

Función sexual en pacientes deprimidos: relación entre síntomas depresivos y disfunción sexual.

Sexual function in depressed patients: relationship between depressive symptoms and sexual dysfunction.

Pedro Marina^{1,2,a}, María Paz García-Portilla^{2,b}, Luis Jiménez^{1,2,a}, Leandro Palicio^c, Pedro Trabajo^{1,c}, Julio Bobes^{2,d}

RESUMEN

Introducción: La prevalencia de disfunción sexual es mayor en los pacientes con depresión que en la población general. Además la relación entre depresión y disfunción sexual parece ser bidireccional, en el sentido que la presencia de una de ellas puede desencadenar o exacerbar la otra, y el tratamiento de una puede mejorar la otra. Por otro lado, el deseo y el funcionamiento sexual se pueden ver afectados por los efectos secundarios de los fármacos antidepressivos. **Métodos:** A 50 pacientes deprimidos (según criterios CIE-10 de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente) con una vida sexual activa, se les administró en una visita basal y a los 3 meses la Escala de Depresión de Hamilton (HDRS), la Impresión Clínica Global (ICG) y el Inventario de Motivación y Energía (MEI). Además, cumplimentan en ambas ocasiones la Escala visual analógica de satisfacción con el funcionamiento sexual (VAS-SFS). **Resultados:** En la visita basal, el 52% de las mujeres y el 63% de los hombres cumplían criterios DSM IV-TR de alguna disfunción sexual siendo la más frecuente el trastorno orgásmico en ambos sexos. En la misma visita las puntuaciones media de la HDRS, MEI e ICG fueron 24,3, 46,4 y 4,2, respectivamente. En la evaluación a los 3 meses, 35% de las mujeres y 37% de los hombres reunieron criterios para alguna disfunción sexual, siendo las puntuaciones media de la HDRS, MEI e ICG de 11,3, 76,5 y 3, respectivamente. **Conclusiones:** La prevalencia de disfunción sexual en pacientes deprimidos es muy alta; por lo tanto, su exploración debe ser parte obligada en la evaluación de estos pacientes. Además, se observa que cuando los síntomas depresivos mejoran hay una reducción de los problemas de función sexual.

PALABRAS CLAVE: Disfunción sexual, trastornos depresivos, tratamiento antidepressivo.

SUMMARY

Introduction: The occurrence of sexual dysfunction is consistently higher in patients with depression than in the general population. The relationship between sexual dysfunction and depression seems to be bidirectional, that is, that the presence of either one of these conditions may trigger or exacerbate the other, and the treatment of one condition may improve the other. On the other hand, decreased sexual interest and function both occur as a consequence of antidepressant medication use. **Method:** Fifty depressed patients (ICD-10 criteria for depressive episode or recurrent depressive disorder) with an active sex life were assessed at baseline and at 3 months using the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), the Clinical Global Impression Scale (CGI) and the Motivation and Energy Inventory (MEI). Moreover, all of them were given on both occasions the Visual Analogue Scale for Sexual Functioning Satisfaction (VAS-SFS). **Results:** At baseline 52% of the women and 63% of the men reported some sexual dysfunction according to DSM IV-TR criteria. The most frequently reported sexual problem was orgasmic

^a Psiquiatra. Profesor Asociado Vinculado; ^bProfesora Titular ; ^cPsiquiatra; ^dCatedrático de Psiquiatría

¹ Servicio de Salud del Principado de Asturias. Oviedo, España.

² Centro de Investigación Biomédica en Red en el Área de Salud Mental Área de Psiquiatría Universidad de Oviedo. Oviedo, Asturias, España.

disorder, both by men and women. At the same time the HDRS, MEI and CGI average were 24.3, 46.4 and 4.2, respectively. At the 3-month follow-up, 35% of women and 37% of men reported some sexual dysfunction, with HDRS, MEI and CGI average scores of 11.3, 76.5 and 3, respectively. *Conclusions:* The prevalence of sexual dysfunction among depressed patients is very high; therefore its exploration should be included in the evaluation of these patients. It was also confirmed that when the depressive symptoms improve, sexual function problems are also reduced.

KEYWORDS: Sexual dysfunction, depressive disorders, antidepressants treatment.

INTRODUCCIÓN

El término disfunción sexual, tal y como se recoge en el DSM-5, hace referencia a cualquiera de los siguientes: retraso de la eyaculación, disfunción eréctil, trastorno orgásmico femenino, trastorno del deseo / excitación sexual femenina, trastorno de la penetración/ dolor genito-pélvico, trastorno de deseo sexual hipoactivo masculino, eyaculación precoz, disfunción sexual inducida por medicamentos/ sustancias, otra disfunción sexual especificada y disfunción sexual no especificada (1). Las disfunciones sexuales son un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por una alteración clínicamente significativa de la respuesta sexual o de la capacidad de experimentar placer con el sexo. Estas dificultades dan lugar con frecuencia a malestar en las relaciones interpersonales. Todos los grandes estudios epidemiológicos que se han ocupado de este tema en la población general encuentran altas tasas de disfunción sexual, siendo los más comunes el deseo sexual hipoactivo en mujeres y la eyaculación precoz en hombres (2). En un estudio en los Estados Unidos (3), más del 40% de las mujeres y el 30% de los hombres presentaron alguna forma de disfunción sexual, siendo el más frecuente en las mujeres el bajo deseo sexual (22%) y en los hombres la eyaculación precoz (21%), mientras que un análisis de la disfunción sexual en 8 países europeos, incluido España, reveló que hasta un 34% de las mujeres referían un bajo deseo sexual y el 19% de los hombres, eyaculación precoz (4,5).

