia de disfunción sexual en este grupo poblacional.

El conocimiento sobre la prevalencia de disfunción sexual en mujeres con TDM tratadas con antidepresivos es crucial para los profesionales de la salud mental, ya que les permite anticipar y manejar mejor este efecto adverso, mejorando así la adherencia al tratamiento y, en última instancia, los resultados terapéuticos⁷. Además, identificar este problema podría llevar a la implementación de estrategias terapéuticas más personalizadas, como el ajuste de la medicación, la adición de tratamientos complementarios o la intervención psicosocial, con el objetivo de mitigar los efectos secundarios y mejorar la calidad de vida de las pacientes.

Este estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de disfunción sexual en mujeres de 18 a 44 años hospitalizadas por TDM en CAISAME León, proporcionando datos críticos que podrían guiar futuras investigaciones y prácticas clínicas en este ámbito. Al identificar y comprender mejor este problema, se espera que este estudio contribuya significativamente a la mejora del manejo clínico del TDM y a la calidad de vida de las mujeres afectadas por esta condición.

Planteamiento del problema

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial, afectando a una proporción significativa de la población, especialmente a mujeres en edad reproductiva¹. Este trastorno no solo genera un impacto considerable en la calidad de vida de las personas, sino que también tiene implicaciones profundas en las áreas social, laboral y familiar. El tratamiento farmacológico con antidepresivos es la primera línea de intervención en el manejo del TDM, debido a su efectividad para aliviar los síntomas depresivos y mejorar el funcionamiento general del paciente⁷.

Sin embargo, a pesar de los beneficios terapéuticos de los antidepresivos, su uso a menudo conlleva una serie de efectos secundarios que pueden afectar negativamente la adherencia al tratamiento. Uno de los efectos adversos más prevalentes y clínicamente significativos es la disfunción sexual⁸. La disfunción sexual inducida por antidepresivos abarca una serie de síntomas que incluyen disminución de la libido, anorgasmia, disfunción eréctil en hombres, y dificultades para la excitación sexual en mujeres. Estos síntomas pueden generar una disminución sustancial en la calidad de vida de las pacientes, además de contribuir al abandono del tratamiento, lo que a su vez aumenta el riesgo de recaída y cronicidad del TDM⁴.

El impacto de la disfunción sexual es particularmente relevante en mujeres jóvenes y de mediana edad, un grupo demográfico que no solo es altamente susceptible a experimentar TDM, sino que también puede verse afectado de manera desproporcionada por las disfunciones sexuales debido a la mayor importancia que este grupo atribuye a la sexualidad y las relaciones íntimas en su vida cotidiana².

No obstante, la prevalencia específica de disfunción sexual inducida por antidepresivos en esta población es un área que ha recibido atención limitada en la literatura científica, particularmente en contextos hospitalarios donde la gravedad del TDM puede ser mayor².

En el Centro de Atención Integral en Salud Mental (CAISAME) León, muchas mujeres con TDM son hospitalizadas y sometidas a tratamientos intensivos con antidepresivos, lo que proporciona un escenario ideal para investigar la prevalencia de disfunción sexual en este grupo específico. Sin embargo, a pesar de la alta carga clínica y el impacto potencial de este problema, no se han realizado estudios sistemáticos que cuantifiquen y caractericen la disfunción sexual en mujeres de 18 a 44 años hospitalizadas en esta institución⁹.

El desconocimiento de la magnitud del problema en esta población específica podría llevar a una subestimación de sus efectos sobre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de las pacientes. Además, la falta de datos locales específicos impide el desarrollo de estrategias de manejo y tratamiento personalizadas que aborden eficazmente la disfunción sexual inducida por antidepresivos, con el objetivo de mejorar tanto la adherencia al tratamiento como los resultados clínicos¹⁰.

Por lo tanto, es fundamental realizar un estudio que determine la prevalencia de disfunción sexual asociada al uso de antidepresivos en mujeres hospitalizadas por TDM en CAISAME León. Este estudio no solo contribuirá a llenar un vacío crítico en la literatura, sino que también proporcionará información valiosa para el desarrollo de intervenciones clínicas que puedan mejorar la experiencia terapéutica y los resultados a largo plazo en esta población vulnerable⁷.

Hipótesis nula (H₀): No existe una prevalencia significativa de disfunción sexual asociada al uso de antidepresivos en mujeres de 18 a 44 años hospitalizadas por TDM en el CAISAME León.

Hipótesis alternativa (H₁): Existe una prevalencia significativa de disfunción sexual asociada al uso de antidepresivos en mujeres de 18 a 44 años hospitalizadas por TDM en el CAISAME León.

Pregunta de investigación: "¿Cuál es la prevalencia de disfunción sexual asociada al uso de antidepresivos en mujeres de 18 a 44 años hospitalizadas por Trastorno Depresivo Mayor en el CAISAME León?"

Marco teórico

1. Antecedentes del Trastorno Depresivo Mayor

a. Definición y características clínicas del Trastorno Depresivo Mayor

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es una enfermedad mental compleja que se caracteriza por la combinación de síntomas físicos, emocionales y cognitivos que afectan significativa la capacidad del individuo de realizar las actividades diarias y de relacionarse con el ambiente. Se caracteriza por un estado de ánimo persistentemente deprimido o una pérdida notable de interés o placer en casi todas las actividades diarias, que persiste durante al menos dos semanas. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5), el diagnóstico de TDM requiere la presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas: ánimo deprimido, disminución del interés o de la capacidad para experimentar placer, cambios significativos en el peso o el apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, e ideación suicida recurrente y deben estar presentes por al menos 2 semanas, además de generar cambios importantes en el funcionamiento³.

La prevalencia del TDM varía ampliamente según el contexto cultural y geográfico, pero según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que afecta a 264 millones de personas en todo el mundo, siendo en las mujeres aproximadamente el doble en comparación con los hombres; es más prevalente en mujeres en edades comprendidas entre los 18 y 44 años, con incremento en los años reproductivos y sobre todo en el posparto, teniendo una incidencia del 3-55% en un año determinado¹¹.

En México la prevalencia de síntomas depresivos es el 9.2% en la población mayor a 10 años, sin embargo, siendo mayor en mujeres (10.4%) en comparación con hombres (7.8%)¹².

En el año 2023 se hospitalizó un total de 99 mujeres de entre 18 y 44 años de edad con diagnóstico de trastorno depresivo mayor a su egreso, siendo la edad promedio de 30.5 años y 69 de ellas encontrándose solteras o en unión libre; además, se encontró que los meses con mayor número de hospitalizaciones con dicho diagnóstico fue junio, septiembre, octubre y noviembre; no se cuenta con estimaciones sobre los trastornos de la función sexual, muy posiblemente asociado a que no se indaga de manera propositiva en la entrevista psiquiátrica¹³.

La definición y el diagnóstico del TDM han evolucionado a lo largo de los años, con una mayor comprensión de sus subtipos clínicos. Por ejemplo, la depresión melancólica se caracteriza por una pérdida de placer en casi todas las actividades, una falta de reactividad a los estímulos placenteros, y una mayor severidad de los síntomas en las primeras horas de la mañana. En contraste, la depresión atípica se manifiesta con reactividad del estado de ánimo, hipersomnia, hiperfagia, y una sensibilidad extrema al rechazo interpersonal⁷. Reconocer estos subtipos es esencial para seleccionar el tratamiento adecuado y mejorar los resultados terapéuticos.

El TDM es un trastorno heterogéneo, lo que significa que su presentación clínica puede variar de persona a persona, por lo que algunos pacientes experimentarán mayormente síntomas emocionales, mientras que otros pueden presentar más síntomas físicos y cognitivos; es esta misma heterogeneidad la que refleja la complejidad del TDM y su impacto en los demás sistemas del cuerpo, incluyendo el sistema nervioso central, el sistema inmunológico y el sistema endocrino. Además, los síntomas del TDM tienen un impacto negativo y muy significativo en la función física y cognitiva del individuo, llevando al deterioro importante la calidad de vida.

Es importante considerar que el TDM está asociado con una alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, como la ansiedad, los trastornos de pánico y el consumo de sustancias, así como con enfermedades físicas crónicas, como el síndrome metabólico lo que complica aún más su tratamiento y manejo¹⁵.

En términos de la fisiopatología, el TDM es un trastorno complejo que se caracteriza por tener una combinación de múltiples factores: genéticos, ambientales, biológicos y psicológicos; por lo que ha sido objeto de estudio en los últimos años, sugiriendo varias hipótesis para explicarla, entre ellos se incluyen: la hipótesis monoaminérgica, que sugiere que las deficiencias en los neurotransmisores serotonina, norepinefrina y dopamina son fundamentales en la patogénesis del TDM, ha sido la base principal de las estrategias de tratamiento farmacológico con ISRS de manera tradicional, sin embargo, se reconoce vacío en la información¹⁷. No obstante, investigaciones más recientes han resaltado el papel de la neuroinflamación y el estrés oxidativo en donde el cortisol toma importancia significativa así como los marcadores de inflamación (PCR, IL-6), y las alteraciones en la neuroplasticidad con disminución considerable del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) contribuyendo a atrofia del hipocampo con consecuente disminución en la capacidad para adaptarse al estrés contribuyendo a la perpetuación de la depresión¹⁷; también se han estudiado otras teorías como la microbiota intestinal, alteraciones epigenéticas y alteración del ritmo circadiano como factores contribuyentes al desarrollo del TDM.

b. Impacto del Trastorno Depresivo Mayor en la calidad de vida

El impacto del TDM en la calidad de vida de los individuos que lo padecen es profundo y multifacético. Este trastorno afecta la función social y personal, ocupación, así como también física y emocionalmente la vida del individuo. La depresión severa puede llevar a una discapacidad significativa, convirtiéndose en una de las principales causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) a nivel global, lo que a su vez también genera mayor gasto económico a la salud¹⁸. Específicamente en México la depresión es la principal causa de incapacidad en mujeres y la novena en hombres. La incapacidad para disfrutar de las actividades diarias, junto con el aislamiento social que a menudo acompaña al TDM, contribuye a un deterioro significativo de la calidad de vida¹².

Ademas de los síntomas cognitivos y emocionales, los síntomas del TDM afectan una amplia gama de aspectos de la salud física, por lo que los individuos con depresión suelen experimentar mayor dolor físico que tiende a la cronicidad, mayor fatiga y sueño menos reparador, contribuyendo así a un deterioro importante de la salud física aumentando el riesgo de desarrollar enfermedades metabólicas como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, creando un círculo vicioso en el que la depresión incrementa el dolor y el sedentarismo, provocando alteraciones metabólicas y a su vez generando mayor depresión¹⁷.

En términos de función sexual, el TDM tiene un impacto particularmente negativo. La disfunción sexual es común en pacientes con depresión, y puede manifestarse en cualquiera de las fases de la respuesta sexual, ya sea como una disminución del deseo sexual, dificultades para alcanzar el orgasmo, disfunción eréctil en hombres, alteraciones en la lubricación y excitación e incluso provocar dolor que dificulta el acto sexual¹⁹. La relación entre el TDM y la disfunción sexual es bidireccional: la disfunción sexual puede exacerbar los síntomas depresivos ya que la vida sexual no satisfactoria puede provocar disminución en la autoestima, tensiones en la relación de pareja y disminución general en la calidad de vida; y la depresión puede contribuir al desarrollo de disfunciones sexuales por los mecanismos monoaminérgicos. Este impacto es especialmente significativo en la calidad de vida de los pacientes, afectando no solo su bienestar personal, sino también sus relaciones interpersonales⁸. Estos problemas pueden ser tanto un síntoma del TDM como un efecto secundario de los tratamientos antidepresivos.

El impacto del TDM en la calidad de vida no se limita al individuo afectado, sino que también se extiende a su familia, pareja y comunidad. Los cuidadores de pacientes con TDM experimentan altos niveles de estrés y desgaste emocional, lo que puede afectar su propia salud mental y bienestar, así como la relación con el mismo paciente siendo a su vez este un factor de riesgo para el abandono al tratamiento con tasas encontradas según la literatura de hasta el 30%⁸. Además, el TDM está asociado con una alta tasa de ausentismo laboral y una reducción en la productividad, lo que tiene implicaciones económicas significativas tanto para los individuos como para la sociedad en general.

c. Vida sexual activa, educación sexual y la relevancia en el TDM

La vida sexual activa se refiere a la participación regular en actividades sexuales, que pueden incluir la penetración, el contacto íntimo y otras formas de expresión sexual que resulten en satisfacción sexual para la persona involucrada. Este concepto no solo abarca la frecuencia de las relaciones sexuales la cual es definida como al menos una actividad sexual en los últimos 6 meses, sino también la calidad y satisfacción derivadas de las mismas. En la literatura, la vida sexual activa es considerada un indicador importante del bienestar general y está estrechamente relacionada con la salud física y emocional de los individuos⁸.

En pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM), la vida sexual activa se ve frecuentemente afectada debido a los síntomas de la depresión, como la anhedonia (incapacidad para sentir placer), la fatiga y la disminución del interés en actividades que anteriormente eran placenteras, incluida la actividad sexual. Además, los tratamientos antidepresivos, particularmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), están asociados con efectos secundarios como la disfunción sexual, que incluyen disminución del deseo sexual, dificultad para alcanzar el orgasmo y disfunción eréctil. Esto puede generar un círculo vicioso donde la disminución de la actividad sexual afecta negativamente la autoestima y la calidad de vida del paciente, exacerbando los síntomas depresivos⁷.

Es crucial que los profesionales de la salud mental aborden la vida sexual activa en el contexto del TDM, ya que la función sexual es un componente clave del bienestar general y de la calidad de vida. Evaluar y tratar la disfunción sexual en estos pacientes puede mejorar la adherencia al tratamiento antidepresivo y potenciar los resultados terapéuticos globales. La inclusión de la educación sexual y de intervenciones específicas para manejar la disfunción sexual puede ser beneficiosa para restaurar una vida sexual satisfactoria y, por ende, mejorar el estado emocional de los pacientes con TDM.

2. Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor

a. Opciones terapéuticas

El Trastorno Depresivo Mayor es una condición compleja y multifacética que requiere un enfoque de tratamiento integral. Las opciones terapéuticas para el TDM incluyen tanto tratamientos farmacológicos como no farmacológicos, cada uno de los cuales juega un papel crucial en la mejora de los síntomas y en la prevención de recaídas.

Los antidepresivos son la piedra angular del tratamiento farmacológico del TDM. Estos medicamentos están diseñados para corregir los desequilibrios neuroquímicos en el cerebro que se cree son responsables de los síntomas de la depresión. Las principales clases de antidepresivos incluyen los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), los antidepresivos tricíclicos (ATC) y los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). En situaciones de resistencia al tratamiento, se pueden añadir medicamentos coadyuvantes para potenciar el efecto del tratamiento principal. Estos incluyen antipsicóticos atípicos, como la quetiapina o el aripiprazol, y estabilizadores del ánimo como el litio. Estos coadyuvantes han demostrado ser efectivos en mejorar los síntomas en pacientes con TDM resistente, ofreciendo una opción adicional para aquellos que no logran remisión con los antidepresivos tradicionales²⁰.

La terapia electroconvulsiva (TEC) es una opción de tratamiento altamente efectiva, especialmente para casos de TDM severo, resistente al tratamiento o cuando se presenta con síntomas psicóticos. La TEC se considera una opción de primera línea en situaciones donde se requiere una respuesta rápida, como en pacientes con riesgo de suicidio inminente. A pesar de su efectividad, la TEC es generalmente reservada para casos donde otros tratamientos han fallado, debido a preocupaciones sobre efectos secundarios y la percepción pública de esta terapia²¹. La psicoterapia es un componente esencial del tratamiento, especialmente cuando se combina con medicación antidepresiva. La terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TIP) son las formas de psicoterapia más recomendadas y estudiadas para el manejo tanto agudo como de mantenimiento del TDM. Estas terapias pueden ser efectivas de manera individual en casos de depresión leve a moderada, y combinadas con antidepresivos, ofrecen una mejora significativa en los resultados para la mayoría de los pacientes²².

Las guías internacionales, como las publicadas por la World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP), destacan la relevancia de las modificaciones en el estilo de vida como parte del enfoque integral en el tratamiento del TDM²¹. Estas incluyen la práctica regular de ejercicio, mejorar la calidad del sueño, manejar el estrés mediante la meditación y la atención plena, y mantener una dieta equilibrada. Estas intervenciones se consideran fundamentales en el cuidado de la salud mental y deben ser implementadas junto con otras terapias basadas en la evidencia²³.

b. Antidepresivos y su mecanismo de acción

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)

Los ISRS, como la fluoxetina, sertralina, escitalopram y citalopram, son uno de los grupos de antidepresivos más comúnmente prescritos. Estos fármacos actúan bloqueando la recaptación de serotonina en las sinapsis neuronales, lo que resulta en un aumento de la disponibilidad de serotonina en el cerebro. Este incremento en los niveles de serotonina mejora el estado de ánimo y disminuye los síntomas depresivos, por lo que se consideran de primera línea en el tratamiento del TDM²⁴.

Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN)

Fármacos como la venlafaxina y la duloxetina actúan inhibiendo la recaptación tanto de serotonina como de noradrenalina, lo que aumenta la concentración de estos neurotransmisores en el cerebro. Esto es útil no solo para tratar la depresión, sino también la ansiedad y algunos tipos de dolor crónico. Los IRSN son particularmente efectivos en pacientes que no han respondido satisfactoriamente a los ISRS²⁴.

Antidepresivos Tricíclicos (ATC)

Este grupo más antiguo, que incluye a la amitriptilina y la imipramina, también inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina. Sin embargo, a diferencia de los ISRS y los IRSN, los ATC afectan otros sistemas de neurotransmisores, como los receptores de histamina, acetilcolina y alfa-adrenérgicos. Debido a su mecanismo de acción más amplio, los ATC se utilizan a menudo en casos de depresión resistente al tratamiento, donde otras opciones no han sido efectivas²⁵.

Inhibidores de la Monoaminooxidasa (IMAO)

Los IMAO, como la fenelzina y la trancipromina, actúan inhibiendo la enzima monoaminooxidasa, que es responsable de la degradación de neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y dopamina. Al inhibir esta enzima, los IMAO aumentan las concentraciones de estos neurotransmisores en el cerebro, siendo útiles en pacientes con depresión atípica o en aquellos que no han respondido a otros tratamientos²⁶.

Antidepresivos Atípicos

Los antidepresivos atípicos tienen mecanismos de acción diversos y menor impacto en la función sexual. Bupropión (NDRI) inhibe la recaptación de dopamina y noradrenalina, no afecta la función sexual y puede incluso mejorarla. Mirtazapina (NaSSA) bloquea receptores α_2 adrenérgicos, aumentando serotonina y noradrenalina, con bajo impacto en la función sexual pero puede causar sedación y aumento de peso. Trazodona (SARI) bloquea receptores serotoninérgicos 5-HT2A y 5-HT2C, afecta poco la libido, aunque puede causar priapismo en hombres. Vortioxetina es un modulador multimodal de serotonina con menor riesgo de disfunción sexual que los ISRS. Agomelatina actúa sobre los receptores de melatonina y serotonina, no afecta la función sexual y mejora el sueño. Las mejores opciones para minimizar el impacto en la función sexual son Bupropion, Vortioxetina y Agomelatina²⁴.

c. Efectos secundarios de los antidepresivos

Aunque los antidepresivos son efectivos en el tratamiento del TDM, sin embargo, un factor crítico a considerar son los efectos secundarios ya que pueden influir en la adherencia al tratamiento y en la calidad de vida del paciente. Entre estos efectos secundarios se encuentra la disfunción sexual, incremento de peso, somnolencia, sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa y efectos cardiovasculares²⁷.

Disfunción Sexual

Uno de los efectos secundarios más prevalentes y debilitantes de los antidepresivos, especialmente de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), es la disfunción sexual, con una tasa promedio del 50% y 40% respectivamente y de los atípicos con

una tasa de promedio del 14% aproximadamente. Este problema afecta a una gran proporción de pacientes y puede incluir una disminución del deseo sexual, dificultades para alcanzar el orgasmo y, en el caso de los hombres, disfunción eréctil⁷.

Aumento de Peso

El aumento de peso es otro efecto secundario común, especialmente asociado con antidepresivos como los antidepresivos tricíclicos (ATC) y ciertos antidepresivos atípicos como la mirtazapina. Este aumento de peso puede ser significativo e influir negativamente en la autoimagen y la autoestima del paciente, exacerbando los síntomas depresivos. Además, el aumento de peso está asociado con un mayor riesgo de desarrollar problemas metabólicos como la diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares²⁷.

Somnolencia y Fatiga

La somnolencia y la fatiga son efectos secundarios comunes, especialmente con antidepresivos que tienen propiedades sedantes, como la mirtazapina y la trazodona. Estos efectos pueden ser útiles en pacientes que también sufren de insomnio, pero para otros, pueden ser debilitantes, interfiriendo con la capacidad del paciente para funcionar normalmente durante el día²⁸.

Efectos Anticolinérgicos

Los efectos anticolinérgicos, como la sequedad de boca, el estreñimiento y la visión borrosa, son más comunes con los ATC y pueden ser particularmente problemáticos en pacientes de edad avanzada. Estos efectos secundarios no solo son incómodos, sino que también pueden llevar a complicaciones más graves, como la retención urinaria y la confusión, especialmente en pacientes mayores²⁹.

Efectos Cardiovasculares

Algunos antidepresivos, en particular los ATC, están asociados con efectos cardiovasculares como la hipotensión ortostática, que puede aumentar el riesgo de caídas, especialmente en personas mayores. Además, los ATC pueden causar arritmias y otros problemas cardíacos, lo que requiere un monitoreo cuidadoso en pacientes con afecciones cardíacas preexistentes³⁰.

Estos efectos secundarios varían según el tipo de antidepresivo y la dosis utilizada, y pueden tener un impacto significativo en la adherencia al tratamiento y en la calidad de vida del paciente. Es crucial que los clínicos discutan estos posibles efectos con los pacientes antes de iniciar el tratamiento y monitorean su aparición durante el curso del tratamiento para poder hacer los ajustes necesarios⁷.

d. Medicamentos coadyuvantes: Antipsicóticos, benzodiacepinas, gabapentinoides, moduladores del estado de ánimo, su mecanismo de acción y sus efectos adversos

Antipsicóticos Típicos y Atípicos

Los antipsicóticos típicos como la clorpromazina y el haloperidol, bloquean principalmente los receptores de dopamina D2, lo que ayuda a reducir los síntomas positivos de la esquizofrenia, como las alucinaciones, sin embargo, están asociados con efectos extrapiramidales.

Los antipsicóticos atípicos como la clozapina, olanzapina, aripiprazol y risperidona, bloquean tanto los receptores de dopamina D2 como los de serotonina 5-HT2A, lo que les confiere una eficacia adicional en el tratamiento de síntomas negativos y en la estabilización del estado de ánimo, estos tienen un menor riesgo efectos extrapiramidales, pero pueden causar aumento de peso, sedación, y disfunciones metabólicas como la hiperglucemia³¹.

Gabapentinoides

Los gabapentinoides, como la gabentina y la pregabalina, actúan modulando los canales de calcio dependientes de voltaje en las neuronas, lo que reduce la liberación de neurotransmisores excitatorios. Se utilizan principalmente en el tratamiento del dolor neuropático, síntomas de ansiedad y como anticonvulsivantes. Pueden causar

mareos, somnolencia, y aumento de peso. También hay reportes de abuso y dependencia, aunque el riesgo es menor que con otros psicotrópicos³².

Benzodiazepinas

Las benzodiazepinas potencian la acción del GABA, al unirse a los receptores GABA-A. Esto resulta en un efecto ansiolítico, sedante, anticonvulsivante y relajante muscular. Pueden causar dependencia, sedación excesiva, amnesia anterógrada y, en el uso a prolongado, deterioro cognitivo. La retirada abrupta puede provocar síntomas de abstinencia graves³³.

Moduladores del Estado de Ánimo

Incluyen medicamentos como el litio, valproato, lamotrigina y carbamazepina, que estabilizan el estado de ánimo al afectar múltiples sistemas de neurotransmisores y segundos mensajeros. El litio, por ejemplo, modula los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y glutamatérgico, mientras que los anticonvulsivantes afectan la excitabilidad neuronal y la neurotransmisión. Pueden incluir toxicidad renal en el caso del litio, aumento de peso, tremores, disfunción tiroidea, y efectos teratogénicos especialmente con el valproato³⁴.

3. Disfunción sexual asociada a antidepresivos

a. Definición y clasificación de la disfunción sexual

La disfunción sexual se define como una alteración que afecta cualquiera de las fases del ciclo de respuesta sexual, que incluyen el deseo, la excitación, el orgasmo y la resolución. Estas alteraciones pueden manifestarse como una disminución del deseo sexual, dificultades para alcanzar o mantener la excitación, problemas para alcanzar el orgasmo, o dolor durante la actividad sexual³⁵. La disfunción sexual puede afectar tanto a hombres como a mujeres, y su prevalencia es elevada en la población general, aunque es particularmente común en personas que padecen TDM y en aquellos que están en tratamiento con antidepresivos.

En el contexto del tratamiento con antidepresivos, la disfunción sexual es una de las reacciones adversas más reportadas por su influencia en la calidad de vida del sujeto. La disfunción del deseo sexual es particularmente común en pacientes que toman ISRS e IRSN³⁵.

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* clasifica las disfunciones sexuales en varias categorías específicas, dependiendo de la fase del ciclo de respuesta sexual afectada y de la naturaleza del problema. Estas categorías incluyen:

Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo: Este trastorno se caracteriza por la falta o ausencia persistente de fantasías o deseo de actividad sexual. En el DSM-5, este trastorno está dividido por género, abordando las diferencias en la presentación entre hombres y mujeres. En las mujeres, se conoce como Trastorno del Interés/Excitación Sexual Femenino, que combina problemas tanto de deseo como de excitación³.

Trastorno de la Excitación Sexual: En los hombres, esto se manifiesta principalmente como Trastorno Eréctil, que implica una dificultad persistente o recurrente para obtener o mantener una erección adecuada durante la actividad sexual. En las mujeres, como parte del Trastorno del Interés/Excitación Sexual Femenino, puede incluir una incapacidad para alcanzar o mantener la lubricación genital adecuada durante el coito³.

Trastorno Orgásmico: Este trastorno abarca dificultades significativas en la fase de orgasmo. En las mujeres, se manifiesta como Trastorno Orgásmico Femenino, donde hay un retraso, infrecuencia o ausencia de orgasmo, o una reducción en la intensidad de las sensaciones orgásmicas. En los hombres, puede presentarse como Trastorno Orgásmico Masculino, que puede incluir un retraso marcado en la eyaculación o una ausencia total de orgasmo³.

Trastornos del Dolor Genito-Pélvico/Penetración: Este trastorno se refiere a dificultades que incluyen dolor durante la penetración vaginal (dispareunia) o miedo intenso relacionado con la penetración, así como tensiones involuntarias de los músculos del piso pélvico (vaginismo). Este trastorno es exclusivo de las mujeres y puede estar relacionado tanto con factores físicos como psicológicos³.

b. Mecanismos fisiopatológicos de la disfunción sexual por antidepresivos

Los mecanismos fisiopatológicos subyacentes a la disfunción sexual inducida por antidepresivos son complejos y se deben a muchas causas. Los ISRS, como la fluoxetina y la sertralina, por ejemplo, inhiben la recaptación de serotonina en el cerebro, lo que aumenta los niveles de serotonina en las sinapsis neuronales. Si bien este aumento es beneficioso para aliviar los síntomas depresivos, también puede inhibir la liberación de dopamina, un neurotransmisor crucial para la respuesta sexual normal²⁴. La dopamina juega un papel esencial en la motivación sexual y en la recompensa, y su reducción puede llevar a una disminución del deseo sexual y problemas con la excitación y el orgasmo.

Además, la serotonina puede inhibir directamente las neuronas que controlan la función sexual, lo que agrava la disfunción sexual en pacientes que toman ISRS. Los IRSN, que también afectan la norepinefrina, pueden tener efectos adicionales sobre la función sexual, aunque los mecanismos exactos siguen siendo objeto de investigación³⁶. La norepinefrina está involucrada en la regulación del estado de ánimo y la excitación, y su alteración puede contribuir a la disfunción sexual en pacientes tratados con IRSN.

Otro mecanismo propuesto es la alteración del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, que regula la producción de hormonas sexuales como la testosterona y el estrógeno. Los antidepresivos pueden afectar este eje, lo que contribuye a la disfunción sexual, además provoca un aumento de los niveles de prolactina, una hormona que puede elevarse como efecto secundario de algunos antidepresivos, además se ha sugerido que también puede influir en el sistema opioide endógeno que está implicado en la regulación del placer y el dolor³⁶.

Además, se ha observado que los cambios en la neuroplasticidad cerebral inducidos por antidepresivos podrían jugar un papel en la disfunción sexual. Los antidepresivos pueden modificar la estructura y función de las sinapsis neuronales, lo que podría interferir con los circuitos cerebrales responsables de la respuesta sexual, lo que sugiere que los efectos sobre la función sexual no solo están relacionados con la alteración de los niveles de neurotransmisores, sino también con cambios más profundos en la neurofisiología del cerebro³⁶.

Estos mecanismos complejos resaltan la necesidad de un enfoque individualizado en el tratamiento de la disfunción sexual en pacientes con TDM, teniendo en cuenta los diferentes factores que pueden contribuir a la aparición de estos efectos secundarios.

c. Prevalencia de la disfunción sexual en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor

La prevalencia de la disfunción sexual en pacientes con TDM es alarmantemente alta, especialmente entre aquellos que están en tratamiento con antidepresivos. Estudios recientes han demostrado que entre el 25% y el 70% de los pacientes tratados con ISRS, IRSN u otros antidepresivos reportan algún tipo de disfunción sexual³⁷. Esta alta prevalencia subraya la importancia de abordar este tema en la práctica clínica y de realizar una evaluación regular de la función sexual en estos individuos.

A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha destacado que la disfunción sexual es un problema de salud pública significativo, afectando no solo a personas con TDM, sino también a la población general. Según un informe de la OMS, la disfunción sexual afecta a un porcentaje considerable de la población, con variaciones según el país y los grupos demográficos. Por ejemplo, en encuestas realizadas en varios países, se ha encontrado que aproximadamente el 31% de los hombres y el 43% de las mujeres experimentan algún tipo de disfunción sexual en algún momento de sus vidas, con tasas más altas observadas en aquellos que también sufren de trastornos depresivos³¹. Un estudio de ENSANUT 2022 reveló que alrededor del 60% de las mujeres y el 40% de los hombres que reciben tratamiento para la depresión han experimentado disfunción sexual como efecto secundario de los antidepresivos¹².

La prevalencia de la disfunción sexual varía dependiendo del tipo de antidepresivo utilizado, la dosis y la duración del tratamiento. Por ejemplo, los ISRS tienen una mayor tasa de disfunción sexual en comparación con otros tipos de antidepresivos, como los antidepresivos atípicos. La disfunción sexual puede aparecer en las primeras semanas del inicio del tratamiento y puede persistir incluso después de la discontinuación de este, un fenómeno conocido como disfunción sexual Post - ISRS¹².

La alta prevalencia de disfunción sexual en pacientes con TDM también tiene implicaciones importantes para la adherencia al tratamiento. Muchos pacientes optan por discontinuar el tratamiento antidepresivo debido a los efectos adversos en su vida sexual, lo que puede conducir a una recaída de la depresión y un pronóstico más reservado a largo plazo. Este desafío clínico resalta la necesidad de intervenciones específicas que aborden la disfunción sexual y apoyen la adherencia al tratamiento³⁷.

d. Impacto psicosocial de la disfunción sexual

El impacto psicosocial de la disfunción sexual en pacientes con TDM es profundo y abarca múltiples dimensiones de la vida de una persona. Esta condición no solo afecta la salud física, sino que también tiene gran impacto en la autoestima, las relaciones interpersonales, la salud y la calidad de vida en general. Para muchos pacientes, la disfunción sexual es una fuente importante de angustia emocional, que puede exacerbar los síntomas depresivos y contribuir a un ciclo de empeoramiento de la salud mental³⁸.

La disfunción sexual puede erosionar la autoestima del paciente, haciendo que se sienta menos valioso y atractivo, lo que a su vez puede exacerbar los sentimientos de inutilidad y desesperanza característicos del TDM. Este deterioro en la autopercepción puede hacer que los pacientes se sientan aún más distantes y desconectados de sus parejas, lo que puede dar lugar a tensiones y conflictos en las relaciones. La incapacidad para experimentar deseo sexual o para disfrutar de la intimidad con la pareja puede llevar a sentimientos de frustración, culpa y vergüenza, que refuerzan la percepción negativa del paciente sobre sí mismo y su vida¹².

Además, la disfunción sexual inducida por antidepresivos es uno de los principales factores que influyen en la decisión de abandonar el tratamiento. La reducción del deseo sexual y de cualquiera de las otras formas de disfunción, pueden ser tan intensas que los pacientes optan por dejar de tomar sus medicamentos, lo que comúnmente resulta en una recaída de los síntomas depresivos. Esta falta de adherencia al tratamiento no solo compromete la recuperación del paciente, sino que también aumenta el riesgo de complicaciones a largo plazo, tanto en la salud mental como en la física³⁸.

Este fenómeno subraya la importancia de discutir abiertamente los posibles efectos secundarios con los pacientes y de considerar estrategias de manejo que minimicen el impacto de la disfunción sexual en la adherencia al tratamiento.

4. Factores de riesgo y variables asociadas

a. Factores de riesgo para disfunción sexual que incrementan el riesgo en mujeres tratadas con antidepresivos

La disfunción sexual es un efecto secundario común y desafiante en mujeres tratadas con antidepresivos. Diversos factores de riesgo pueden incrementar la probabilidad de desarrollar disfunción sexual en esta población, lo que complica aún más el manejo del TDM. Comprender estos factores es crucial para la evaluación y el tratamiento adecuados de las pacientes.

Uno de los principales factores de riesgo es la edad. Las mujeres mayores, particularmente aquellas en la peri y postmenopausia, son más susceptibles a experimentar disfunción sexual debido a los cambios hormonales naturales asociados con el envejecimiento. Estos cambios, incluyen la disminución de los niveles de estrógeno que pueden disminuir la lubricación vaginal y la sensibilidad sexual, lo que se ve exacerbado por el uso de antidepresivos³⁹. La disminución de la testosterona también puede reducir el deseo sexual, un problema que se agrava con la administración de antidepresivos, especialmente ISRS.

El tipo de antidepresivo utilizado es otro factor de riesgo significativo. Los ISRS y los IRSN están particularmente asociados con altas tasas de disfunción sexual siendo de entre el 30 y 70% para los ISRS y de entre el 25 y 60% para los IRSN. Estos medicamentos actúan aumentando los niveles de serotonina en el cerebro, lo cual es eficaz para el tratamiento de la depresión, pero también puede inhibir la función sexual al reducir la liberación de dopamina, un neurotransmisor clave en la respuesta sexual²⁴. Además, la serotonina puede inhibir directamente las neuronas que controlan la función sexual, lo que explica por qué estos medicamentos son más propensos a causar disfunción sexual.

La dosis y la duración del tratamiento con antidepresivos juegan un papel crucial en la aparición de disfunción sexual. Las dosis más altas de antidepresivos están asociadas con un mayor riesgo de disfunción sexual, ya que la probabilidad de efectos secundarios son dosis-dependientes al igual que la duración prolongada del tratamiento a pesar de que los síntomas pueden aparecer desde la primera semana de iniciado el tratamiento y aun a dosis infraterapéuticas, lo que puede llevar a un ciclo en el que el paciente reduce la dosis o abandona el tratamiento, resultando en una recaída de la depresión²⁴.

Otro factor de riesgo importante es el historial previo de disfunción sexual. Las mujeres que han experimentado disfunción sexual antes de comenzar el tratamiento con antidepresivos tienen un mayor riesgo de que estos síntomas se intensifiquen durante el tratamiento. Esta predisposición puede estar relacionada con factores psicobiológicos subyacentes, como la sensibilidad a los cambios en los neurotransmisores, así como con factores psicológicos, como la ansiedad sobre el rendimiento sexual²⁰.

Finalmente, la presencia de comorbilidades psiquiátricas y médicas también puede aumentar el riesgo de disfunción sexual en mujeres tratadas con antidepresivos. Las comorbilidades psiquiátricas como los trastornos de ansiedad pueden aumentar la incidencia de disfunción sexual debido a los efectos directos de la ansiedad sobre la función sexual, como las expectativas, y al impacto de los medicamentos utilizados para tratar estos trastornos. Otras condiciones médicas como la diabetes, la hipertensión, y las enfermedades cardiovasculares, que afectan el flujo sanguíneo y la función nerviosa, pueden agravar los efectos secundarios sexuales de los antidepresivos.

b. Variables sociodemográficas y clínicas

Las variables sociodemográficas y clínicas también juegan un papel crucial en la aparición y el manejo de la disfunción sexual en mujeres tratadas con antidepresivos. Estas variables incluyen factores como el nivel socioeconómico, el estado civil, el nivel educativo, y la gravedad de los síntomas depresivos, todos los cuales pueden influir en la probabilidad de desarrollar disfunción sexual y en la respuesta al tratamiento⁴⁰.

Nivel socioeconómico

Las mujeres con menor nivel socioeconómico pueden tener un acceso limitado a recursos de salud mental y a tratamientos especializados y atención multidisciplinaria, lo que puede dificultar la identificación y el tratamiento adecuado de la disfunción sexual. Además, las diferencias culturales y religiosas pueden influir en la disposición de las pacientes a discutir sus problemas sexuales con los proveedores de atención médica, lo que puede llevar a un subdiagnóstico y a un manejo inadecuado de la disfunción sexual⁴⁰.

Estado civil

Las mujeres que están casadas o en relaciones estables pueden estar más dispuestas a buscar tratamiento para la disfunción sexual debido a la presión de mantener una relación sexual satisfactoria con su pareja. Por otro lado, las mujeres solteras o que no están en relaciones estables pueden ser menos propensas a buscar ayuda, lo que puede llevar a una mayor prevalencia de disfunción sexual no tratada en este grupo³⁶.