Disfunción sexual en poblaciones con depresión

La prevalencia de disfunción sexual es consistentemente mayor en los pacientes con depresión que en la población general (5-9) En un estudio prospectivo realizado en Suiza, la prevalencia global de los problemas sexuales en pacientes con depresión fue aproximadamente el doble que en los controles (50% frente a 24%) (8). Sin embargo, no se apreciaron diferencias significativas en la prevalencia de trastornos de la excitación y el orgasmo entre pacientes deprimidos no tratados y los controles sanos

(9). El trastorno sexual más frecuente en pacientes deprimidos no tratados es la reducción en el deseo sexual (aproximadamente el 40% de los hombres y el 50% de las mujeres), obteniéndose unas cifras más bajas de dificultades con la erección /eyaculación (22% de los hombres) o el orgasmo (15% de las mujeres) (10,11). Johnson, Phelps y Cottler hallaron que las personas con depresión eran 5,3 veces más propensas a tener deseo sexual inhibido (12). Resultados similares se obtuvieron en estudios a gran escala diseñados para evaluar la función sexual en los pacientes deprimidos con y sin tratamiento, encontrando que la disminución de la libido fue reportada por más de dos tercios de estos pacientes. (13). También se ha encontrado una relación entre disfunción sexual y la severidad, duración y recurrencia de un episodio depresivo (8,13,14). Además, ciertas dimensiones de la personalidad pueden jugar un papel mediador adicional en la relación entre la depresión y la disfunción sexual (14-16). De otro lado, dicha relación parece ser bidireccional, en el sentido de que la presencia de una de ellas puede desencadenar o exacerbar la otra, y el tratamiento de una puede mejorar la otra (17,18).

Aunque se conoce la importancia del diagnóstico y tratamiento de la disfunción sexual en pacientes con depresión, lo cierto es que la presencia de la disfunción sexual en estos pacientes sigue siendo subestimada (19). Dos factores contribuyen a esta situación, de un lado que los pacientes suelen ser reacios a hablar de estos temas con su médico y por otro, que los médicos no suelen explorar este aspecto de la vida de los pacientes (3). Sin embargo, como algunos estudios demuestran, los pacientes están dos veces más dispuestos a hablar de los problemas sexuales cuando se pregunta directamente por ellos (13, 20) y parece que proporcionar a los clínicos instrumentos para el diagnóstico y seguimiento de los cambios en el funcionamiento sexual de pacientes con trastornos psiquiátricos ayuda de manera importante a la exploración clínica de esta área (21,22). Lamentablemente, los instrumentos actualmente disponibles en español presentan limitaciones importantes

Sin embargo, la mayor dificultad en los estudios sobre disfunción sexual en pacientes depresivos es discriminar la contribución a dichas alteraciones de la propia depresión, de otras enfermedades concurrentes y del tratamiento psicofarmacológico, así como conocer el nivel previo de función sexual (23). En las investigaciones con un enfoque de entrevista única (como son la mayoría de los estudios publicados), la recopilación de datos se hace de manera transversal y retrospectiva de modo que los antecedentes de la disfunción sexual son los proporcionados únicamente por el propio paciente, susceptibles, por tanto, de la imprecisión de la anamnesis (14). Para remediar tal dificultad es recomendable realizar estudios prospectivos que permitan seguir la evolución de los pacientes para las variables estudiadas.

Por otra parte, la prevalencia de depresión, disfunción sexual y los factores de riesgo asociados pueden variar en relación a la población estudiada, los criterios diagnósticos, y los instrumentos de evaluación. La combinación de instrumentos de medida de la función sexual, los síntomas depresivos y la severidad de la depresión, puede ayudar a identificar las asociaciones entre ellos y así contribuir a adecuar las intervenciones para mejorar la salud de los pacientes (4,24, 25).

Objetivos

Sobre la base de estos antecedentes, se diseñó un estudio con los siguientes objetivos: a) conocer la prevalencia de disfunción sexual en una muestra de pacientes que consultan por depresión mayor, b) identificar factores predictivos de la función sexual en relación a variables socio-demográficas, severidad de la depresión, uso de alcohol y drogas, estado de salud y tratamientos farmacológicos, c) registrar los cambios en la función sexual de la muestra a través del tiempo y analizar su relación con los posibles predictores (intensidad de la depresión, tratamiento con antidepresivos y otros fármacos, uso de alcohol / drogas o enfermedades médicas).

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se trata de un estudio prospectivo, observacional, multicéntrico, abierto, que se llevó a cabo en siete centros de salud mental ambulatorios de Asturias (España). Los investigadores fueron psiquiatras que incluyeron a los primeros cinco pacientes con diagnóstico de

depresión mayor que vieron en su práctica clínica una vez iniciado el estudio. La investigación fue autorizada por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y cumple con las recomendaciones de la Declaración de Helsinki 1975, revisada en 1983. Todos los pacientes dieron consentimiento escrito para participar en el proyecto antes de su inclusión en el mismo y se les entrevistó en dos ocasiones, la primera al inicio del estudio y la segunda tres meses después. Los datos fueron recogidos durante consultas de rutina.

Muestra

La muestra estuvo compuesta por pacientes ambulatorios con depresión. Los criterios de inclusión fueron: (i) edad entre 18 y 65 años, (ii) diagnóstico de episodio depresivo/ trastorno depresivo mayor según criterios CIE 10, (iii) puntuación total en la Escala de Hamilton para Depresión (HDRS) ≥ 18 , (iv) estar activo sexualmente (definido por tener relaciones sexuales, masturbarse u otro tipo de actividad sexual) en algún momento durante los 12 meses anteriores, (v) tener capacidad para contestar las escalas y (vi) dar consentimiento informado para participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron mínimos, teniendo en cuenta la naturaleza del estudio: incapacidad para contestar las escalas y no firmar el consentimiento informado.