Nivel educativo

Las mujeres con niveles educativos más altos pueden estar más informadas sobre los posibles efectos secundarios de los antidepresivos y, por lo tanto, pueden ser más proactivas en buscar ayuda y discutir estos problemas con su médico. En contraste, las mujeres con menor nivel educativo pueden tener menos accesibilidad a la educación sexual y a conocimientos sobre la disfunción sexual y pueden ser menos propensas a buscar tratamiento³⁶.

Educación sexual es un proceso integral que aborda los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una educación sexual adecuada y basada en la evidencia es crucial para el desarrollo saludable de la sexualidad. La falta de la misma, o una educación sexual insuficiente o incorrecta, puede ser un factor de riesgo significativo para la disfunción sexual debido a que puede generar mitos, malentendidos y expectativas poco realistas sobre la sexualidad, contribuyendo a alguna o algunas de las formas de disfunción sexual⁴¹.

Síntomas depresivos

Las mujeres con episodios depresivos más severos y prolongados tienen un mayor riesgo de desarrollar disfunción sexual, tanto debido al impacto directo de la depresión en la función sexual como a los efectos secundarios de los tratamientos con antidepresivos y medicamentos coadyuvantes¹⁵.

Comorbilidades médicas

la presencia de comorbilidades médicas, como la diabetes, la hipertensión, y las enfermedades cardiovasculares, puede aumentar el riesgo de disfunción sexual en mujeres tratadas con antidepresivos, debido a la disminución del flujo sanguíneo y a las alteraciones endócrinas asociadas, afectando la función sexual como la respuesta al tratamiento⁷.

La combinación de estos factores de riesgo y variables sociodemográficas subraya la importancia de un enfoque individualizado en el manejo de la disfunción sexual en mujeres tratadas con antidepresivos.

Comorbilidades psiquiátricas: Las comorbilidades psiquiátricas que actúan como factores de riesgo para el desarrollo de disfunción sexual en pacientes con TDM incluyen principalmente los trastornos de ansiedad (60-75%), la esquizofrenia (1.6%), trastornos de la personalidad como el trastorno límite de la personalidad (44-79%) y el uso de sustancias como alcohol, tabaco, y drogas ilícitas (30-40%). Estos factores pueden exacerbar los efectos adversos de los psicofármacos en la función sexual, aumentando la prevalencia de disfunción sexual y complicando el manejo encaminando a un peor pronóstico⁴².

Tratamiento de comorbilidades médicas: incluyen principalmente los antihipertensivos, como los betabloqueantes y diuréticos, que pueden contribuir significativamente a la disfunción sexual al afectar la libido, la excitación y la capacidad orgásmica; los medicamentos para el manejo de la diabetes, como la insulina y los hipoglucemiantes orales y el uso de otros medicamentos cardiovasculares, el uso de suplementos hormonales y fármacos moduladores de la enfermedad utilizados en patologías reumatólogicas, pueden influir negativamente en la función sexual al disminuir el flujo sanguíneo y la sensibilidad genital⁴³.

5. Importancia de la evaluación y manejo de la disfunción sexual

a. Estrategias de evaluación de la disfunción sexual

La evaluación de la disfunción sexual en pacientes con TDM es crucial para un manejo clínico efectivo. A pesar de la alta prevalencia de disfunción sexual en pacientes tratados con antidepresivos, se conoce que esta subestimado o infradiagnosticado, debido a que no se aborda de manera correcta en la práctica clínica habitual, por lo que evaluación sistemática y regular de la función sexual debe ser una parte integral del cuidado de estos pacientes³⁸.

Existen diversas herramientas de evaluación que permiten a los clínicos identificar y cuantificar los problemas sexuales en los pacientes. Una de las herramientas más utilizadas es la Arizona Sexual Experience Scale (ASEX), que es un cuestionario breve y autoaplicado que evalúa cinco áreas clave de la función sexual: deseo, excitación, lubricación/erección, capacidad para alcanzar el orgasmo y satisfacción con el orgasmo. La ASEX ha demostrado ser una herramienta confiable y válida para evaluar

la disfunción sexual en pacientes que toman antidepresivos, y su brevedad la hace especialmente útil en entornos clínicos ocupados⁴⁴.

Otra herramienta importante es el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), que es un cuestionario más detallado que evalúa seis dominios de la función sexual en mujeres: deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Aunque es más largo que el ASEX, el FSFI proporciona una evaluación más completa de los problemas sexuales y puede ser particularmente útil en estudios de investigación o en situaciones clínicas donde se necesita una evaluación más profunda⁴⁵.

La escala PRSexDQ-SALSEX es una herramienta de evaluación diseñada para medir específicamente la disfunción sexual en pacientes que están recibiendo tratamiento con psicofármacos. Esta escala permite identificar y cuantificar los efectos secundarios sexuales de los medicamentos, facilitando un enfoque más individualizado en el manejo del paciente. La PRSexDQ-SALSEX es útil para detectar disfunciones relacionadas con el deseo sexual, la excitación, el orgasmo y la satisfacción sexual general, lo que ayuda a optimizar el tratamiento al abordar estos efectos adversos de manera específica⁷.

Fue creada en 1996 en la Universidad de Salamanca y validada en el año 2000. Tiene una sensibilidad del 88% y una especificidad del 80%, es heteroaplicable, breve y sencilla de utilizar, con preguntas concretas y fáciles de entender, con un tiempo de aplicación aproximado de entre 10 y 15 minutos⁷.

Ha sido traducida a más de 9 idiomas, por lo que se considera que es un instrumento universal ya que no requiere ajustes adicionales para la población a aplicar, debido a esto, ha sido utilizada en estudios multicéntricos y en diversos contextos culturales, incluidas regiones de Asia, Europa y América Latina, lo que sugiere que posee propiedades psicométricas robustas y es adecuada para evaluar la disfunción sexual en diferentes poblaciones. Dado que el idioma original de la escala es el español, se considera mínimo el riesgo de que la población estudiada interprete las preguntas de manera distinta a lo previsto. Por esta razón, la escala ha sido utilizada en países de habla hispana como México, Perú y Colombia, a pesar de no contar con una validación formal para América Latina. Esto se debe, en parte, a la falta de otras herramientas clínicas que permitan medir este fenómeno con precisión⁴⁶.

La evaluación también debe incluir la identificación de otros factores que podrían contribuir a la disfunción sexual, como el uso de otros medicamentos, la presencia de comorbilidades médicas y psiquiátricas, y factores psicosociales como el estrés y la calidad de las relaciones interpersonales. Este enfoque integral permite a los clínicos desarrollar un plan de manejo personalizado que aborde todos los aspectos que contribuyen a la disfunción sexual³⁸.

b. Intervenciones para el manejo de la disfunción sexual

El manejo de la disfunción sexual inducida por antidepresivos es un desafío clínico, pero hay algunas estrategias que pueden ser efectivas para mitigar estos efectos y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Las intervenciones pueden ser tanto farmacológicas como no farmacológicas, y el enfoque más efectivo es una combinación de ambas.

Desde el punto de vista farmacológico, una de las primeras estrategias a considerar es la reducción de la dosis del antidepresivo, siempre que sea clínicamente seguro, para minimizar los efectos secundarios sexuales, sin embargo, esta estrategia debe ponderarse con el riesgo de una recaída de la depresión, por lo que es importante monitorear de cerca a los pacientes. Otra opción es cambiar a un antidepresivo con un menor riesgo de disfunción sexual. Los antidepresivos atípicos, como la mirtazapina y el bupropión y otros como la Vortioxetina, tienen perfiles de efectos secundarios más nobles en la función sexual²⁵.

Otra intervención farmacológica es la adición de medicamentos que contrarresten los efectos secundarios sexuales. Para las mujeres, se ha investigado el uso de tratamientos hormonales y otros medicamentos para mejorar la respuesta sexual, aunque la evidencia aún es limitada.

Existen otros métodos como la retirada del antidepresivo 24-48 horas previo a la relación sexual en el caso de anorgasmia y reintroducirlo posteriormente, siendo bien tolerado por la mayoría de los pacientes, pero incrementa el riesgo de efectos negativos como la falta de adherencia al tratamiento y síndrome de discontinuación.

En teoría, reducir temporalmente los niveles plasmáticos de AD, podría mejorar la calidad de la erección/lubricación y las alteraciones del orgasmo; sin embargo, no pudo mejorar la falta de deseo sexual. También podría ser útil disminuir el antidepresivo a la mitad hasta en el 75% de los casos o esperar a la remisión espontánea, sin embargo, el 80% de los pacientes no presentan mejoría después de 6 meses⁴⁷.

Las intervenciones no farmacológicas también son cruciales en el manejo de la disfunción sexual. La terapia sexual puede ser particularmente útil para abordar los problemas psicológicos y relacionales que a menudo acompañan a la disfunción sexual. Esta forma de terapia se enfoca en mejorar la comunicación entre las parejas, desarrollar estrategias para aumentar la intimidad y la satisfacción sexual, y abordar las expectativas y creencias negativas sobre la sexualidad⁴⁷.

Además, la terapia cognitivo-conductual (TCC) puede ser útil para tratar la disfunción sexual al abordar los pensamientos y sentimientos negativos que los pacientes pueden

tener sobre su sexualidad, además de que puede ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias de afrontamiento para manejar la ansiedad relacionada con el rendimiento sexual y mejorar la confianza en su capacidad para disfrutar de la actividad sexual⁴⁸.

Otro enfoque importante es la educación del paciente. Informar a los pacientes sobre la posibilidad de disfunción sexual como efecto secundario del tratamiento antidepresivo puede ayudar a normalizar la experiencia y reducir la ansiedad y la frustración asociadas con estos síntomas. Además, involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre su tratamiento, incluyendo la discusión de las opciones de manejo de la disfunción sexual, puede mejorar la adherencia al tratamiento y los resultados generales⁴⁸.

Finalmente, es importante considerar la posibilidad de una intervención multimodal que combine varias de estas estrategias. Dado que la disfunción sexual puede tener múltiples causas y factores contribuyentes, un enfoque que incluya tanto intervenciones farmacológicas como no farmacológicas puede ser más efectivo que cualquier estrategia individual. Este enfoque asegura que se aborden todas las dimensiones de la disfunción sexual y que los pacientes reciban un tratamiento personalizado que mejore tanto su salud mental como su calidad de vida.

6. Contexto local (CAISAME)

a. Descripción del centro y población de estudio

El Centro de Atención Integral de Salud Mental (CAISAME) León es una institución de referencia en el estado de Guanajuato, México, que se dedica al tratamiento especializado de trastornos mentales severos, incluidos el TDM y otros trastornos psiquiátricos. Este centro es parte de la red de servicios de salud mental de la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato y proporciona atención tanto ambulatoria como hospitalaria a pacientes con enfermedades mentales graves y persistentes. La misión del CAISAME es ofrecer atención integral, que incluye no solo el tratamiento médico, sino también el apoyo psicológico, social y de rehabilitación, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes⁴⁹.

El CAISAME León ofrece una variedad de servicios que incluyen evaluación psiquiátrica, manejo farmacológico, psicoterapia, terapia ocupacional y programas de rehabilitación psicosocial. El enfoque integral del centro permite abordar no solo los síntomas psiquiátricos, sino también los problemas psicosociales que afectan a los pacientes, tales como el estigma, el aislamiento social, y las dificultades en las relaciones interpersonales. Además, el centro cuenta con un equipo multidisciplinario

compuesto por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, y personal de enfermería especializado en salud mental, que colaboran estrechamente para desarrollar planes de tratamiento individualizados para cada paciente.

Dado que el CAISAME León atiende a una población diversa, que incluye pacientes de diferentes antecedentes socioeconómicos, niveles educativos y contextos culturales, el tratamiento debe ser culturalmente sensible y adaptado a las necesidades específicas de cada paciente. Esto es especialmente importante en el manejo de los efectos secundarios de los antidepresivos, como la disfunción sexual, que puede estar influenciada por factores culturales y religiosos que afectan la disposición de las pacientes a discutir estos problemas con sus proveedores de atención médica⁵⁰.

b. Estudios previos y vacíos en la investigación

A pesar de la importancia de CAISAME León como centro de referencia regional en salud mental, existe una notable falta de investigación específica sobre la prevalencia y el manejo de la disfunción sexual inducida por antidepresivos en esta población. La mayor parte de la literatura disponible sobre disfunción sexual inducida por antidepresivos se ha realizado en contextos internacionales, predominantemente en países desarrollados, y con frecuencia en poblaciones ambulatorias. Estos estudios no siempre reflejan las experiencias y necesidades de las pacientes hospitalizadas en contextos como el de CAISAME León, donde los factores sociodemográficos, culturales y clínicos pueden influir significativamente en la presentación y manejo de la disfunción sexual.

Un estudio relevante realizado en el Hospital General Dr. Manuel Gea González en Ciudad de México en 2018, destacó la necesidad de investigar más a fondo los efectos secundarios sexuales en pacientes psiquiátricos, dado que estos efectos no solo afectan la calidad de vida, sino que también pueden reducir significativamente la adherencia al tratamiento, sin embargo, la mayoría de los estudios realizados en el país se han centrado en poblaciones urbanas ambulatorias, dejando un vacío en la investigación sobre pacientes hospitalizados en centros de salud mental especializados³⁵.

Este vacío en la literatura es particularmente problemático porque las pacientes hospitalizadas en CAISAME León representan un grupo de alto riesgo, con una mayor prevalencia de TDM resistente al tratamiento y con una alta probabilidad de experimentar efectos secundarios significativos de los antidepresivos, incluidos los relacionados con la función sexual. Además, el estigma asociado a los problemas

sexuales en muchas culturas puede llevar a que estas cuestiones no se aborden adecuadamente en la atención clínica, lo que subraya la necesidad de una mayor sensibilización y formación en este ámbito para los profesionales de la salud en México.

La falta de estudios específicos también limita la capacidad de los profesionales de la salud para desarrollar estrategias de manejo eficaces que estén adaptadas a las necesidades de las pacientes en el contexto local. Esto resalta la importancia de realizar investigaciones que exploren no solo la prevalencia de la disfunción sexual en esta población, sino también las barreras culturales y estructurales que podrían estar impidiendo una atención adecuada. Tales investigaciones podrían informar el desarrollo de programas de capacitación y recursos específicos para mejorar la detección, evaluación y manejo de la disfunción sexual en mujeres tratadas con antidepresivos en entornos hospitalarios en México.

Justificación

El trastorno depresivo mayor (TDM) es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial, con una prevalencia significativa entre mujeres en edad reproductiva. El tratamiento con antidepresivos es una intervención estándar y efectiva para el manejo de este trastorno; sin embargo, los efectos secundarios asociados con estos medicamentos, en particular la disfunción sexual, representan un desafío clínico importante. La disfunción sexual inducida por antidepresivos no solo afecta la calidad de vida de las pacientes, sino que también es una causa frecuente de no adherencia al tratamiento, lo que puede conducir a una recaída en los síntomas depresivos y, por ende, a un empeoramiento del pronóstico clínico¹.

En mujeres jóvenes y de mediana edad, la disfunción sexual puede tener un impacto particularmente profundo, debido a la importancia de la sexualidad y las relaciones íntimas en esta etapa de la vida³⁸. La afectación de la función sexual no solo puede deteriorar la autoestima y las relaciones de pareja, sino que también puede contribuir a un aumento del sufrimiento emocional y a una reducción en la efectividad del tratamiento. A pesar de la relevancia de este problema, la investigación sobre la prevalencia y las implicaciones de la disfunción sexual en mujeres tratadas con antidepresivos, especialmente en contextos hospitalarios, sigue siendo limitada.

El Centro de Atención Integral en Salud Mental (CAISAME) León, donde se hospitaliza a muchas mujeres con TDM, representa un entorno ideal para realizar un estudio exhaustivo sobre este tema⁴⁹. La identificación de la prevalencia de disfunción sexual en esta población específica no solo llenará un vacío crítico en la literatura, sino que también proporcionará información valiosa para el desarrollo de estrategias de manejo más efectivas y personalizadas. La implementación de estas estrategias podría mejorar significativamente la adherencia al tratamiento y, en última instancia, los resultados clínicos y la calidad de vida de las pacientes.

Además, los resultados de este estudio podrían tener implicaciones más amplias para la práctica clínica en salud mental, ya que podrían informar cambios en las guías de tratamiento, promover la incorporación de evaluaciones rutinarias de la función sexual en mujeres tratadas con antidepresivos, y estimular la investigación futura en este campo. Por lo tanto, este estudio no solo es relevante desde una perspectiva clínica y académica, sino que también tiene el potencial de generar un impacto positivo tangible en la vida de las mujeres que luchan contra el TDM y sus complicaciones asociadas.

Objetivos

Objetivo general

- Investigar la prevalencia de la disfunción sexual asociada a antidepresivos en mujeres de 18 a 44 años, hospitalizadas por trastorno depresivo mayor en CAISAME León del 03 de Enero al 03 de Marzo del 2025.

Objetivos específicos

- Identificar el diagnóstico de TDM en el expediente clínico
- Describir las características sociodemográficas y clínicas de cada paciente (comorbilidades psiquiátricas y tratamiento farmacológico)
- Aplicar la escala PRSexDQ-SALSEX.
- Describir en cada paciente el puntaje obtenido en la escala PRSexDQ-SALSEX para cada uno de los ítems del cuestionario.

Material y métodos

Tipo y diseño de la investigación

Descriptivo, prospectivo y transversal.

Población, lugar y tiempo

Mujeres de 18 a 44 años, con uso de antidepresivos que se encuentren hospitalizadas en CAISAME León con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, en un periodo de tiempo comprendido entre el periodo del 03 de enero al 03 de marzo del 2025.

Tipo de muestra

No Probabilístico, a Conveniencia.

Tamaño de muestra

No aplica

Instrumentos de medición

Cuestionario de disfunción sexual secundaria a psicofármacos (PRSexDQ-SALSEX) El cuestionario fue creado en 1996 y validada en 2000 en la Universidad de Salamanca, España con el propósito de medir y cuantificar los problemas sexuales asociados al uso de psicofármacos, así como evaluar la relación entre estos problemas y el riesgo de abandono del tratamiento. Está diseñado para ser aplicado tanto en hombres como en mujeres con vida sexual activa⁵¹.

Se administra a través de una entrevista clínica y es heteroaplicado para asegurar que el paciente comprenda completamente los ítems, evitando confusiones. El cuestionario consta de 7 ítems: A + B + 5 ítems específicos. Los ítems A y B valoran la presencia de alteraciones en la actividad sexual tras el inicio del tratamiento con psicofármacos y si el paciente comunica espontáneamente estos problemas al médico, lo que revela la frecuente subcomunicación del problema⁵¹.

Los siguientes 5 ítems evalúan la intensidad y la frecuencia de las alteraciones en la función sexual mediante una escala Likert de 0 (menor intensidad o frecuencia) a 3 (mayor intensidad o frecuencia):

1. Disminución de la libido (0 = no, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = severo).
2. Retraso en el orgasmo / eyaculación (0 = nunca, 1 = ocasionalmente, 2 = con frecuencia, 3 = siempre).
3. Ausencia de orgasmo / eyaculación (0 = nunca, 1 = ocasionalmente, 2 = con frecuencia, 3 = siempre).

4. Disfunción eréctil / lubricación vaginal (0 = nunca, 1 = ocasionalmente, 2 = con frecuencia, 3 = siempre).
5. Grado de aceptación de los cambios en la función sexual desde 0 (no ha habido disfunción sexual) a 3 (mala tolerancia).

La interpretación de los resultados permite obtener una puntuación total sumando los puntos de los ítems 1-5, con un rango de 0 (sin disfunción sexual) a 15 puntos (máxima disfunción sexual). En pacientes sanos, una puntuación de 1 en el primer ítem puede confundirse con situaciones clínicas normales y transitorias.

Se considera que existe disfunción sexual cuando la puntuación es de 2 o más puntos, con la siguiente clasificación:

- Leve: 2 - 5 puntos (sin que ningún ítem supere los 2 puntos).
- Moderada: 6 - 10 puntos (sin que ningún ítem supere los 3 puntos).
- Severa: 11 - 15 puntos o cualquier ítem con puntuación de 3.

El cuestionario ha sido traducido a varios idiomas y validado en diferentes poblaciones. En pacientes con depresión, mostró una excelente factibilidad y fiabilidad (α de Cronbach de 0.93), además de una adecuada validez de constructo, con correlaciones altas y moderadas con otras escalas relevantes. También demostró sensibilidad para detectar cambios en la función sexual. En pacientes con psicosis, fue validado para esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, mostrando factibilidad, validez convergente y sensibilidad al cambio⁵¹.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Pacientes que tras haber sido informados de las características del estudio y tras revisar el consentimiento informado, respondiéndose clara y ampliamente las dudas, acepten participar en el estudio de manera voluntaria.
- Mujeres en edad de 18 a 44 años que se encuentren hospitalizadas en CAISAME León.
- Diagnóstico de cualquiera de los trastornos incluidos en la categoría F32 Episodio depresivo (F32.0, F32.1, F32.2, F32.8 y F32.9)
- Pacientes que al momento del cuestionario se encuentren en tratamiento farmacológico con cualquier antidepresivo por más de 1 mes.
- Pacientes que no hayan suspendido el tratamiento con antidepresivo por mas de 2 semanas consecutivas.
- Pacientes con sexo biológico femenino.
- Pacientes con vida sexual activa.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes con disfunción sexual previa al inicio del tratamiento psiquiátrico.
- Pacientes cuyos diagnósticos clasificados dentro de los criterios de inclusión, incluyan algún especificador de síntomas psicóticos.
- Pacientes que al momento de la aplicación del cuestionario refieran tener un diagnóstico previo de alguna condición médica o tratamientos farmacológicos no psiquiátricos que interfieran con la función sexual.
- Pacientes que no puedan completar el cuestionario por cualquier motivo.
- Pacientes que se encuentren en embarazo, climaterio o menopausia.
- Pacientes que usen al momento del estudio método de planificación hormonal (ACO, MIRENA, Inyecciones mensuales y bimensuales, etc.)
- Pacientes que no hayan tenido actividad sexual en el último mes.

Variables

TABLA I: Operacionalización de variables

Variable	Tipo	Definición operacional	Indicador
Edad	Cuantitativa	Número de años completos transcurridos desde el nacimiento de una persona hasta un momento específico de referencia ⁵² .	Números enteros
Estado civil	Cualitativa	Condición legal de una persona en relación con su situación conyugal ⁵² .	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Divorciada 5. Viuda
Escolaridad	Cualitativa	<p>Educación Básica: Proporciona las bases fundamentales en lectura, escritura, matemáticas y conocimientos generales. Incluye educación primaria y, es esencial para el desarrollo inicial de competencias básicas.</p> <p>Educación Media: Incluye la educación secundaria y preparatoria, consolida y amplía los conocimientos adquiridos en la educación básica, preparando para la educación superior o para la inserción laboral.</p> <p>Educación Superior: Nivel avanzado que incluye estudios universitarios y posgrados. Se enfoca en la formación</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin educación 2. Educación básica 3. Educación media 4. Educación superior

		profesional especializada y en la investigación ⁵³ .	
Ocupación	Cualitativa	Actividad laboral desempeñada asalariada y no asalariada ⁵⁴ .	1. Remunerada 2. No remunerada

Variable	Tipo	Definición operacional	Indicador
Diagnóstico CIE-10	Cualitativo	Es un trastorno mental caracterizado por episodios de estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y otros síntomas como fatiga y pensamientos suicidas, que duran al menos dos semanas e interfieren con la vida diaria ⁵⁵ .	1. F32.0: Episodio depresivo leve. 2. F32.1: Episodio depresivo moderado. 3. F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. 4. F32.8 Otros episodios depresivos 5. F32.9: Episodio depresivo mayor no especificado
Comorbilidades psiquiátricas	Cualitativa	Presencia simultánea de dos o más trastornos mentales en un mismo individuo ⁵⁶ .	1. Trastornos de ansiedad 2. Trastornos de personalidad 3. Trastorno por consumo de sustancias
Psicofármacos empleados	Cualitativo	Medicamento que altera la función cerebral para tratar trastornos mentales ⁵⁷ .	16. Antidepresivo i) ISRS ii) IRSN iii) ATC

			iv) Otro 17. Anticonvulsivante 18. Benzodiazepina 19. Antipsicótico 20. Gabapentinoide
Gravedad	Cualitativa	Evaluación de la respuesta sexual femenina asociada a psicofármacos ⁴⁹ .	Ninguna: 0 puntos. Leve: 1-5 puntos (siempre que ningún ítem sea ≥ 2) Moderada: entre 6-10 o cualquier ítem = 2 o < 3 puntos Intensa: entre 11 y 15 puntos o cualquier ítem = 3
Disminución de la libido	Cuantitativo	Se caracteriza por la falta o ausencia persistente de fantasías o deseo de actividad sexual ³ .	0: Ningún problema 1: Descenso leve, algo menos de interés. 2: Descenso moderado. Bastante menos interés. 3: Descenso severo. Casi nada o nulo interés.
Retraso en el orgasmo	Cuantitativo	Un retraso, infrecuencia o ausencia de orgasmo, o una reducción en la intensidad de las sensaciones orgásmicas ³ .	0: Ningún retraso. 1: Retraso leve o apenas apreciable. 2: Retraso moderado y claramente apreciable. 3: Retraso ítems, incluyo puede NO tener orgasmo.
Incapacidad para tener orgasmo	Cuantitativo	Ausencia del orgasmo ³ .	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% de las ocasiones.
Dificultad para la lubricación vaginal	Cuantitativo	Una incapacidad para alcanzar o mantener la lubricación genital adecuada durante el coito ³ .	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% de las ocasiones.
Grado de aceptación	Cuantitativo	Medida en que una persona acepta, reconoce y está dispuesto a abordar o tratar problemas relacionados con la disfunción sexual ⁵⁸ .	0: No ha habido disfunción sexual. 1: Bien. Ningún problema por este motivo. 2: Regular: le molesta la disfunción, aunque no ha pensado en abandonar el tratamiento por este motivo e interfiere en sus relaciones de pareja. 3: Mal. Le molesta mucho la disfunción sexual. Ha estado pensando en abandonar el tratamiento por esta causa o interfiere gravemente en las relaciones de pareja,

Método de recolección de datos

Se solicitó la autorización para la realización de este estudio a las autoridades del Centro de Atención Integral a la Salud Mental de León. Se invitó a toda aquella paciente que cumplía con los criterios de inclusión y que decidió participar en el estudio de manera voluntaria, se le solicitó el llenado de la hoja de consentimiento informado; posteriormente se procedió a la aplicación del instrumento a la muestra seleccionada en el consultorio médico de la Unidad de Corta y Larga Estancia de Mujeres, además de que se realizó revisión del expediente clínico con finalidad de recolectar datos médicos y sociodemográficos.

Instrumento de recolección de datos

El instrumento que se utilizó contenía los siguientes apartados:

- Ficha de identificación.
- Entrevista PRSexDQ-SALSEX

Procedimiento estadístico

Diseño y construcción de la base de datos

Este análisis de datos se realizó con los programas de Microsoft Excel y Stata 12.1 (Stata Corp., College Station, EEUU).

Plan para el análisis estadístico

Se realizó un análisis estadístico descriptivo a través de medidas de tendencia central y de dispersión, identificando grupos de comparación por medio de chi 2.

Resultados

TABLA II: Caracterización de las pacientes

Variables	Gravedad de la disfunción sexual (N = 27)								
	Ninguna (n = 9)		Leve (n = 8)		Moderada (n = 5)		Intensa (n = 5)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Estado Civil									0.558
Soltera	1	11.11	4	50	3	60	1	20	
Casada	3	33.33	1	12.50	0	0	2	40	
Unión Libre	3	33.33	1	12.50	2	40	1	20	
Divorciada	1	11.11	2	25	0	0	1	20	
Otra	1	3.70	0	0	0	0	0	0	
Nivel Educativo									0.348
Básica	2	22.22	3	37.50	3	60	3	60	
Media	4	44.44	4	50	2	40	0	0	

Superior	3	33.33	1	12.50	0	0	2	40
Actividad Económica Remunerada								0.905
Si	3	33.33	3	37.50	1	20	2	40
No	6	66.67	5	62.50	4	80	3	60
CIE-10								0.699
F32	1	11.11	0	0	0	0	0	0
F32.0	0	0	0	0	1	0	0	0
F32.1	1	11.11	2	25	1	0	1	20
F32.2	6	66.67	6	75	3	60	4	80
F32.9	1	11.11	0	0	0	0	0	0
Comorbilidades								0.073
Trastorno de Personalidad	1	11.11	3	37.50	3	60	0	0
Trastorno de Ansiedad	4	44.44	0	0	0	0	1	20

Trastorno por consumo de sustancias	1	11.11	2	25	1	20	1	20
Trastorno de personalidad / Trastorno de Ansiedad / Trastorno por consumo de sustancias	0	0	0	0	0	0	3	60
Trastorno de personalidad / Trastorno por consumo de sustancias	1	11.11	1	12.50	1	20	0	0
Trastorno de Ansiedad / Trastorno por consumo de sustancias	1	11.11	1	12.50	0	0	0	0
Ninguno	1	11.11	1	12.50	0	0	0	0
Tratamiento								
ISRS	9	100	6	75	5	100	3	60
IRSN	0	0	2	25	0	0	2	40
Benzodiazepin								
a								0.007

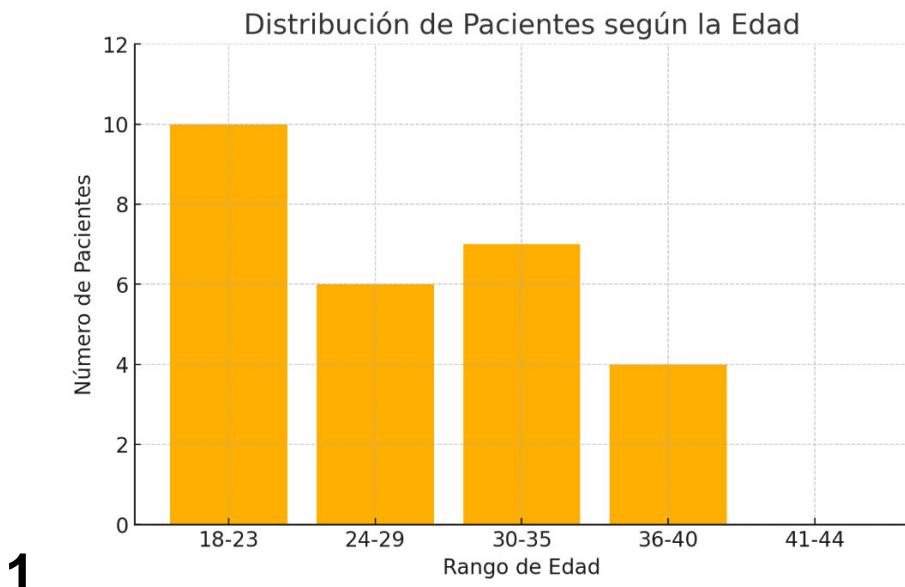
No	8	88.89	7	87.50	5	100	1	20
Si	1	11.11	1	12.50	0	0	4	80
Antiepileptico								0.206
No	9	100	8	100	4	80	5	100
Si	0	0	0	0	1	20	0	0
Antipsicótico								0.688
No	4	44.44	2	25	1	20	1	20
Si	5	55.56	6	75	4	80	4	80
Gabapentinoides								0.319
No	5	55.56	5	62.50	5	100	4	80
Si	4	44.44	3	37.50	0	0	1	20
Alteraciones en la función sexual								
Disminución de la Libido								0.000
0	9	100	3	37.50	1	20	1	20

1	0	0	5	62.50	3	60	1	20
2	0	0	0	0	1	20	2	40
3	0	0	0	0	0	0	1	20
Retraso en el Orgasmo								0.006
0	9	100	3	37.50	1	20	1	20
1	0	0	5	62.50	3	60	1	20
2	0	0	0	0	1	20	2	20
3	0	0	0	0	0	0	1	20
Incapacidad para el orgasmo								0.000
0	9	100	6	75	1	20	0	0
1	0	0	2	25	1	20	1	20
2	0	0	0	0	3	60	1	20
3	0	0	0	0	0	0	3	60
Incapacidad para la lubricación								0.011

0	9	100	8	100	4	80	2	40
1	0	0	0	0	1	20	3	60
2	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0
Grado de aceptación								0.000
0	9	100	4	50	0	0	0	0
1	0	0	4	50	3	60	0	0
2	0	0	0	0	2	40	4	80
3	0	0	0	0	0	0	1	20

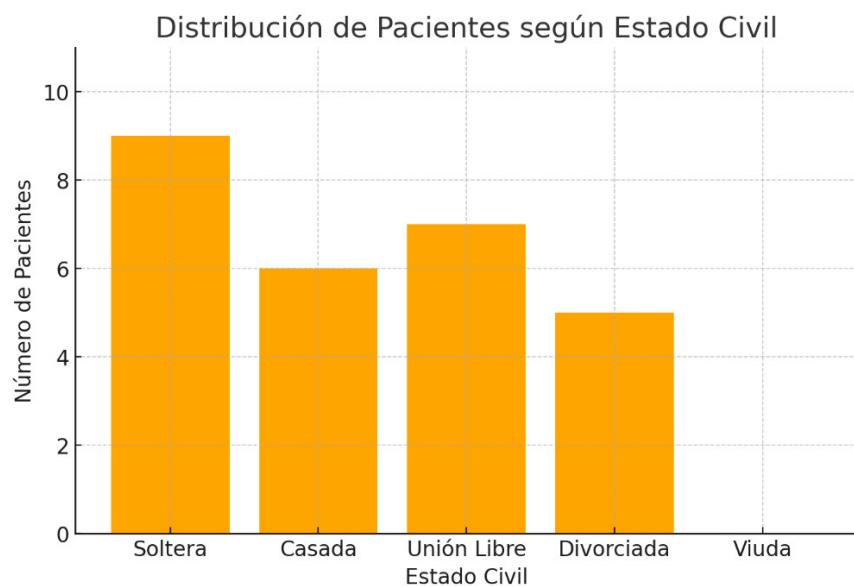
Fuente: Elaboración propia basada en aplicación de escala.

1. Distribución de pacientes según la edad



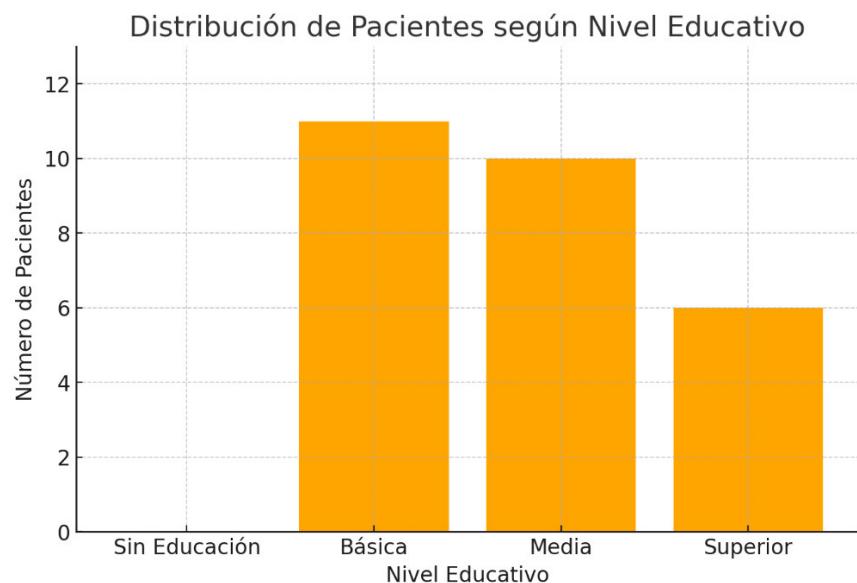
La gráfica 1 representa la distribución de pacientes en diferentes intervalos de edad entre 18 y 44 años. Se observa que el grupo de 18 - 23 años tiene la mayor cantidad de pacientes (10), seguido de los grupos de 30 - 35 años (7) y 24-29 años (6). En contraste, el grupo de 41 - 44 años no tiene pacientes registrados. Esto podría indicar una menor incidencia o participación de pacientes en ese grupo etario.

2. Distribución de pacientes según el estado civil



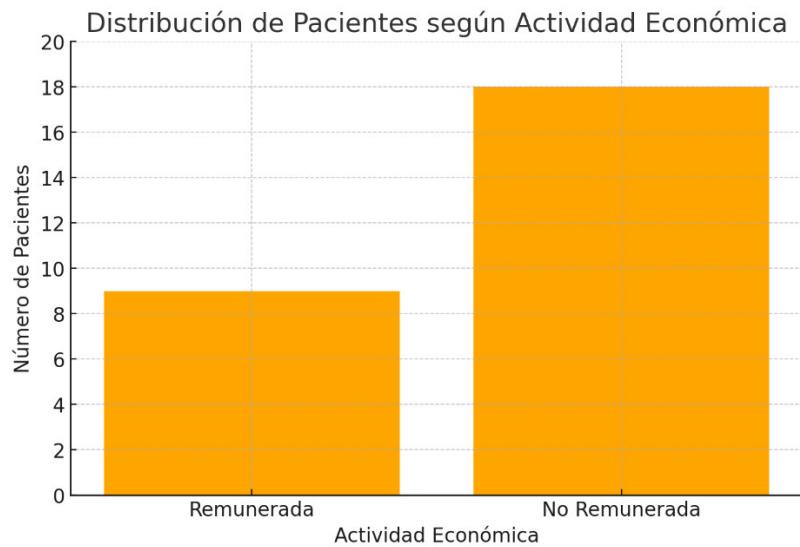
La gráfica 2 muestra la distribución de pacientes según su estado civil. Se observa que la mayoría de los pacientes son solteras (9), seguidas por aquellas en unión libre (7) y casadas (6). En menor proporción, están las divorciadas (5), mientras que no hay pacientes viudas (0) en la muestra. Esto puede indicar una mayor prevalencia de pacientes en ciertos estados civiles en la población estudiada.