Cuestionario general/Datos de muestra

Se recogieron las siguientes variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel educativo y empleo, e información sobre el estado de salud, la presencia de disfunción sexual según criterios del DSM-IV-TR, tratamiento con antidepresivos y otros fármacos, y uso de tabaco, alcohol y drogas.

Escalas

A todos los pacientes se les administró en la visita basal y a los tres meses los siguientes instrumentos: la Escala de Depresión de Hamilton (HDRS), el Inventario de Motivación y Energía (MEI) y la Impresión Clínica Global (ICG). Además, los pacientes cumplieron la escala visual analógica de satisfacción con el funcionamiento sexual (VAS-SFS) en las referidas visitas.

La VAS-SFS fue desarrollada para medir el grado de satisfacción del paciente con la función sexual. Está diseñado como una línea vertical de 100 mm de

longitud, en cuyos extremos aparecen los valores “muy satisfecho” (extremo superior) y “muy insatisfecho” (extremo inferior). El paciente marca el punto en la línea que cree que representa mejor su nivel actual de satisfacción. El VAS-SFS se obtiene midiendo la distancia en milímetros desde el extremo inferior hasta la marca del paciente.

La ICG (26) es uno de los instrumentos breves de evaluación más utilizados en psiquiatría. Es una escala con dos modalidades para medir la gravedad que el observador otorga a la enfermedad: ICG de Severidad (ICG-S), para una única evaluación e ICG de Cambio (ICG-C), para evaluar el cambio en la gravedad en evaluaciones sucesivas. La calificación es producto de la experiencia del clínico, quien puede disponer o no de información adicional. Cada uno de estos dos componentes se clasifica por separado. En este estudio, se han utilizado la ICG-S en la visita basal y la ICG-C en la visita a los tres meses. La valoración la otorga el clínico mediante una escala Likert de 7 puntos de intensidad. En la ICG-S oscila entre “1 = normal, no enfermo” y “7 = entre los pacientes más gravemente enfermos”, mientras que la ICG-C va de “1 = mucho mejor” a “7 = mucho peor”.

La HDRS consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad de los síntomas depresivos. Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro y una puntuación de 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño. Debe ser administrado por un clínico (27, 28). Para cada ítem la escala proporciona criterios operativos de puntuación. Para ser incluido como miembro de la muestra el paciente debía tener una puntuación ≥ 18 en la visita basal. El estado clínico fue valorado nuevamente con la escala tres meses más tarde. Todos los investigadores estaban entrenados para mantener altos niveles de fiabilidad entre evaluaciones.

La escala MEI fue diseñada para valorar la disminución en motivación y energía que aprecian los pacientes deprimidos y que puede estar presente también en otros entornos clínicos e incluso en población general (29). Por tanto, en el caso de la depresión ofrece información complementaria a otras escalas que evalúan la gravedad de los síntomas depresivos, como la HDRS, en relación a los referidos parámetros. La componen 30 ítems que proporcionan una puntuación global y de tres sub-escalas: energía física, energía mental y motivación social. Puede ser cumplimentada por el propio paciente y carece de puntuación de corte. Cuanta más alta es la puntuación mayor es el nivel de motivación y energía y viceversa.

Análisis estadístico

El análisis estadístico fue hecho usando el SPSS 15 (SPSS Inc., Chicago, IL, EEUU). El nivel de significación utilizado fue de 0,05. Las estadísticas descriptivas fueron calculadas para la muestra total y para los hombres y mujeres por separado. Chi-cuadrado y la prueba t- Student se utilizaron para determinar diferencias estadísticamente significativas según el sexo.

RESULTADOS

Muestra

En total fueron reclutados 50 pacientes, 31 mujeres y 19 varones. De ellos, 5 (10%) no pudieron ser evaluados a los tres meses (3 mujeres y 2 hombres), 4 (8%) porque se perdieron en el seguimiento y 1 (2%) porque denegó el consentimiento.

La Tabla 1 presenta las características clínicas y demográficas de la muestra en su conjunto y de los hombres y mujeres por separado. La edad media era de 47,9 años (desviación estándar [SD] = 9,4), 62% eran mujeres, 74% estaban casados o convivían con parejas, 26,5% tenían estudios universitarios y 58% trabajaban (32% a tiempo completo, 8% a tiempo parcial, 2% estudiantes, 16% amas de casa). No se obtuvieron diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a estas variables (Tabla 1).

Con respecto a comorbilidades, 30% referían alguna enfermedad somática, siendo mayor el porcentaje de mujeres con alguna de estas (38,7%) que el de los hombres (15,8%) pero sin que las diferencias alcanzaran significación estadística (chi-cuadrado: 2,947, $p=0,08$). Las enfermedades más frecuentes fueron artrosis e hipertensión arterial (3,9%). En relación a los hábitos tóxicos, 26% eran fumadores de tabaco y el 18% consumidores de alcohol, apreciándose que el número de bebedores era significativamente mayor entre los hombres (31,6% vs 9,7% de las mujeres, chi-cuadrado= 3,828, $p=0,05$). Ningún miembro de la muestra reconoció el uso de otras drogas, tales como cannabis, cocaína o heroína (Tabla 1).