3. Distribución de pacientes según el nivel educativo



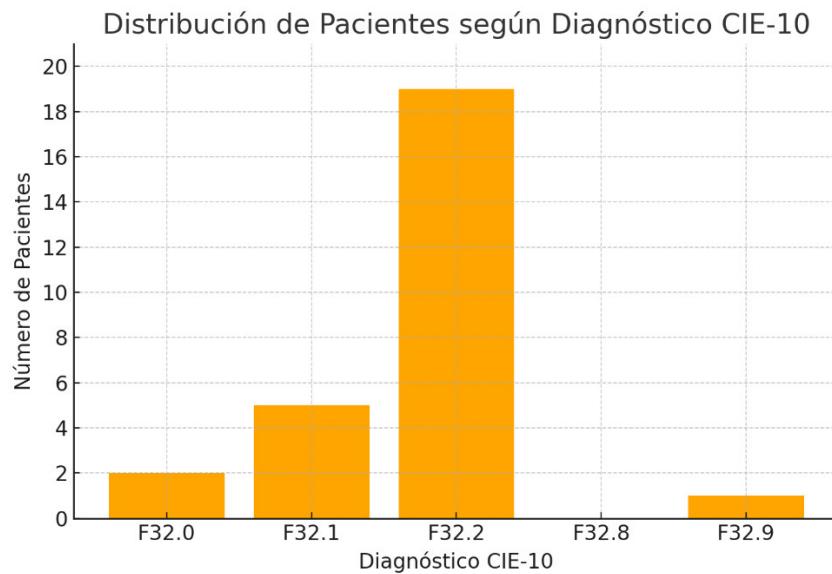
La gráfica 3 muestra la distribución de pacientes según su nivel educativo. Se observa que la mayoría de los pacientes tienen educación básica (11) y educación media (10). Un grupo menor cuenta con educación superior (6), mientras que no hay pacientes sin educación formal (0). Esto sugiere que la mayoría de los pacientes han alcanzado al menos un nivel educativo básico o medio.

4. Distribución de pacientes según la actividad económica:



La gráfica 4 muestra la distribución de pacientes según su tipo de trabajo. Se observa que la mayoría de los pacientes (18) realizan trabajo no remunerado, mientras que solo 9 tienen empleo remunerado. Esto sugiere que una parte significativa de la población estudiada no recibe ingresos directos por su trabajo.

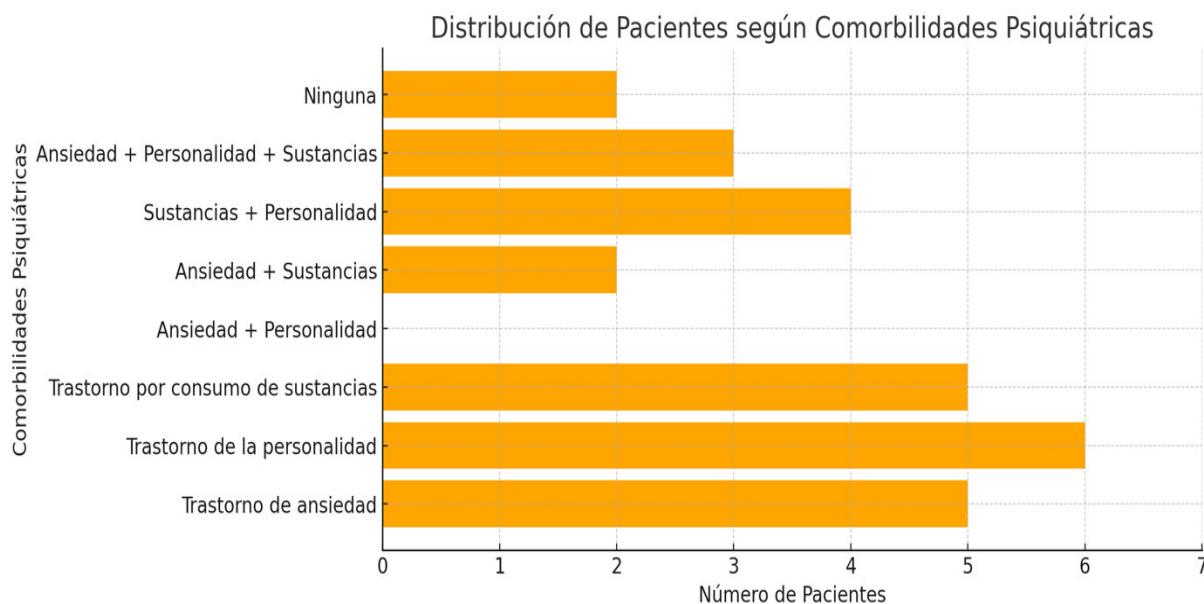
5. Distribución de pacientes según el diagnóstico CIE-10



La gráfica 5 muestra la distribución de pacientes según los códigos CIE-10 relacionados con trastornos depresivos. Se observa que la mayor cantidad de

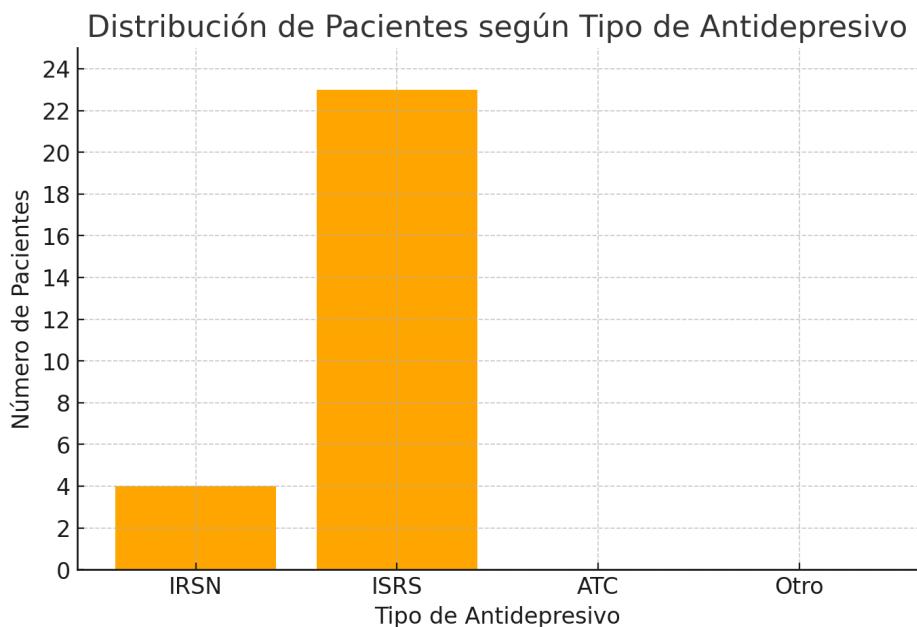
pacientes se encuentra en la categoría F32.2 (19 casos), lo que indica depresión grave sin síntomas psicóticos. Le siguen F32.1 (5 casos) (depresión moderada) y F32.0 (2 casos) (depresión leve). En cambio, F32.8 (0 casos) no tiene pacientes registrados, mientras que F32.9 (1 caso) (episodio depresivo no especificado) es poco frecuente. Esto sugiere que la mayoría de los pacientes presentan episodios depresivos graves.

6. Distribución de pacientes según el tipo de comorbilidades



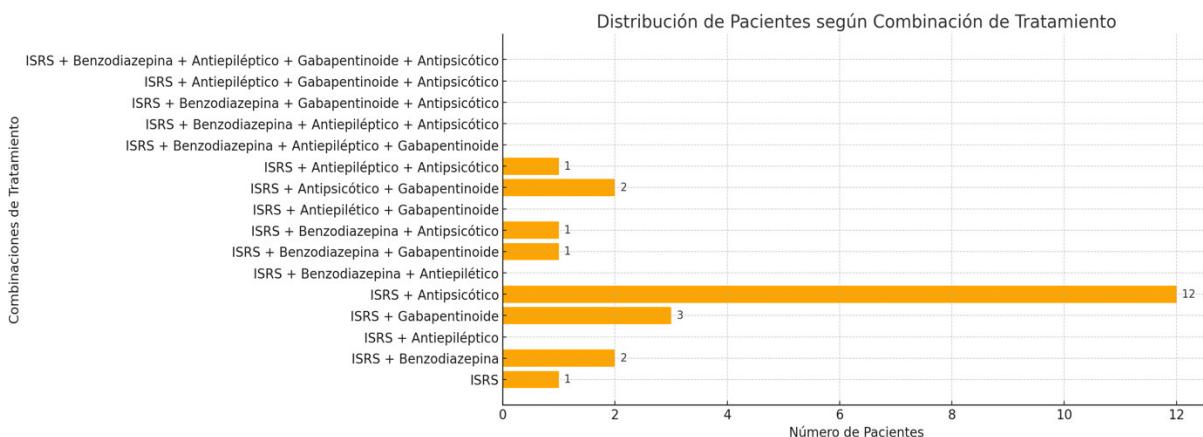
La gráfica 6 muestra la distribución de pacientes según la presencia de trastornos psicológicos. Se observa que el trastorno de la personalidad (6 casos) es el más común, seguido de trastorno de ansiedad (5 casos) y trastorno por consumo de sustancias (5 casos). También se presentan combinaciones de trastornos, como consumo de sustancias + trastorno de la personalidad (4 casos) y ansiedad + consumo de sustancias (2 casos). No se registraron pacientes con la combinación de ansiedad y trastorno de la personalidad (0 casos). Un pequeño grupo (2 casos) no tiene ningún diagnóstico. Esto sugiere una alta prevalencia de trastornos individuales y combinados en la población estudiada.

7. Distribución de pacientes según el tipo de antidepresivo utilizado:



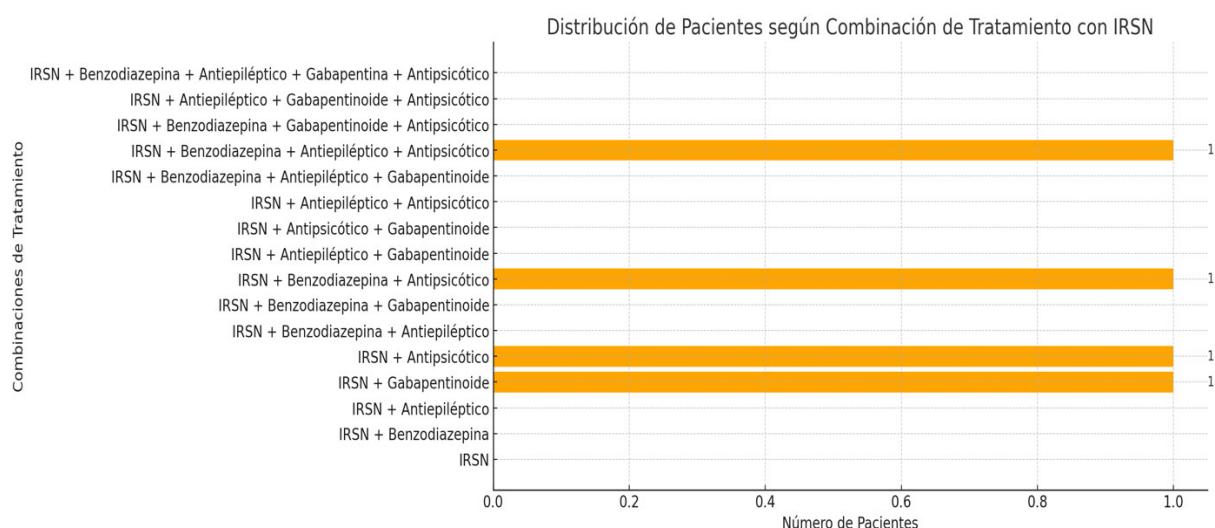
La gráfica 7 muestra la distribución de pacientes según el tipo de antidepresivo que reciben. Se observa que la mayoría de los pacientes (23 casos) utilizan Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), mientras que un grupo más reducido (4 casos) usa Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN). No se registraron pacientes que usen Antidepresivos Tricíclicos (ATC) o algún otro tipo de antidepresivo (0 casos). Esto indica que los ISRS son la opción de tratamiento predominante en esta población.

8. Distribución de pacientes según la combinación de ISRS con otros fármacos



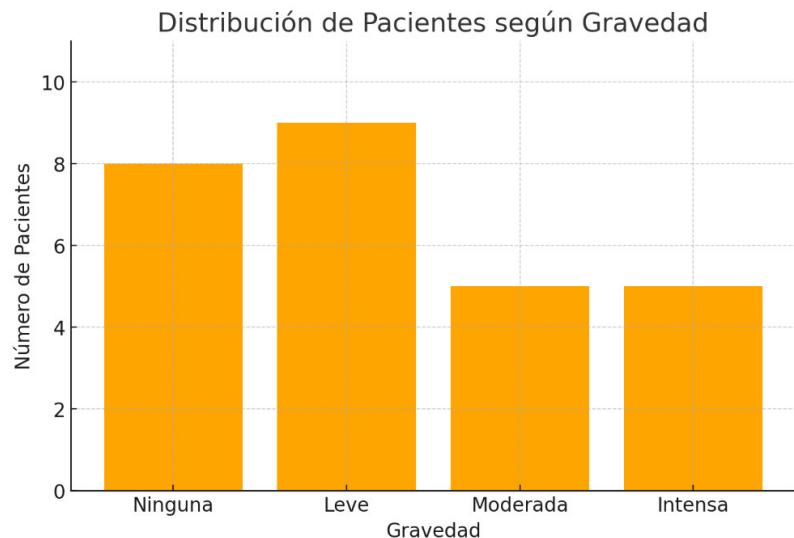
La gráfica 8 muestra la distribución de pacientes según las combinaciones de tratamientos antidepresivos. Se observa que la mayoría de los pacientes (12 casos) reciben ISRS + Antipsicótico, seguido de ISRS + Gabapentinoide (3 casos) y ISRS + Antipsicótico + Gabapentinoide (2 casos). Otras combinaciones tienen una presencia mínima o nula en la muestra. Esto indica que los ISRS combinados con antipsicóticos son la opción terapéutica más utilizada en esta población.

9. Distribución de pacientes según la combinación de IRSN y otros fármacos



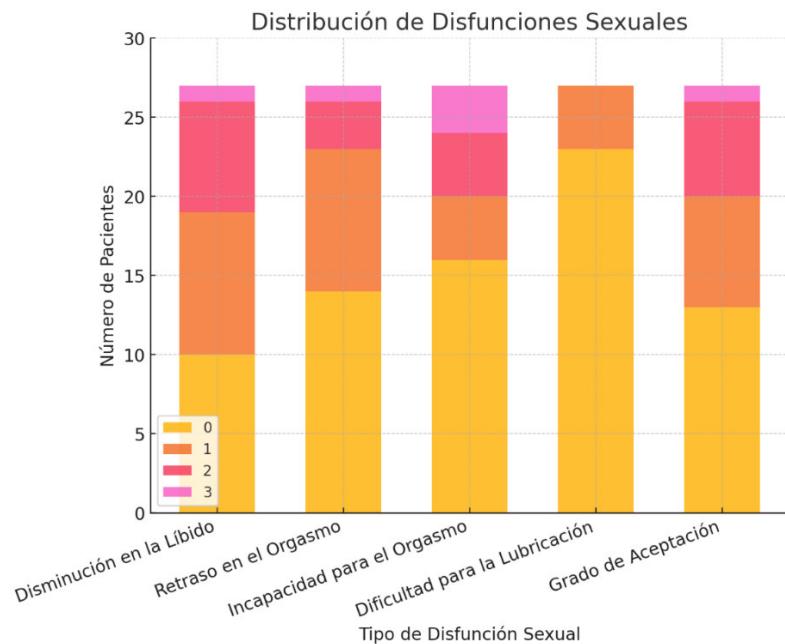
La gráfica 9 muestra la distribución de pacientes según combinaciones de tratamientos con Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN). Se observa que hay muy pocos casos con IRSN, siendo las combinaciones más frecuentes IRSN + Gabapentinoide (1 paciente), IRSN + Antipsicótico (1 paciente), IRSN + Benzodiazepina + Antipsicótico (1 paciente) y IRSN + Benzodiazepina + Gabapentinoide + Antipsicótico (1 paciente). No se registraron pacientes en la mayoría de las combinaciones, lo que indica un menor uso de IRSN en comparación con otros tratamientos.

10. PRSexDQ-SALSEX: distribución de pacientes según la gravedad



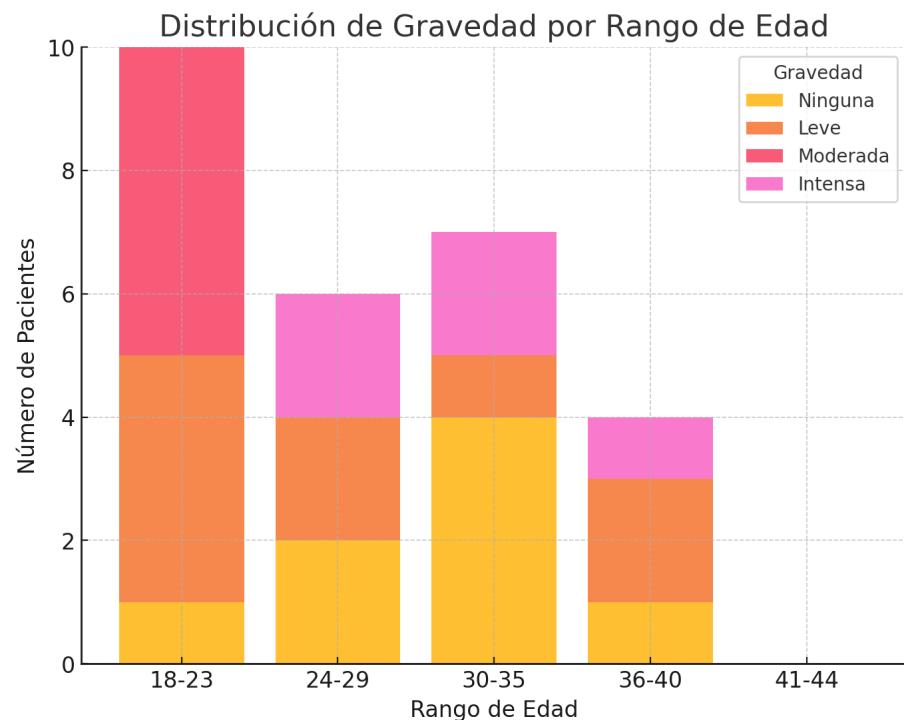
La gráfica 10 muestra la distribución de pacientes según la intensidad de sus síntomas. Se observa que la mayor cantidad de pacientes (9 casos) presenta síntomas leves, seguido de 8 pacientes sin síntomas. Los casos de síntomas moderados e intensos son menores, con 5 pacientes en cada categoría. Esto sugiere que la mayoría de los pacientes tienen síntomas leves o ninguna sintomatología.

11. PRSexDQ-SALSEX: distribución de la disfunción sexual por categoría y grado



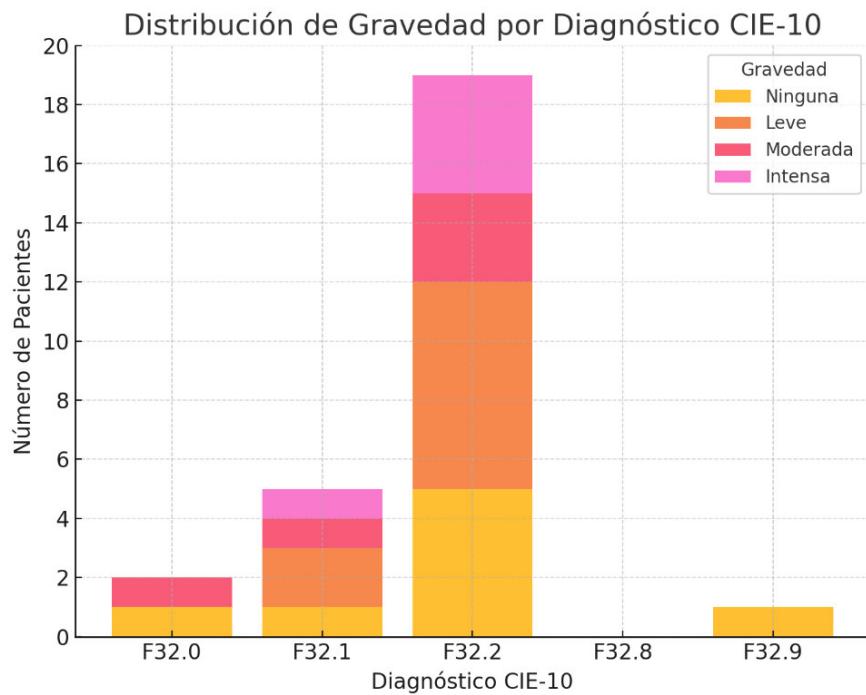
La gráfica 11 muestra la distribución de pacientes según los efectos secundarios sexuales experimentados, clasificados en diferentes niveles de intensidad. Se observa que la mayoría de los pacientes (nivel 0) no presentan dificultades significativas, especialmente en la categoría de dificultad para la lubricación (23 pacientes sin problemas). Sin embargo, hay casos de disminución en la libido, retraso e incapacidad para el orgasmo, con una distribución más equilibrada en la primera y una mayor concentración en niveles bajos en las últimas. El grado de aceptación del tratamiento es mayoritariamente positivo, aunque algunos pacientes reportan niveles intermedios o bajos de aceptación.

12. PRSexDQ-SALSEX: distribución de gravedad por grupos de edad



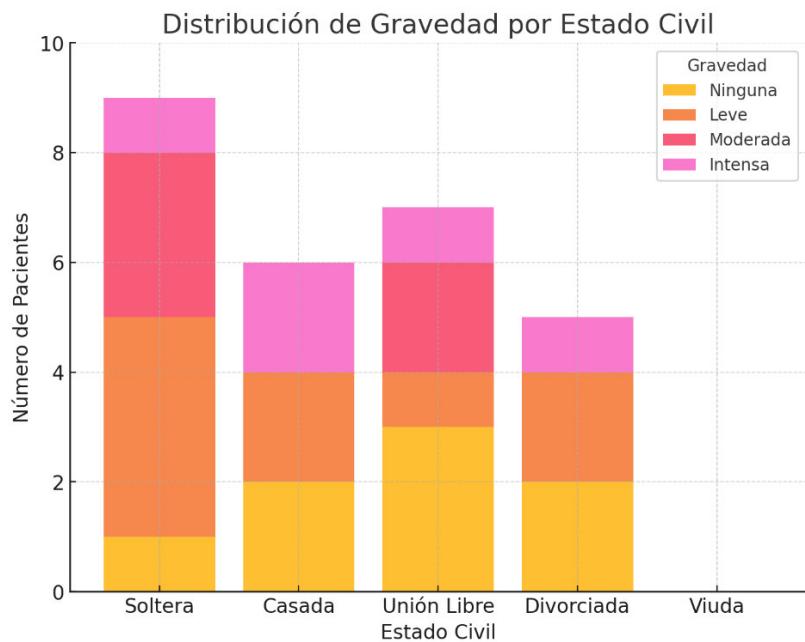
La gráfica 12 muestran que los síntomas moderados son más frecuentes en el grupo de 18 - 23 años, mientras que en 24 - 29 años la distribución es más variable, con algunos casos intensos. El grupo 30 - 35 años presenta mayor cantidad de casos sin síntomas, lo que sugiere menor susceptibilidad. En el de 36 - 40 años, predominan los síntomas leves, y en el de 41 - 44 años, no se registraron casos, lo que podría deberse a un tamaño muestral insuficiente. En general, los síntomas parecen más frecuentes en adultos jóvenes, con diferencias en intensidad según la edad.

13. PRSexDQ-SALSEX: distribución de gravedad por diagnóstico CIE-10



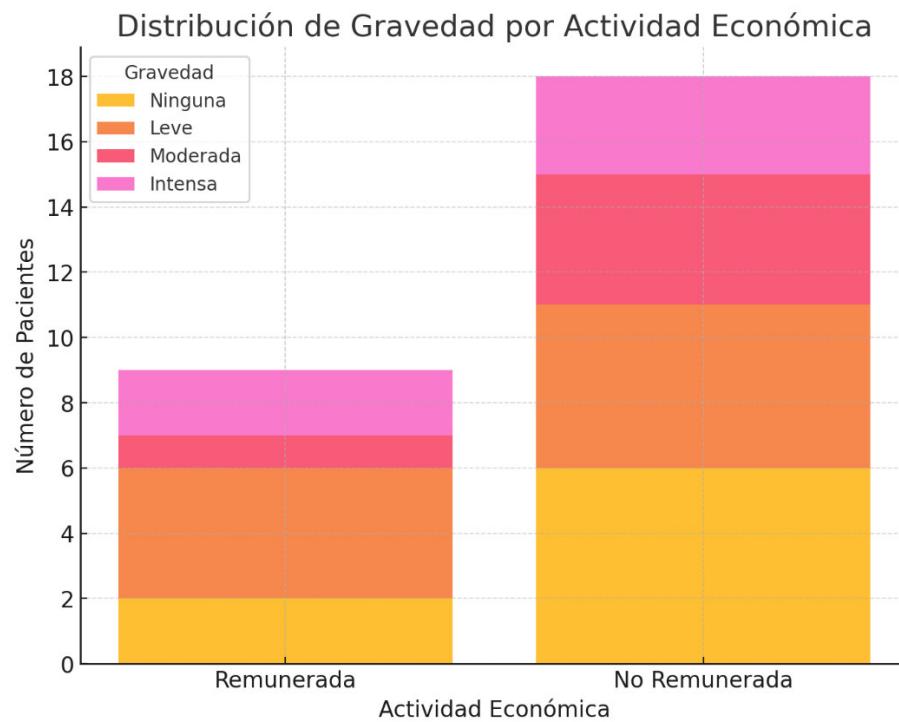
La gráfica 13 muestra la distribución de severidad en los diagnósticos F32. F32.2 es el diagnóstico con más casos (19 en total), predominando en "Leve" (7 casos), seguido de "Ninguna" (5 casos), "Intensa" (4 casos) y "Moderada" (3 casos). F32.1 tiene 5 casos, distribuidos en "Leve" (2 casos), "Ninguna" (1 caso), "Moderada" (1 caso) y "Intensa" (1 caso), reflejando una distribución homogénea. F32.0 presenta 2 casos, en "Ninguna" (1 caso) y "Moderada" (1 caso), sin registros en las demás categorías. F32.9 tiene 1 caso en "Ninguna", mientras que F32.8 no registra casos. Esto sugiere que los cuadros más severos se concentran en F32.2, mientras que otros diagnósticos presentan menor variabilidad en la severidad de los síntomas.

14. PRSexDQ-SALSEX: distribución de gravedad por estado civil



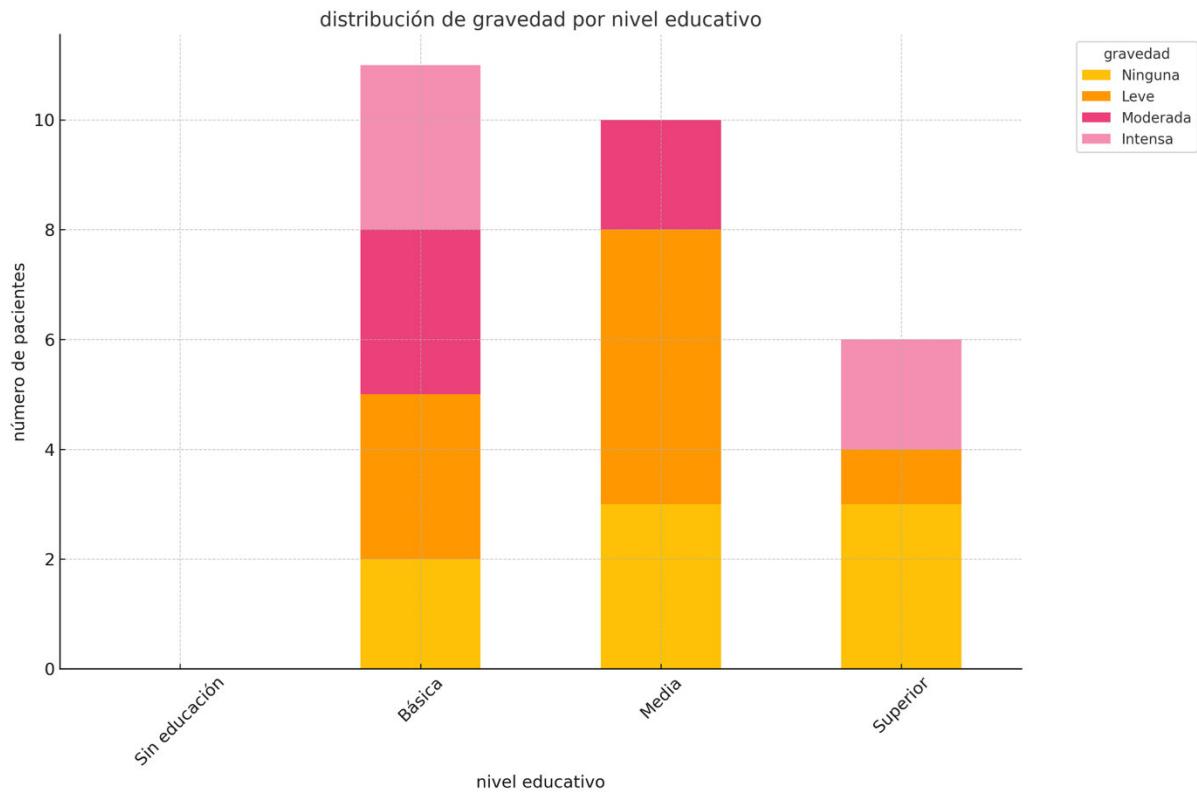
La gráfica 14 muestra la distribución de severidad según estado civil muestra que las solteras presentan mayor número de casos en "Leve" (4 casos) y "Moderada" (3 casos). Las casadas tienen una distribución equitativa entre "Ninguna" (2 casos) y "Leve" (2 casos), pero presentan más casos en "Intensa" (2 casos) sin registros en "Moderada". En unión libre, la categoría más frecuente es "Ninguna" (3 casos), seguida de "Moderada" (2 casos) e "Intensa" (1 caso). Las divorciadas siguen un patrón similar a las casadas, con 2 casos en "Ninguna" y "Leve", y 1 en "Intensa". Las viudas no registraron casos en ninguna categoría. Esto sugiere que la severidad de los síntomas varía según el estado civil, con mayor presencia de síntomas moderados en solteras y más casos intensos en casadas y divorciadas.

15. PRSexDQ-SALSEX: distribución de gravedad según actividad económica



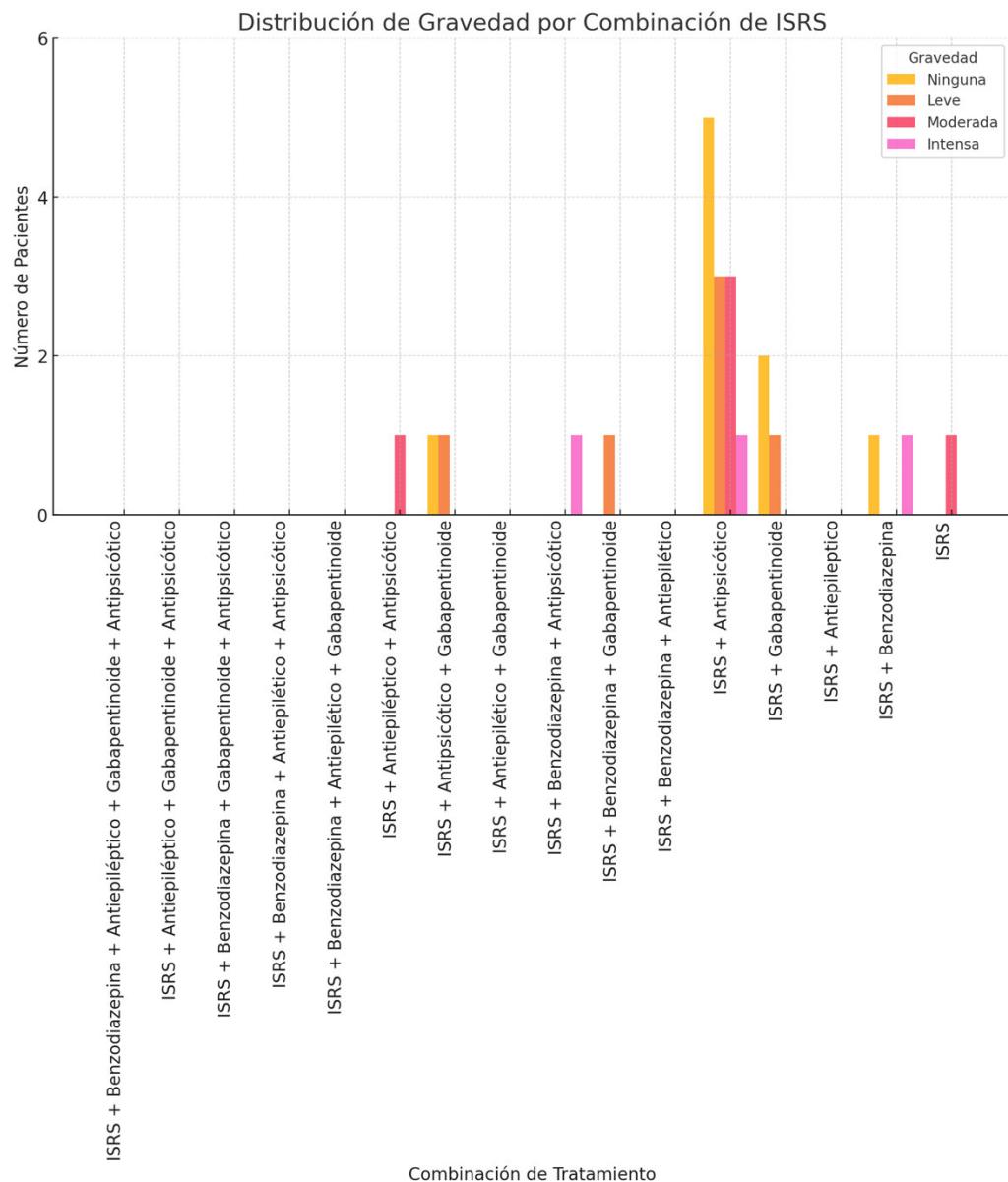
La gráfica 15 muestra la distribución de severidad según el tipo de actividad económica, en el que se observa que las personas con trabajo no remunerado presentan más casos en todas las categorías, especialmente en "Ninguna" (6 casos) y "Leve" (5 casos), seguidas de "Moderada" (4 casos) e "Intensa" (3 casos). En contraste, las personas con empleo remunerado tienen menos casos, con mayor frecuencia en "Leve" (4 casos) y menor en "Moderada" (1 caso). Esto sugiere que las personas sin empleo remunerado podrían experimentar mayor variabilidad en la severidad de los síntomas, mientras que las que tienen trabajo remunerado muestran una menor afectación moderada o intensa.

16. PRSexDQ-SALSEX: distribución de gravedad según el nivel educativo



La gráfica 16 muestra la distribución de gravedad de disfunción sexual según el nivel educativo. En el grupo sin educación no se registraron casos. En educación básica se observa una distribución pareja entre las categorías "Leve", "Moderada" e "Intensa" (3 casos cada una) y ligeramente menor en "Ninguna" (2 casos). En el nivel medio predominan los casos leves (5 casos) y no se registraron casos en la categoría intensa. En el nivel superior se destaca la ausencia de casos moderados, con mayor frecuencia en "Ninguna" (3 casos) y "Intensa" (2 casos). Esto sugiere que los pacientes con educación media tienden a presentar menor gravedad de disfunción sexual.

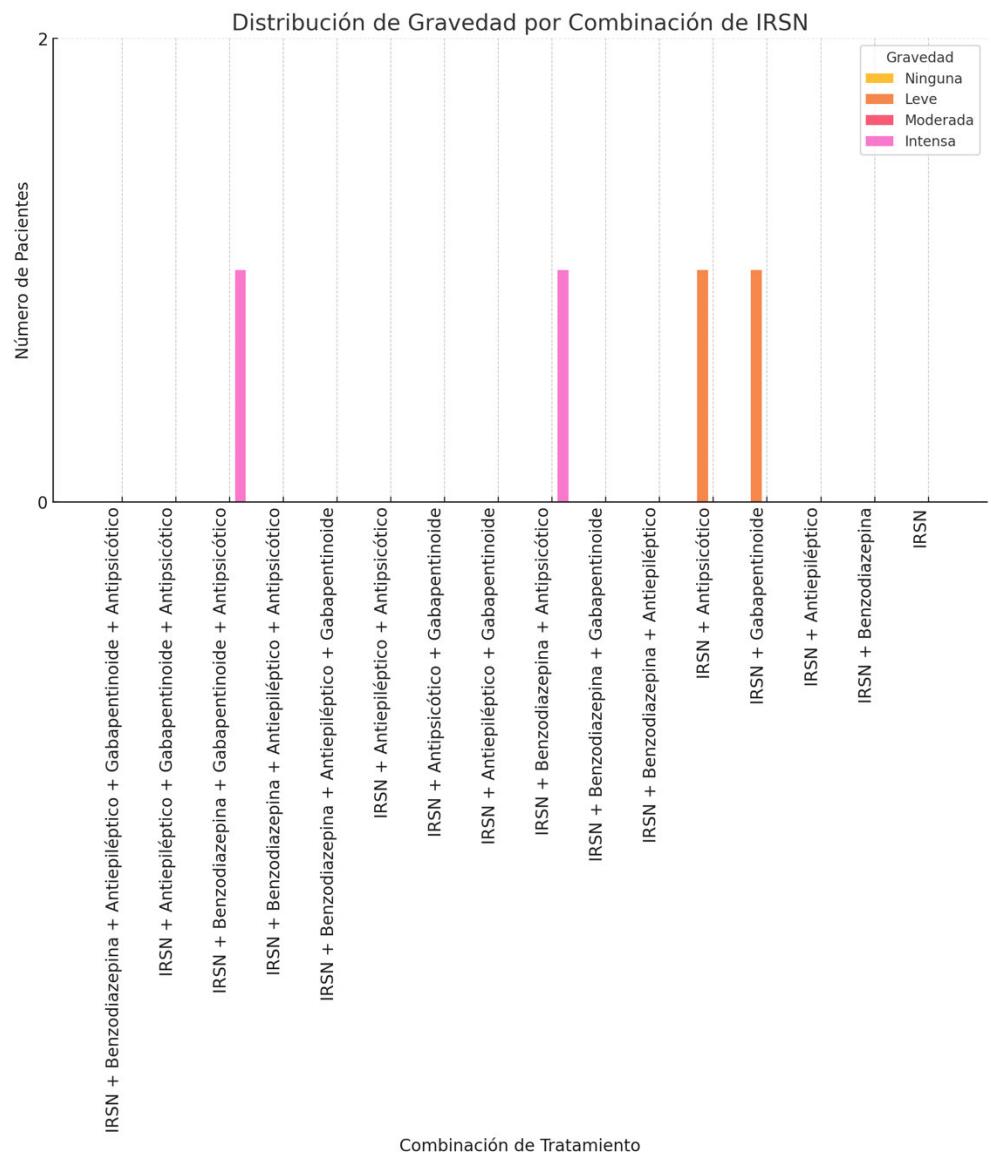
17. PRSexDQ-SALSEX: distribución de gravedad según combinación de fármacos con ISRS



La gráfica 17 muestra la distribución de severidad según la combinación de fármacos en donde se observa que la combinación más frecuente es "ISRS + Antipsicótico" (12 casos), distribuidos en "Ninguna" (5 casos), "Leve" (3 casos), "Moderada" (3 casos) e "Intensa" (1 caso). Le siguen "ISRS + Gabapentinoide" (3 casos), con presencia en "Ninguna" (2 casos) y "Leve" (1 caso), y "ISRS + Benzodiazepina" (2 casos) en "Ninguna" (1 caso) e "Intensa" (1 caso). Otras combinaciones como "ISRS", "ISRS + Antipsicótico + Gabapentinoide" y "ISRS + Antiepiléptico + Antipsicótico" registran 1 caso en alguna categoría. La mayoría de

combinaciones restantes no presentan casos, lo que sugiere menor frecuencia de uso o menor impacto en la severidad de los síntomas.