Disfunción sexual en el momento de la evaluación basal

En cuanto a la presencia de trastornos de la función sexual definidos según los criterios de DSM

Tabla 1. Características clínicas y demográficas

	Total muestra N= 50	Hombres N= 19	Mujeres N= 31	Test estadístico	P
Edad media (SD)	47,9 (9,4)	49,7 (9,5)	46,8 (9,4)	1,053 ^a	0,297
Mujeres n %	31 (62%)				
Estado civil n %				0,39 ^b	0,532
Soltero*	13 (26%)	4 (21,1%)	9 (29%)		
Casado	37 (74%)	15 (78,9%)	22 (71%)		
Nivel educativo n %				1,191 ^b	0,551
Estudios primarios	25 (51%)	11 (61,1%)	14(45,2%)		
Secundaria	11 (22,4%)	3 (16,7%)	8 (25,8%)		
Universidad	13 (26,5%)	4 (22,2%)	9 (29%)		
Estado laboral n %				1,422 ^b	0,233
Trabajan	29 (58%)	9 (47,4%)	20(64,5%)		
No trabajan [†]	21 (42%)	10 (52,6%)	11(35,5%)		
Enfermedades comórbidas [‡]				2,947 ^b	0,086
Sí	15 (30%)	3 (15,8%)	12(38,7%)		
No	35 (70%)	16 (84,2%)	19(61,3%)		
Fumadores				1,872 ^b	0,171
Sí	13 (26%)	7 (36,8%)	6 (19,4%)		
No	37 (74%)	12 (63,2%)	25(80,6%)		
Alcohol				3,828 ^b	0,05
Sí	9 (18%)	6 (31,6%)	3 (9,7%)		
No	41 (82%)	13 (68,4%)	28(90,3%)		

*Soltero incluye los siguientes estados civiles: sin matrimonio, viudo y separado/ divorciado.

[†]No trabajan incluye: incapacitados temporales y permanentes, jubilados y parados.

[‡]Enfermedades comórbidas incluye hipertensión, artrosis, diabetes, dislipemia, hipotiroidismo.

a = t-Student; b = Chi-cuadrado; SD = desviación standard.

IV-TR, en el grupo de las mujeres, 15 casos (48,4%) no presentaban ninguna disfunción, estando presente al menos una (media de trastornos por mujer: 1,03, SD: 1,6) en las 16 (51,6%) mujeres restantes, con la siguiente distribución: Deseo sexual hipoactivo en 5 casos (31,2%), aversión sexual en 6 (37,5%), trastorno excitación en 5 (31,2%), trastorno orgásmico femenino en 8 (50%), dispareunia en 2 (12,5%) y vaginismo en 1(6,2%) caso. La puntuación media de la impresión clínica global (ICG-S) para la disfunción sexual fue de 3,83 (SD: 1,5).

Entre los hombres, según los mismos criterios, 7 (36,8%) no presentaban ningún trastorno, mientras que los 12 restantes (63,2%) referían al menos uno (media de trastornos por varón: 1,82, SD: 1,9), con la siguiente distribución: Deseo sexual hipoactivo en 6 (50%) casos, aversión sexual en 6 (50%), trastorno de erección en 6 (50%), trastorno orgásmico en 8

(66,7%), eyaculación precoz en 3 (25%) y dispareunia en 2 (16,7%). La puntuación media de la ICG-S para la disfunción sexual fue de 3,47 (SD: 1,3), sin apreciarse diferencias significativas con la puntuación media ICG-S de las mujeres (t- Student: 0,834; SD: 0,409).

La muestra también resultó estadísticamente homogénea en relación al porcentaje de hombres y mujeres afectados por alguna disfunción sexual, no encontrándose diferencias significativas en cuanto a la media de trastornos presentes (t -Student: 1,451; p= 0,154).

Evaluación basal de síntomas depresivos y satisfacción sexual

En relación a la sintomatología depresiva durante la evaluación basal, la puntuación media en la HDRS (Tabla 2) fue de 24,34 (SD: 4,6), la MEI (Tabla 3)

de 46,38 (SD: 20,3) y de la impresión clínica global (ICG-S) 4,18 (SD: 0,5), sin diferencias significativas entre hombres y mujeres (Tabla 2).

El 94% de los pacientes recibía tratamiento antidepresivo psicofarmacológico, 22 (43%) con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), 20 (39,2%) con duales (venlafaxina o duloxetina), 3 (5,9%) con antidepresivos tricíclicos (ADT), 2 (3,9%) con agomelatina y 1 (2%) con bupropion. El 84,3% de los casos tratados recibían monoterapia, mientras 8 pacientes (15,7%) tenían asociado otro fármaco antidepresivo: 3 (5,9%) bupropion, 3 (5,9%) trazodona, 1 (2%) mirtazapina y 1 (2%) venlafaxina.

Con respecto a satisfacción personal con la sexualidad, medida con la escala analógico visual (EVA) se obtuvo una puntuación media de 25,81 (SD: 18,1) para el total de la muestra, alcanzando 30,37 (SD: 16,8) en los hombres y 22,92 (SD: 18,5) en las mujeres.

La presencia de disfunción sexual en hombres y mujeres no presentó ninguna relación estadísticamente significativa con la puntuación en la HDRS (hombres:

t-Student= -1,226, p= 0,244; mujeres: t-Student= -0,577, p= 0,57), ni con la MEI (hombres: t-Student= 0,011, p= 0,992; mujeres: t-Student= 1,132, p= 0,262) y tampoco con el tratamiento antidepresivo (chi-cuadrado: 0,024, p= 0,878). Sin embargo, si correlacionó con la ICG acerca de la disfunción sexual tanto en hombres (t-Student: -2,957, p= 0,011) como en mujeres (t-Student: -2,175, p= 0,04). Tampoco hubo correlación significativa entre la EVA y la puntuación en la HDRS, pero sí se encontró entre aquella y la calificación media de la MEI en hombres (chi-cuadrado: 0,66, p= 0,005). Sin embargo, en las mujeres no llegó a alcanzar significación estadística, aunque apunta la tendencia (chi-cuadrado: 0,34, p= 0,06).