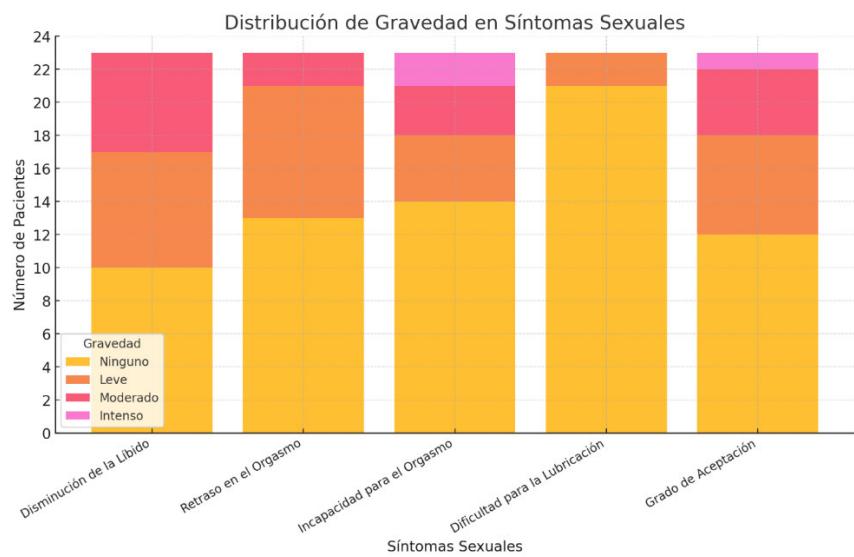
18. PRSexDQ-SALSEX: distribución de gravedad según combinación de fármacos con IRSN



La gráfica 18 muestra la distribución de severidad según la combinación de IRSN con otros fármacos encontrándose que las combinaciones con mayor presencia en la categoría "Leve" son "IRSN + Gabapentinoide" (1 caso) y "IRSN + Antipsicótico" (1 caso). En la categoría "Intensa", se presentaron casos en "IRSN + Benzodiazepina + Antipsicótico" y "IRSN + Benzodiazepina + Gabapentinoide + Antipsicótico", con 1

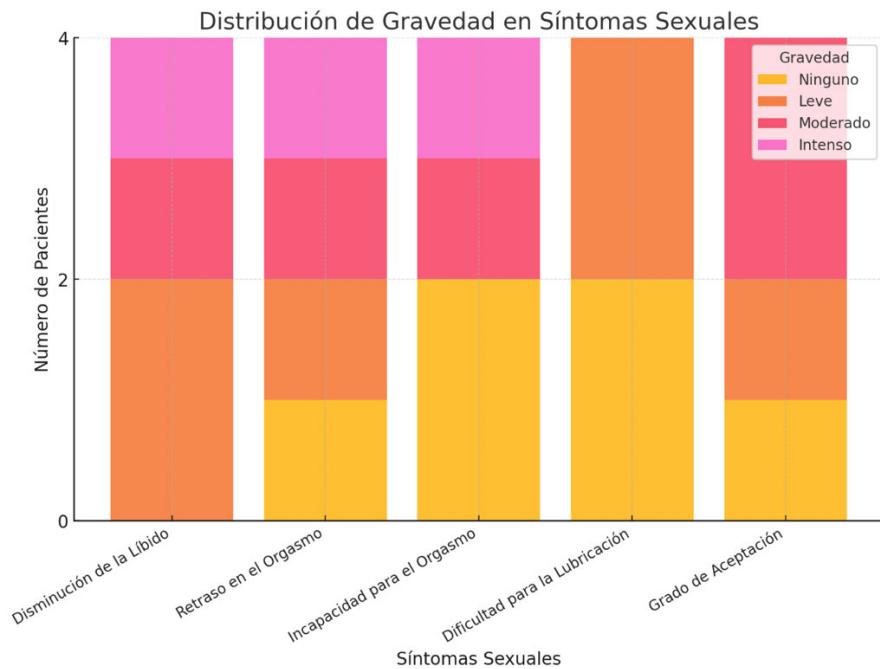
caso cada una. No se registraron casos en las categorías "Ninguna" o "Moderada", y la mayoría de combinaciones no presentan casos, lo que sugiere una menor frecuencia de uso o un bajo impacto en la severidad de los síntomas en esta muestra.

19. PRSexDQ-SALSEX: distribución de síntomas de disfunción sexual en pacientes con ISRS



La gráfica 19 muestra la distribución de los síntomas de disfunción sexual en pacientes que utilizan ISRS, evidenciando que los efectos adversos más comunes son la disminución en la libido y el retraso en el orgasmo, con una proporción significativa de pacientes en niveles de severidad 1 y 2, lo que indica una afectación moderada. La incapacidad para el orgasmo también se presenta en algunos casos, con registros en niveles 2 y 3, sugiriendo que en ciertos pacientes el retraso orgásmico puede evolucionar a anorgasmia. En contraste, la dificultad para la lubricación es menos frecuente, ya que la mayoría de los pacientes no reporta este síntoma. En cuanto al grado de aceptación del tratamiento, si bien la mayoría parece tolerarlo, algunos pacientes muestran una aceptación baja o moderada, lo que podría estar relacionado con la presencia de estos efectos adversos. Estos hallazgos coinciden con la literatura, que describe a los ISRS como fármacos con un impacto significativo en la función sexual, especialmente en la disminución del deseo y las dificultades en la respuesta orgásmica.

20. PRSexDQ-SALSEX: distribución de síntomas de disfunción sexual en pacientes con IRSN



La gráfica 20 muestra la distribución de los síntomas de disfunción sexual en la nueva muestra, clasificados por su grado de severidad. Se observa que la disminución en la libido es el síntoma más prevalente, seguido del retraso en el orgasmo y la incapacidad para alcanzarlo, presentando una distribución con predominio en los niveles moderado e intenso, lo que indica que estos síntomas afectan a una proporción significativa de las pacientes y con una intensidad variable. En contraste, la dificultad para la lubricación vaginal se presenta en menor medida, con la mayoría de los casos clasificados en niveles bajos o inexistentes (0 o 1), lo que sugiere que este síntoma es menos problemático en comparación con los anteriores. En cuanto al grado de aceptación de los cambios en la función sexual, se observa una tendencia equilibrada entre aceptación moderada y baja, con una presencia notable en los niveles 1 y 2, lo que podría estar relacionado con la severidad de los síntomas sexuales experimentados y su impacto en la percepción del tratamiento. Estos hallazgos refuerzan la importancia de considerar los efectos adversos sexuales dentro del manejo de los tratamientos antidepresivos, ya que pueden influir tanto en la calidad de vida de las pacientes como en su adherencia terapéutica.

Discusión

Los resultados obtenidos en la investigación reflejan una alta prevalencia de disfunción sexual en mujeres de 18 a 44 años hospitalizadas por Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en el CAISAME León durante el periodo del 03 de enero al 03 de marzo de 2025. De acuerdo con los hallazgos, el 70.37% de las pacientes evaluadas presentaron algún grado de disfunción sexual tras el uso de antidepresivos, lo que evidencia la relevancia de este efecto secundario dentro del manejo clínico de la depresión en mujeres en edad reproductiva. Estos hallazgos coinciden con la literatura previa, donde estudios han reportado que los antidepresivos pueden afectar la función sexual en tasas que oscilan entre el 25% y el 70%, dependiendo del tipo de fármaco, la dosis y la duración del tratamiento⁷.

Entre los síntomas más frecuentes reportados se encontró la disminución del deseo sexual en un 89.4% de las pacientes, seguido de retraso en el orgasmo en un 68.4% y anorgasmia en el 57.89%. Estos datos resaltan cómo la disfunción sexual puede afectar varias dimensiones de la respuesta sexual femenina, impactando la calidad de vida y las relaciones interpersonales de las pacientes.

Se encontró que el 85.1% del total de la muestra usaban inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, de los cuales el 65% presentó disfunción sexual. El síntoma más predominante fue la disminución de la libido (86.6%), seguido por retraso en el orgasmo (66.6%), anorgasmia o incapacidad para el orgasmo (60%) con pobre aceptación en la calidad de las relaciones sexuales actuales con el 73.3% de las mujeres con isrs que pensaron en abandonar el tratamiento. Fue más común la disfunción sexual leve en todos los ítems de la escala. Este hallazgo concuerda con la literatura existente, que señala a los isrs como uno de los grupos de antidepresivos con mayor impacto en la función sexual debido a su mecanismo de acción, el cual al incrementar la disponibilidad de serotonina, disminuyen la de dopamina, un neurotransmisor clave en la respuesta sexual.

Se identificó que los inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina (irsn) fueron el grupo farmacológico con mayor asociación a la disfunción sexual encontrándola en el 100% de los casos, sin embargo, no es concluyente debido a que solo las mujeres que los utilizaban solo representaron el 14.9% de la muestra.

Desde una perspectiva sociodemográfica, los resultados indicaron que la disfunción sexual fue más frecuente en mujeres solteras (42%), en aquellas con menor nivel educativo (52.6%) y con actividad económica no remunerada (63.1%), encontrando más casos de mayor gravedad de los síntomas en mujeres de 24-29 años, en las casadas y nuevamente en mujeres con actividad económica no remunerada. Este

patrón ha sido identificado en estudios previos, como el de Reichenpfader et al.⁴³, donde se reportó que las mujeres con menos recursos educativos y sin una pareja estable pueden percibir los efectos adversos de los antidepresivos con mayor impacto negativo, posiblemente debido a factores psicológicos y sociales que influyen en la percepción de la sexualidad y en la comunicación sobre estos efectos secundarios con el personal médico.

En cuanto al diagnóstico CIE-10, el más prevalente fue el episodio depresivo grave F32.2 (73.6), seguido del episodio depresivo moderado F32.1 (21.05) y el trastorno depresivo leve F32.0 (5.2%). Esto tiene sentido debido a que la población estudiada se encuentra en hospitalización lo que indica que la patología psiquiátrica, en este caso, el trastorno depresivo mayor como causa de internamiento, tendría mayor gravedad que si fuera tratamiento de manera ambulatoria.

Además, se evidenció una relación significativa entre la presencia de disfunción sexual y la adherencia al tratamiento, ya que el 73.6% del total de las pacientes manifestó haber considerado abandonar la medicación debido al impacto negativo en su vida sexual. Este dato es alarmante, ya que la adherencia al tratamiento es un factor clave en la recuperación del TDM y su interrupción puede aumentar significativamente el riesgo de recaídas. Diversos estudios han señalado que la disfunción sexual es una de las principales razones por las que los pacientes dejan de tomar antidepresivos, lo que subraya la necesidad de estrategias efectivas para manejar este efecto adverso⁴.

Los hallazgos de este estudio ponen en evidencia la alta prevalencia de la disfunción sexual inducida por antidepresivos en mujeres hospitalizadas con TDM, un problema que no solo afecta su bienestar emocional y su calidad de vida, sino que también compromete la efectividad del tratamiento al influir en la adherencia terapéutica. Ante esta situación, se hace necesario el desarrollo e implementación de estrategias terapéuticas personalizadas que permitan mitigar los efectos adversos sin comprometer la estabilidad emocional de las pacientes. Dentro de estas estrategias, se recomienda considerar el ajuste de la dosis, el cambio de fármacos en casos severos y el uso de antidepresivos con menor impacto en la función sexual, como el bupropión o la vortioxetina. Asimismo, se destaca la importancia del apoyo psicoeducativo y la integración de la evaluación de la función sexual dentro del abordaje clínico del TDM, promoviendo una atención más humanizada y efectiva. La incorporación de herramientas de detección temprana, como el cuestionario PRSexDQ-SALSEX utilizado en este estudio, puede contribuir a la identificación oportuna de la disfunción sexual y permitir un manejo más adecuado de esta complicación dentro de la práctica psiquiátrica.

Limitaciones del estudio

Si bien este estudio proporciona datos relevantes sobre la disfunción sexual en mujeres hospitalizadas con TDM, existen algunas limitaciones que deben considerarse. En primer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones de causalidad entre el uso de antidepresivos y la disfunción sexual. Asimismo, la muestra utilizada fue por conveniencia, lo que podría limitar la generalización de los hallazgos a otras poblaciones. Otra limitación importante es la posible subestimación de la disfunción sexual, ya que muchas pacientes pueden sentirse incómodas al hablar sobre su vida sexual, lo que podría llevar a una infraestimación de la prevalencia real. Otra de las limitaciones más importantes es que la mayoría de las pacientes contaban con más de un trastorno psiquiátrico comórbido y más de un medicamento psiquiátrico además del antidepresivo, por lo que considerando que también los demás grupos de medicamentos podrían presentar alteración en la función sexual, podrían estar sesgados los resultados.

Conclusiones y recomendaciones

Los resultados de este estudio confirman que la disfunción sexual inducida por antidepresivos es un problema altamente prevalente en mujeres con TDM hospitalizadas en el CAISAME León. Este efecto adverso afecta principalmente el deseo sexual y la capacidad para alcanzar el orgasmo, impactando significativamente la calidad de vida de las pacientes y su adherencia al tratamiento. En este sentido, es fundamental que los profesionales de la salud mental incorporen la evaluación de la función sexual como una parte integral del tratamiento del TDM, utilizando herramientas clínicas validadas y promoviendo un diálogo abierto con las pacientes sobre este tema.

Se recomienda que futuras investigaciones amplíen estos hallazgos mediante estudios longitudinales que permitan evaluar la evolución de la disfunción sexual a lo largo del tratamiento. Además, sería valioso explorar el impacto de diferentes estrategias de manejo, como la reducción de dosis, los cambios de fármaco o la combinación de tratamientos, con el fin de identificar enfoques más efectivos para mitigar este efecto secundario. En última instancia, garantizar que las pacientes reciban un tratamiento adecuado sin comprometer su bienestar sexual es un objetivo clave en la mejora de la calidad de la atención en salud mental.

Cronograma:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE PROYECTO DE TESIS										
ACTIVIDADES	2024							2025		
	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
Elaboración de anteproyecto de tesis										
Presentación al comité de investigación y de ética.										
Aplicación de escalas										
Recopilación de datos iniciales										
Ánalisis de datos										
Redacción del informe inicial										
Revisión del informe										
Elaboración de conclusiones										
Presentación de resultados										
RESPONSABLE	DRA. DIANA KAREN GUTIÉRREZ ÁLVAREZ / R4 PSIQUIATRÍA									

Consideraciones éticas

El estudio se realizará de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su título segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos” capítulo I, artículo 17 del presente reglamento, considerándose está investigación en la categoría I (investigación sin riesgos).

Se realizará el estudio tomando en cuenta los principios bioéticos de la Declaración de Helsinki haciendo énfasis en los siguientes aspectos:

1. Principio de Respeto a las Personas

Consentimiento Informado (Artículos 25-32): Según la Declaración de Helsinki, es fundamental obtener el consentimiento informado de todas las participantes. Esto implica explicar claramente el propósito, los métodos, los posibles riesgos y beneficios del estudio, así como los derechos de las participantes, incluyendo su derecho a retirarse en cualquier momento sin repercusiones. Dado que las participantes están hospitalizadas por un trastorno depresivo mayor, es importante verificar que comprenden la información proporcionada y que pueden tomar decisiones autónomas⁵⁸.

2. Evaluación del Riesgo-Beneficio (Artículos 16-18)

Maximización de Beneficios y Minimización de Riesgos: La Declaración de Helsinki enfatiza que la investigación debe buscar maximizar los beneficios para las participantes y minimizar cualquier posible daño. En tu estudio, esto implica un análisis cuidadoso de cómo abordar el tema sensible de la disfunción sexual, asegurando que no cause daño psicológico adicional a las participantes, quienes ya están en una situación vulnerable⁵⁸.

3. Confidencialidad y Privacidad (Artículo 24)

Protección de la Información Personal: Debes garantizar que la información personal y médica de las participantes se maneje con la máxima confidencialidad. Según la Declaración de Helsinki, es esencial proteger la privacidad de las participantes, utilizando métodos que aseguren el anonimato cuando se reporten los resultados del estudio⁵⁸.

4. Cuidado y Bienestar de las Participantes (Artículos 19-22)

Bienestar Psicológico: Dado que las participantes son mujeres hospitalizadas por trastorno depresivo mayor, su bienestar psicológico debe ser una prioridad. El estudio no debe agravar su condición, y deberías considerar ofrecer apoyo psicológico durante y después del estudio si las discusiones sobre disfunción sexual generan angustia⁵⁸.

5. Selección Equitativa de Participantes (Artículo 13)

Justicia en la Selección: La Declaración de Helsinki subraya que los beneficios y cargas de la investigación deben ser distribuidos de manera equitativa. Es crucial que la selección de participantes sea justa y no esté sesgada por motivos de raza, nivel socioeconómico u otros factores discriminatorios⁵⁸.

6. Revisión Ética (Artículos 23-24)

Aprobación por un Comité de Ética: Antes de iniciar el estudio, debe someterse a la revisión y aprobación de un comité de ética en investigación independiente. Este comité evaluará si el estudio cumple con los principios éticos establecidos por la Declaración de Helsinki, asegurando que los derechos y el bienestar de las participantes están protegidos⁵⁸.

7. Información Sobre los Resultados (Artículos 36-37)

Acceso a los Resultados: La Declaración de Helsinki recomienda que los resultados de la investigación se pongan a disposición del público, especialmente si pueden tener implicaciones para la salud pública. Las participantes también tienen derecho a conocer los resultados del estudio si así lo desean⁵⁸.

8. Compensación y Tratamiento para Daños (Artículo 15)

Compensación: Si durante la investigación una participante sufre algún daño relacionado con el estudio, la Declaración de Helsinki establece que se debe proporcionar tratamiento y compensación adecuadas⁵⁸.