Disfunción sexual a los tres meses

En cuanto a la presencia, a los tres meses de la visita basal, de trastornos de la función sexual definidos según los criterios de DSM IV-TR, en el grupo de las mujeres, 20 casos (64,5%) no presentaban ninguna disfunción, estando presente al menos una en las 11 (35,5%) mujeres restantes, con la siguiente distribución: Deseo sexual hipoactivo en 2 (18,1%) casos, aversión sexual en 3 (27,2%), trastorno excitación en 4 (36,4%)

Tabla 2. Puntuación media escala Hamilton e ICG-S (evaluación basal)

	Total muestra	Hombres	Mujeres	Test estadístico	p
HDRS Total (SD)	24,34 (4,6)	25,87 (4,6)	23,46 (4,4)	1,711	0,094
HDRS Melancolía (SD)	11,81 (2,2)	12,26 (2,3)	11,51 (2,2)	1,133	0,263
HDRS Ansiedad (SD)	4,88 (1,3)	5,21 (1,3)	4,67 (1,3)	1,384	0,173
HDRS Sueño (SD)	3,9 (1,3)	3,78 (1,5)	4,03 (1,2)	0,629	0,532
Media CGI-S (SD)	4,18 (0,5)	4,06 (0,5)	4,23 (0,6)	-1,039a	0,304

*T de Student

Tabla 3. Puntuación media escala MEI (evaluación basal)

	Total muestra	Hombres	Mujeres	Test estadístico	p
MEI Total (SD)	46,38 (20,3)	54,31 (20,9)	43 (19)	1,854	0,07
	20,42 (9,5)	23,47 (9,1)	19,09 (9,4)	1,553	0,127
MEI MS (SD)	10,84 (6,1)	12,61 (6,7)	10,03 (5,7)	1,438	0,157
MEI EF (SD)	16,73 (3,1)	16,88 (3,1)	16,6 (3,1)	0,297	0,768

*T de Student

EM= energía mental, EF=energía física, MS= motivación social.

y trastorno orgásmico femenino en 4 (36,4%). Ninguna mujer cumplía criterios de dispareunia, ni de vaginismo. La puntuación media de la impresión clínica global (ICG-C) para la disfunción sexual fue de 2,89 (SD: 1,5).

Entre los hombres, según los mismos criterios, 12 (63,1%) no presentaban ningún trastorno, mientras los 7 restantes (36,9%) referían al menos uno, con la siguiente distribución: Deseo sexual hipoactivo en 2 (28,5%) casos, aversión sexual en 2 (28,5%), trastorno de erección en 2 (28,5%) y trastorno orgásmico en 3 (42,8%). Ningún hombre cumplía criterios de eyaculación precoz, ni de dispareunia. La puntuación media de la ICG-C para la disfunción sexual fue de 2,5 (SD: 1,3).

Evaluación de síntomas depresivos y la satisfacción sexual a los tres meses

En relación a la sintomatología depresiva a los tres meses, la puntuación media en la escala de Hamilton (Tabla 4) fue de 11,33 (SD: 5,9), la MEI (Tabla 5) de 76,55 (SD: 28,8) y de la impresión clínica global (ICG-S) 3,08 (SD: 0,9), sin diferencias significativas entre hombres y mujeres, excepto para la sub-escala MEI de energía física, significativamente más alta en varones (Tablas 4 y 5).

El 94% de los pacientes seguía recibiendo tratamiento antidepresivo psicofarmacológico, 17 (38%) con ISRS, 21 (46,8%) con duales (venlafaxina

o duloxetina), 2 (4,2%) con ADT, 1 (2%) con agomelatina y 4 (8,5%) con bupropion. El 68,1% de los casos eran tratados con monoterapia, mientras 15 pacientes (31,9%) recibían otro fármaco antidepresivo: 5 (10,6%) bupropion, 3 (5,9%) trazodona, 3 (5,9%) agomelatina, 1 (2%) mirtazapina, 1 (2%) venlafaxina, 1 (2%) duloxetina y 1 (2%) ADT.

En relación a satisfacción personal con la sexualidad, medida por la escala analógico visual (EVA) se obtuvo una puntuación media de 53,2 (SD: 27,4) para el total de la muestra, alcanzando los 57,68 (SD: 26,1) en los hombres y 50,37 (SD: 28,2) en las mujeres.

A los 3 meses se encuentra una relación estadísticamente significativa entre la disfunción sexual y la puntuación en la escala Hamilton tanto en hombres (t-Student: -2,379, p= 0,04) como en mujeres (t-Student: -2,546, p= 0,022), pero no entre aquella y la puntuación en la escala MEI de hombres (t-Student: 0,453, p= 0,664) y mujeres (t-Student: 1,576, p= 0,132). Tampoco se observa relación de estas características entre la disfunción sexual y el tratamiento antidepresivo (chi-cuadrado: 0,201, p= 0,654) como ocurría en la evaluación basal. A los 3 meses también se obtiene una relación estadísticamente significativa entre las puntuaciones medias de la EVA y la MEI tanto en hombres (chi-cuadrado: 0,812, p= 0,002) como en mujeres (chi-cuadrado: 0,719, p= 0,000) y para todas las subescalas.

Tabla 4. Puntuación media escala Hamilton e ICG-C (3 meses)

	Total muestra	Hombres	Mujeres	Test estadístico	p
HDRS Total (SD)	11,33 (5,9)	11,13 (6,9)	11,47 (5,3)	-0,168	0,867
HDRS Melancolía (SD)	5,95 (3,2)	5,72 (3,6)	6,11 (2,9)	-0,398	0,693
HDRS Ansiedad (SD)	2,76 (1,3)	2,55 (1,4)	2,89 (1,2)	-0,891	0,377
HDRS Sueño (SD)	1,86 (1,5)	1,77 (1,7)	1,92 (1,3)	-0,319	0,752
Mean CGI-C score (SD)	3,08 (0,9)	3,06 (0,9)	3,1 (1)	-0,147	0,884

*T de Student

Tabla 5. Puntuación media escala MEI (evaluación 3 meses)

	Total muestra	Hombres	Mujeres	Test estadístico	p
MEI Total (SD)	76,55 (28,8)	87,27 (30)	71,84 (27,5)	1,507	0,141
MEI EM (SD)	31,92 (11,2)	35,85 (11,2)	29,8 (10,7)	1,67	0,103
MEI MS (SD)	19,7 (6,4)	21,06 (6,1)	19 (6,5)	1,021	0,313
MEI EF (SD)	18,52 (6,8)	21,12 (6,2)	17 (6,8)	2,051	0,046

*t-Student

EM= energía mental, EF=energía física, MS= motivación social.

Diferencias entre evaluación basal y seguimiento a tres meses

Las diferencias entre la evaluación basal y la realizada a los 3 meses con la escala de Hamilton alcanzan significación estadística, tanto en la puntuación total como para todas las sub-escalas, indicando una marcada disminución de la gravedad de los síntomas depresivos (Tabla 6).

La diferencia entre la ICG obtenida en la evaluación basal y a los 3 meses tanto para la gravedad de la

depresión del total de la muestra como de la disfunción sexual de las mujeres recoge la mejoría apreciada por los clínicos y alcanza también significación estadística (Tabla 7).

Las diferencias en la escala MEI son indicativas también de una clara mejoría en los niveles de energía y motivación (Tabla 8), alcanzando significación estadística. De las puntuaciones en las sub-escalas, sólo la relativa a energía física queda por debajo de lo estadísticamente significativo.

Tabla 6. Comparación de puntuaciones medias basales y a 3 meses en la HDRS e ICG Depresión

	Total muestra				Hombres		Mujeres	
	Basal	3 meses	t- Student	p	Basal	3 meses	Basal	3 meses
HDRS Total (SD)	24,34 (4,6)	11,33 (5,9)	10,255	0,000	25,87 (4,6)	11,13 (6,9)	23,46 (4,4)	11,47 (5,3)
HDRS Melancolía (SD)	11,81 (2,2)	5,95 (3,2)	10,373	0,000	12,26 (2,3)	5,72 (3,6)	11,51 (2,2)	6,11 (2,9)
HDRS Ansiedad (SD)	4,88 (1,3)	2,76 (1,3)	8,207	0,000	5,21 (1,3)	2,55 (1,4)	4,67 (1,3)	2,89 (1,2)
HDRS Sueño (SD)	3,9 (1,3)	1,86 (1,5)	8,127	0,000	3,78 (1,5)	1,77 (1,7)	4,03 (1,2)	1,92 (1,3)
Promedio ICG-S (SD)	4,18 (0,5)	3,08 (0,9)	5,807	0,000	4,06 (0,5)	3,06 (0,9)	4,23 (0,6)	3,1 (1)

Tabla 7. Comparación medias ICG basales y 3 meses

Media	Basal	3 meses	t-Student	p
ICG Depresión	4,18 (0,5)	3,08 (0,9)	5,807	0,000
ICG Disfunción sexual hombres	3,44 (1,4)	2,5 (1,3)	2,035	0,06
ICG Disfunción sexual mujeres	3,89 (1,5)	2,89 (1,5)	4,145	0,000

Tabla 8. Comparación puntuaciones media MEI basales y 3 meses

	Total muestra				Hombres		Mujeres	
	Basal	3 meses	t- Student	p	Basal	3 meses	Basal	3 meses
MEI Total (SD)	46,38 (20,3)	76,55 (28,8)	-5,65	0,000	54,31 (20,9)	87,27 (30)	43 (19)	71,84 (27,5)
MEI EM (SD)	20,42 (9,5)	31,92 (11,2)	-5,644	0,000	23,47 (9,1)	35,85 (11,2)	19,09 (9,4)	29,8 (10,7)
MEI MS (SD)	10,84 (6,1)	19,7 (6,4)	-7,746	0,000	12,61 (6,7)	21,06 (6,1)	10,03 (5,7)	19 (6,5)
MEI EF (SD)	16,73 (3,1)	18,52 (6,8)	-1,886	0,066	16,88 (3,1)	21,12 (6,2)	16,6 (3,1)	17 (6,8)

EM= energía mental, EF=energía física, MS= motivación social.

Tabla 9. Comparación media puntuaciones EVA basales y 3 meses

	Basal	3 meses	t-Student	p
EVA hombres	30,37 (16,8)	57,68 (26,1)	-3,95	0,001
EVA mujeres	22,92 (18,5)	50,37 (28,3)	-5,38	0,000
EVA Total	25,81 (18,1)	53,2 (27,4)	-6,73	0,000

Asimismo, hay una reducción entre evaluaciones de hombres y mujeres afectados por alguna disfunción sexual, reflejada en la valoración de la satisfacción personal con la sexualidad medida mediante la Escala Visual Analógica (EVA), cuyas puntuaciones a los 3 meses son más elevadas; la diferencia alcanza significación estadística tanto en mujeres como en hombres (Tabla 9).