9. Planteamiento Ético de la Pregunta de Investigación (Artículos 6-8)

Relevancia Científica y Ética: La investigación debe tener un valor científico claro y estar diseñada para responder una pregunta relevante. Además, debe estar justificada éticamente, lo que en tu caso implicaría que los resultados esperados proporcionen conocimientos importantes sobre la disfunción sexual en mujeres con TDM y contribuyan a mejorar su tratamiento⁵⁹.

Recursos humanos, físicos, materiales y financiamiento

Recursos físicos

Centro de Atención a la Salud Mental de León (unidad de corta y larga estancia de mujeres, consultorio)

Recursos materiales

Papel, lápiz, equipo informático, escalas impresas y consentimiento informado.

Recursos humanos

Investigador responsable.

Se podrá necesitar el apoyo de personal de psicología, enfermería o terapia especializada en caso de que el participante presente malestar emocional intenso y requiera contención ya sea farmacológica, verbal o mecánica según sea el caso.

Recursos financieros

Autofinanciado

Referencias

1. Das, R., Singh, O., Thakurta, R. G., & Sen, S. (2021). Prevalence of Sexual Dysfunctions in Major Depressive Disorder and its Relation to Quality of Life. *Eastern Journal of Psychiatry*.
2. Mujawar, S., Chaudhury, S., & Saldanha, D. (2019). Sexual Dysfunction in Women with Depressive Disorder: A Prospective, Hospital-Based Study. *Journal of Psychosexual Health*, 1, 129-139.
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
4. Winter, J. R., Curtis, K., Hu, B., & Clayton, A. (2022). Sexual dysfunction with major depressive disorder and antidepressant treatments: impact, assessment, and management. *Expert Opinion on Drug Safety*, 21, 913-930.
5. Lorenz, T., Rullo, J., & Faubion, S. (2016). Antidepressant-Induced Female Sexual Dysfunction. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(9), 1280-1286.
6. Bakr, A. M., El-Sakka, A., & El-Sakka, A. (2022). Pharmaceutical management of sexual dysfunction in men on antidepressant therapy. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 23, 1051-1063.
7. Montejo, A. L., Prieto, N., de Alarcón, R., Casado-Espada, N., de la Iglesia, J., & Montejo, L. (2019). Management Strategies for Antidepressant-Related Sexual Dysfunction: A Clinical Approach. *Journal of Clinical Medicine*, 8(10), 1640. <https://doi.org/10.3390/jcm8101640>
8. Chandel, S., Kumar, R., & Rohilla, J. (2022). Prevalence of Sexual Dysfunction in Women with Depression: Need for Psychosexual Health Promotion Approach. *Journal of Psychosexual Health*, 4, 178-184.
9. Preeti, K., Jayaram, S., & Narayana, M. (2018). Sexual Dysfunction in Patients with Major Depressive Disorder and Its Impact on Treatment Compliance. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 22(4), 276-283.
10. Giermasiński, A., Próchnicka, M., Nowak, D., Oszczędłowski, P., & Nowaczek, J. (2021). Sexual Dysfunction in Patients with MDD Treated with SSRIs - Causes, Measurement, and Prevention. *Journal of Education, Health and Sport*.
11. World Health Organization (WHO). (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: WHO.
12. ENSANUT. (2022). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Salud Pública.
13. Departamento de Estadística del CAISAME León. (2023). Número de hospitalizaciones de mujeres de 18 a 44 años con Trastorno Depresivo Mayor en 2023. [Informe interno]. Centro de Atención Integral en Salud Mental León.
14. Al-Nimer, M. S., & Al-Maqbali, M. (2020). Prevalence of Antidepressant-Induced Sexual Dysfunction in Patients with Major Depressive Disorder. *International Journal of Psychiatry Research*

15. Bajaj, A., & Robins, C. J. (2020). The impact of major depressive disorder on sexual function and quality of life. *Journal of Clinical Psychiatry*, 81(3), 20r13130.
16. Gartlehner, G., Wagner, G., Matyas, N., Titscher, V., Greimel, J., & Lux, L. (2017). Pharmacological and non-pharmacological treatments for major depressive disorder: Review of systematic reviews. *BMJ Open*, 7(6).
17. Dean, J., & Keshavan, M. (2017). The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian Journal of Psychiatry*, 27, 101-111.
18. IsHak, W. W., James, D. M., Mirocha, J., & Tobia, G. (2017). Quality of life in major depressive disorder before/after treatment: A systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(5), 171-179.
19. Atlantis, E., & Sullivan, T. (2012). Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(6), 1497-1507.
20. Kennedy, S., Lam, R., Cohen, N. L., & Ravindran, A. (2001). Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. IV. Medications and other biological treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(Suppl 1), 38S-58S.
21. Bauer, M., Pfennig, A., Severus, E., Whybrow, P., Angst, J., & Möller, H. (2013). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 1: Update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 14(5), 334-385.
22. Parikh, S., Segal, Z., Grigoriadis, S., Ravindran, A., Kennedy, S., Lam, R., & Patten, S. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *Journal of Affective Disorders*, 117(Suppl 1), S15-S25.
23. Marx, W., Manger, S. H., Blencowe, M., Murray, G., Ho, F., Lawn, S., & O'Neil, A. (2022). Clinical guidelines for the use of lifestyle-based mental health care in major depressive disorder: World Federation of Societies for Biological Psychiatry (WFSBP) and Australasian Society of Lifestyle Medicine (ASLM) taskforce. *The World Journal of Biological Psychiatry*.
24. Stahl, S. M. (2017). Mechanism of action of serotonin selective reuptake inhibitors: Serotonin receptors and pathways mediate therapeutic effects and side effects. *Journal of Affective Disorders*, 217, 1-15.
25. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. (2020). Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(9), 908-956.
26. Gartlehner, G., Gaynes, B. N., Amick, H. R., Asher, G., Morgan, L. C., Coker-Schwimmer, E., Forneris, C., Boland, E., Charboneau, M., Janssens, L., Sonis, J., Evans, T. S., Woodell, C. L., Lohr, K. N., & Bann, C. M. (2017). Comparative

benefits and harms of antidepressants for major depression in older adults. *Annals of Internal Medicine*, 167(6), 390-400.

27. Serretti, A., & Mandelli, L. (2010). Antidepressants and body weight: a comprehensive review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(10), 1259-1272.

28. Wichniak, A., Wierzbicka, A., Walęcka, M., & Jernajczyk, W. (2017). Effects of Antidepressants on Sleep. *Current Psychiatry Reports*, 19(9), 55.

29. Stahl, S. M. (2017). Anticholinergic burden and cognitive function in depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78(5), 683-685.

30. Glassman, A. H., & Bigger, J. T. (2001). Antidepressants and cardiovascular drug interactions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl 21), 36-44.

31. Meltzer, H. Y. (2013). Update on typical and atypical antipsychotic drugs. *Annual Review of Medicine*, 64, 393-406.

32. Ketter, T., Post, R., & Theodore, W. (1999). Positive and negative psychiatric effects of antiepileptic drugs in patients with seizure disorders. *Neurology*, 53(5 Suppl 2): S53-67.

33. Talbot, P. S., & Laruelle, M. (2002). The role of endogenous serotonin in antipsychotic action: Insights from molecular imaging studies. *Neuropsychopharmacology*, 27(6), 846-857.

34. Post, R. M., Rubinow, D. R., & Ballenger, J. C. (1998). Conditioning, sensitization, and kindling: Implications for the course of affective illness. In *Neurobiology of Mood Disorders* (pp. 73-112). Raven Press.

35. Ramírez-Rivera, M., Velázquez-Castillo, M., Hernández-López, G., & Pérez-García, M. (2021). Prevalencia de disfunción sexual en mujeres tratadas con antidepresivos: Un estudio en una población hospitalaria en México. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 14(2), 85-92.

36. Kennedy, S. H., & Rizvi, S. (2018). Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 38(2), 101-108.

37. Baldwin, D. S., Foong, T., & Masson, A. (2018). Sexual dysfunction in major depressive disorder: The role of antidepressants. *Journal of Clinical Psychiatry*, 79(3), 17r11750.

38. World Health Organization (WHO). (2015). Sexual health, human rights and the law. Geneva: WHO.

39. Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Corona, G., Hayes, R. D., Laumann, E. O., & Moreira, E. D. (2017). Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 7(3), 159-175.

40. Baldwin, D. S. (2015). Sexual dysfunction in patients with depression and anxiety. *Asian Journal of Psychiatry*, 18, 1-8.

41. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Guidelines on sexual education for adolescents

42. Montejo, A., Montejo, L., & Baldwin, D. (2018). The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World Psychiatry*.

43. Reichenpfader, U., Gartlehner, G., Morgan, L., Greenblatt, A., Nussbaumer, B., Hansen, R., Noord, M., Lux, L., & Gaynes, B. (2013). Sexual Dysfunction associated with Second-Generation Antidepressants in Patients with Major Depressive Disorder: Results from a Systematic Review with Network Meta-Analysis. *Drug Safety*, 37, 19-31.

44. Baser, M., Kadioglu, P., Atesci, F. C., & Serefoglu, E. C. (2019). Comparison of the Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) and the Female Sexual Function Index (FSFI) in a Turkish population: A validation study. *Journal of Sexual Medicine*, 16(8), 1223-1231.

45. Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (COMEGO). (2018). *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Disfunción Sexual en Mujeres*. México: COMEGO.

46. Pacheco Figueroa MI. Disfunción sexual secundaria a medicamentos en individuos obesos tratados con antidepresivos [Tesis]. Mexicali, Baja California: Universidad Autónoma de Baja California; 2017.

47. Safarinejad, M. R. (2019). Management strategies for antidepressant-associated sexual dysfunction: A clinical guide. *Sexual Medicine Reviews*, 7(3), 337-351.

48. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia (COMEGO). (2018). *Guía para la evaluación y tratamiento de la disfunción sexual en mujeres*. Ciudad de México: COMEGO.

49. Guanajuato Secretaría de Salud. (2020). Informe anual de actividades del CAISAME León. Guanajuato: Secretaría de Salud.

50. González-Castro, F., Morales-Sánchez, M., Pérez-Serrano, M., & Ávila-Medina, E. (2019). Características clínicas y sociodemográficas de pacientes hospitalizados con trastorno depresivo mayor en un centro de salud mental de referencia en México. *Revista Salud Mental*, 42(3), 131-138.

51. Montejo, A. L., Deakin, J. F. W., García, M., Meijas, M. E., & Carrasco, J. L. (2000). PRSexDQ-SALSEX: A structured interview to detect sexual dysfunction associated with psychotropic drugs. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl 5), 18-22

52. Organización de las Naciones Unidas. (2008). *Principios y recomendaciones para los censos de población y vivienda, revisión 2*

53. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2020). *International Standard Classification of Education (ISCED)*.

54. Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2012). *International Standard Classification of Occupations (ISCO-08)*.

55. Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *CIE-10: Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*.

56. Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 111-133.
57. Stahl, S. M. (2013). *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications* (4th ed.). Cambridge University Press.
58. World Health Organization (WHO). (2010). Sexual and reproductive health: A public health perspective. Este documento explora cómo diferentes factores sociales y culturales pueden influir en la percepción y aceptación de la disfunción sexual.
59. World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Anexos

Escala PRSexDQ-SALSEX



PRSexDQ-SALSEX. (Montejo AL et al 2000)

CUERPO Y MÉDICO. ESTUDIO DE LA DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO CON PSICOFÁRMACOS EN LA PRACTICA MÉDICA

PACIENTE:

FECHA:

Las preguntas que siguen se refieren a diversos aspectos de la función sexual del paciente que pueden verse afectados por la toma de psicofármacos. Todas las preguntas deberán 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)?

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 evacuación/orgasmo

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

1.- 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% de 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% de 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):

| EVF

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.

Carta de confidencialidad

26 de Noviembre de 2024

Centro de Atención Integral en Salud Mental (CAISAME) León

Antigua Carretera a San Francisco del Rincón, Km. 8. San Pedro del Monte, León, Guanajuato, México.

Asunto: Carta de Confidencialidad

Yo, Diana Karen Gutiérrez Álvarez, en calidad de Investigador Responsable del proyecto titulado:

“Prevalencia de disfunción sexual asociada a antidepresivos en mujeres de 18 a 44 años hospitalizadas por Trastorno Depresivo Mayor en el Centro de Atención a la Salud Mental León”,

me comprometo a mantener estrictamente confidenciales todos los datos personales, clínicos y sociodemográficos que se recopilen durante la realización de la presente investigación. Dichos datos serán tratados bajo los principios de confidencialidad, integridad y anonimato, cumpliendo con lo dispuesto en la **Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (Méjico)** y cualquier otra legislación aplicable.

En particular, me comprometo a:

1. Garantizar que los datos recopilados sean utilizados únicamente para los fines establecidos en el protocolo de investigación aprobado por el Comité de Ética del CAISAME León.
2. Mantener bajo resguardo seguro cualquier documento físico o electrónico que contenga información sensible, asegurando que solo el personal autorizado acceda a ellos.
3. Abstenerme de compartir, divulgar o utilizar los datos con fines ajenos a los establecidos en el proyecto, salvo que medie autorización expresa por parte del CAISAME León o las pacientes involucradas, mediante consentimiento informado.
4. Anonimizar todos los datos que se incluyan en reportes, publicaciones o presentaciones relacionadas con el proyecto, de manera que no sea posible identificar a las pacientes participantes.

Asimismo, confirmo que en caso de detectar cualquier incidente que comprometa la confidencialidad de los datos, lo notificaré de inmediato a las autoridades correspondientes del CAISAME León para que se tomen las medidas necesarias.

Quedo a su disposición para proporcionar información adicional sobre las medidas de protección de datos implementadas en el proyecto.

Atentamente:

Dra. Diana Karen Gutiérrez Álvarez
Residente de cuarto año de psiquiatría
tel: 477 765 23 72
Correo electrónico: dianakarengua@gmail.com


Firma: _____
Fecha: 26/11/2024

C.C. Comité de Ética y de Investigación del CAISAME León

Consentimiento informado

Título del Estudio: "Prevalencia de disfunción sexual asociada a antidepresivos en mujeres de 18 a 44 años de edad hospitalizadas por trastorno depresivo mayor en el Centro de Atención a la Salud Mental de León en el periodo del

Investigadores Principales:

- Investigador principal: Dra. Diana Karen Gutiérrez Álvarez
- Centro de Atención Integral en Salud Mental (CAISAME) León

Propósito del Estudio: Este estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de disfunción sexual en mujeres de 18 a 44 años hospitalizadas por trastorno depresivo mayor (TDM) y que están siendo tratadas con antidepresivos en CAISAME León. La información obtenida podría ser utilizada para mejorar la atención médica y el manejo de los efectos secundarios asociados al uso de antidepresivos.

Procedimiento: Si usted decide participar en este estudio, se le pedirá que complete un cuestionario que evaluará su función sexual, así como su historial de tratamiento con antidepresivos. Además, se revisará su expediente clínico para obtener información adicional relevante para el estudio. El cuestionario tomará aproximadamente 10-15 minutos en completarse.

Toda la información recolectada será manejada de manera estrictamente confidencial y estará accesible únicamente para el equipo de investigación. La información obtenida podrá ser utilizada por un periodo máximo de un año a partir de su recolección y, una vez transcurrido dicho periodo, será destruida de manera segura para proteger su privacidad y cumplir con las normativas aplicables.

En caso de que durante la aplicación del cuestionario se presente malestar emocional, se proporcionará contención verbal o farmacológica, según se requiera y de manera individualizada. Asimismo, usted podrá decidir si desea retirarse del estudio o continuar con el cuestionario, de acuerdo con su decisión personal y sin que esto afecte su atención médica o relación con los investigadores.

Riesgos y Beneficios:

- **Riesgos:** La participación en este estudio implica un riesgo mínimo. Sin embargo, debido a la naturaleza sensible de las preguntas del cuestionario, estas podrían generar incomodidad emocional al responderlas. En caso de que se presente malestar emocional intenso, se evaluará su situación de manera individualizada, considerando su tratamiento médico actual y su estado clínico. Según sea necesario, se podrá proporcionar contención verbal o farmacológica, con el apoyo de personal de psicología, enfermería o terapia especializada. Es importante destacar que, si experimenta alguna molestia, tiene el derecho de abstenerse de responder cualquier pregunta o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto implique ninguna repercusión.
- **Beneficios:** A través de su participación, su estado de salud, especialmente en relación con la función sexual y el tratamiento con antidepresivos, será evaluado de manera más exhaustiva, lo que podría llevar a la identificación de áreas que requieran atención médica o ajustes en su tratamiento. Además, podrá recibir información valiosa sobre cómo los antidepresivos afectan la función sexual, lo que podría facilitar la toma de decisiones sobre su tratamiento a futuro en colaboración con su médico. Su participación contribuirá a una mejor comprensión de los efectos secundarios de los antidepresivos, lo que podría ayudar a mejorar el manejo clínico de futuros pacientes con TDM. Asimismo, este estudio tiene un beneficio social significativo, ya que la información obtenida podría orientar estrategias para optimizar el tratamiento de la depresión, mejorar la calidad de vida de los pacientes y sensibilizar sobre la importancia de abordar los efectos secundarios relacionados con los antidepresivos en el ámbito clínico, dando a conocer los resultados generales del estudio mediante una infografía dentro de CAISAME León, con la finalidad de estar al alcance de personal médico, enfermería, psicología y otras áreas afines, así como de usuarios del hospital.

Confidencialidad: Toda la información proporcionada por usted será tratada de manera confidencial. Los datos serán codificados tomando únicamente sus iniciales y el número de su expediente clínico, y solo el equipo de investigación tendrá acceso a la información identificable. Los resultados del estudio pueden ser publicados en revistas científicas, presentados en conferencias o utilizados en infografías dentro del hospital, con el propósito de dar a conocer la importancia del estudio y sus hallazgos.

En ninguno de estos casos se divulgará información que permita identificar a los participantes. La información obtenida podrá ser utilizada por un periodo máximo de un año a partir de su recolección y, una vez transcurrido dicho periodo, será destruida de manera segura para proteger su privacidad y cumplir con las normativas aplicables.

Derechos del Participante: Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho de rechazar la participación o de retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su tratamiento actual o futuro en CAISAME León. Si decide participar, tiene el derecho de conocer los resultados generales del estudio una vez que esté completado, los cuales se publicarán por medio de una infografía dentro de las instalaciones de CAISAME León.

Contacto: Si tiene alguna pregunta sobre este estudio o si desea obtener más información, puede contactar a:

- Investigador principal: Dra. Diana Karen Gutiérrez Álvarez
- Teléfono: 477 765 23 72
- Correo electrónico: dianakarengua@gmail.com

Consentimiento: Al firmar este documento, usted indica que ha leído y comprendido la información proporcionada, que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de sus dudas, las cuales se han contestado de manera amplia y clara, y que acepta participar en este estudio de manera voluntaria.

Firma _____ **del** _____ **Participante:** _____
Iniciales _____ **del** _____ **participante:** _____
Fecha: _____

Firma _____ **del** _____ **Testigo:** _____
Nombre _____ **del** _____ **testigo:** _____
Fecha: _____

Firma _____ **del** _____ **Investigador:** _____
Nombre _____ **del** _____ **Investigador:** _____
Fecha: _____