Se aprecian también diferencias en el tratamiento psicofarmacológico entre la evaluación basal y a los 3 meses, de modo que en 15 casos (30%) se produce un cambio en el mismo, aumentando en 7 casos (14%) el número de pacientes tratados con dos antidepresivos y el uso de antidepresivos con menos efecto sobre la función sexual. Estas diferencias alcanzan significación estadística (chi-cuadrado: 83,248, $p=0,000$).

DISCUSIÓN

La prevalencia de disfunción sexual entre los pacientes de la muestra es alta (56%), en consonancia con las cifras encontradas en estudios previos (5, 6, 8-11, 15, 19, 22-25), poniendo de manifiesto una vez más la elevada frecuencia de las alteraciones de la función sexual en pacientes deprimidos. Al igual que en los referidos estudios, también se ha encontrado que la prevalencia en dichos trastornos es mayor en hombres (63,2%) que en mujeres (51,6%), siendo el más frecuente en este estudio la disfunción orgásmica en ambos géneros.

Por otra parte, no se encontró ninguna relación significativa entre la disfunción sexual y algunas variables potencialmente predictivas de la misma, como edad, intensidad de los síntomas depresivos, la concurrencia de patología orgánica, el consumo de alcohol o tratamiento antidepresivo. Con respecto a este último, es muy probable que la distribución de los pacientes dificultara el hallazgo de tal correlación, pues la mayoría (82,2%) recibían tratamiento con ISRS o duales (venlafaxina o duloxetina), fármacos con una demostrada capacidad de producir disfunción sexual (5, 11, 22-25, 29-32).

En relación a los cambios en el intervalo entre evaluaciones, se observa una significativa mejoría en la situación clínica de los componentes de la muestra, apreciable en las puntuaciones de las escalas que evalúan los síntomas depresivos y la disfunción sexual. Así, en la HDRS, de una puntuación media en la evaluación basal cercana a 25 para el total de la muestra y los desagregados por género (indicativa, por tanto, de una depresión franca) se pasa a una media de 11 a los 3 meses, demostrativa de una reducción clínicamente relevante de los síntomas depresivos. Otro tanto se aprecia en la MEI, cuya puntuación media pasa de 46 a 76, y en la puntuación de la Impresión Clínica Global (ICG depresión) cuya media cambia de moderada a levemente enfermo. Obviamente, las diferencias entre la evaluación basal y la realizada a los 3 meses, en la puntuación de las escalas Hamilton, MEI e ICG resultan claramente significativas (Tabla 6).

En cuanto a la disfunción sexual, en la evaluación basal el 51,6% de las mujeres y el 63,2% de los hombres reunían criterios para al menos uno de los trastornos de la función sexual definidos por los criterios de DSM IV-TR, pasando al 35,5% y 36,9%, las mujeres y hombres que reunían dichos criterios a los 3 meses. La mejoría clínica expresada en la reducción en los porcentajes de hombres y mujeres afectados por alguna disfunción sexual se observó también en las puntuaciones obtenidas en la EVA que suben de 25,81 a 53,2 y en la ICG que pasó de una puntuación media en el rango de leve o moderadamente enfermo tanto en mujeres como en hombres a dudosa o levemente enfermos en ambos. Tanto las diferencias en la EVA como en la ICG de disfunción sexual alcanzan significación estadística (Tabla 10).

En la evaluación a los tres meses se obtiene, además, una relación significativa entre la intensidad de los síntomas depresivos y la disfunción sexual, de manera que, como en otros estudios (8,13, 21, 23, 25), se advierte que la mejora en la depresión y en la función sexual se dan juntas. Es probable que el reducido tamaño de la muestra haya dificultado la detección de esta correspondencia en la evaluación basal.

Aunque el estudio es de tipo observacional naturalístico y no incluía, por tanto, ninguna acción evaluable, en el intervalo entre valoraciones se observa un cambio generalizado en el tratamiento psicofarmacológico de los integrantes de la muestra. Es posible que la apreciación que los clínicos hacen de la intensidad de los síntomas, detectable por la significativa correlación entre las puntuaciones de la ICG, los síntomas depresivos y las disfunciones sexuales, haya podido contribuir a la decisión de modificar el tratamiento.

El cambio de tratamiento es la única variable objetivable a la que se puede atribuir la mejoría detectada, aunque podría no ser la única, sin descartarse tampoco una mejora espontánea. No obstante, con respecto a la última, los estudios que han valorado este tipo de cambios han alcanzado a cuantificarlos alrededor de un 15% (24, 25), muy por debajo de la mejoría encontrada. Por otro lado, no se obtiene ninguna relación significativa entre el tipo de antidepressivo y la disfunción sexual, aunque el 84,8% eran tratados con ISRS o duales.

Los hallazgos del estudio están sujetos a las limitaciones del afronte naturalístico con una muestra reducida y sin grupo control, que investiga, entre otros aspectos, la función sexual con las dificultades que entraña la ausencia de instrumentos adecuados para tal fin. De otro lado, el estudio tiene la ventaja de contar con un diseño prospectivo que permite observar la evolución de los pacientes en el tiempo, aunque el intervalo de tres meses entre evaluaciones puede ser escaso para interpretar la consistencia de los cambios. Sin embargo, la ausencia en la práctica de criterios de exclusión en el estudio ha permitido captar casos que se corresponden con el tipo de pacientes habituales en nuestras consultas psiquiátricas.

En todo caso, los resultados parecen indicar que en el manejo de las disfunciones sexuales asociadas a la depresión, el primer objetivo del tratamiento debe ser la mejora de los síntomas depresivos, porque con ella se consigue, al menos inicialmente, una mejora del funcionamiento sexual; para conseguir tal objetivo se deben utilizar los psicofármacos más eficaces al margen de su perfil de efectos secundarios sobre la actividad sexual. Alcanzada la remisión inicial de los síntomas depresivos será cuando la información disponible acerca de la función sexual previa del paciente, los cambios con la depresión y la influencia del tratamiento farmacológico, orientarán las estrategias de continuación del tratamiento (28-30).

Se pone pues de manifiesto una vez más, la importancia de evaluar activamente la función sexual de los pacientes deprimidos. En primer lugar porque ellos no suelen hacer una referencia espontánea a la misma, quedando habitualmente oculta. Una segunda razón es porque, tal y como se comprueba en este estudio, investigar acerca de la presencia de disfunciones sexuales ofrece a los clínicos información relevante para calibrar la gravedad de la depresión. Además, la mejora en la función sexual puede ser un buen indicativo de la efectividad del tratamiento. Por último, porque evaluar la función sexual de los pacientes en los distintos momentos del tratamiento orienta la elección del antidepressivo de acuerdo con su perfil de efectos secundarios.

CONCLUSIONES

La prevalencia de disfunción sexual en pacientes deprimidos es muy elevada, tal y como se aprecia de manera reiterada en este y otros estudios. Por tanto, la exploración de la función sexual debe formar parte de la evaluación habitual de todo caso con síntomas depresivos. Los pacientes no son reacios a responder preguntas relativas a su vida sexual cuando son interrogados, arrojando luz sobre un área que de otro modo puede quedar oculta. En este sentido, el uso de escalas visuales analógicas para medir la satisfacción con la sexualidad es especialmente apropiado porque son fáciles de cumplimentar y remiten a la experiencia subjetiva, alejándose de una valoración de la misma en relación a parámetros externos de "normalidad". Es razonable esperar que determinadas variables como la edad, consumo de alcohol/drogas, ciertos fármacos y algunas enfermedades como la diabetes, tengan influencia en la actividad sexual de los pacientes. La ausencia de hallazgos de tal tipo en este estudio es más atribuible al reducido tamaño de la muestra que a la falta de relevancia de aquellos factores. No obstante, se aprecia una significativa correlación entre la mejoría de los síntomas depresivos y de la función sexual, demostrando que la respuesta favorable al tratamiento abarca también la sexualidad. Por tanto, el tratamiento de la depresión determina una mejora de la función sexual en paralelo a la mejoría de los síntomas depresivos. Este efecto positivo inicial sobre la función sexual podría reducirse o desaparecer a medio plazo por los efectos secundarios de los antidepressivos. En este sentido, la estrategia terapéutica a mediano y largo plazo se debe elaborar teniendo en cuenta el funcionamiento sexual del paciente y el perfil de efectos secundarios de los distintos fármacos sobre dicho funcionamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Ed. (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Derogatis LR, Burnett AL. The epidemiology of sexual dysfunctions. *J Sex Med.* 2008; 5 (2):289-300.
3. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281:537-544.
4. Moreira ED, Glasser DB, Nicolosi A, et al. Sexual problems and help-seeking behavior in adults in the United Kingdom and continental Europe. *BJU Int.* 2008;101:1005-1011.
5. Kennedy SH, Rizvi S. Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. *J Clin Psychopharmacol.* 2009;29(2):157-64
6. Angst J. Sexual problems in healthy and depressed persons. *Int Clin Pharmacol.* 1998;13:S1-S4.
7. Casper R, Redmond D, Katz M, et al. Somatic symptoms in primary affective disorder. Presence and relationship to the classification of depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1985;42:1098-1104.
8. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, et al. What is the true prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? *J Sex Med.* 2008;5:777-787.
9. Mathew R, Weinman M. Sexual dysfunctions in depression. *Arch Sex Behav.* 1982; 11:323-328.
10. Laurent SM, Simons AD. Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clin Psychol Rev.* 2009; 29 (7): 573-85.
11. Kennedy S, Dickens S, Eisfeld B, et al. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J Affect Disord.* 1999;56:201-208.
12. Johnson, S. D., Phelps, D. L., & Cottler, L. B. The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Archives of Sexual Behavior.* 2004;33:55-63.
13. Bonierbale M, Lançon C, Tignol J. The ELIXIR study: evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France. *Curr Med Res Opin.* 2003;19:114-124.
14. Cyranowski JM, Bromberger J, Youk A, et al. Lifetime depression history and sexual function in women at midlife. *Arch Sex Behav.* 2004;33:539-548.
15. Chen KC, Yang YK, Lee IH, et al. Sexual dysfunction and physicians' perception in medicated patients with major depression in Taiwan. *Depress Anxiety.* 2008;25:E56-E62.
16. Merino MJ, González MP, Muñoz J, Bobes J. Sexual dysfunction in depressed patients undergoing treatment with antidepressants. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2000;4, 311-17.
17. Araujo A, Durante R, Feldman H, et al. The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: cross-sectional results from the Massachusetts Male Aging Study. *Psychosom Med.* 1998;60:458-465.
18. Seidman S, Roose S. The relationship between depression and erectile dysfunction. *Curr Psychiatry Rep.* 2000;2:201-205.
19. Dell'Osso L, Carmassi C, Carlini M, Rucci P, Torri P, Cesari D, Landi P, Ciapparelli A, Maggi M. Sexual dysfunctions and suicidality in patients with bipolar disorder and unipolar depression. *J Sex Med.* 2009; 6:3063-70.
20. Keller A, McGarvey EL, Clayton AH. Reliability and construct validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire short-form (CSFQ-14). *J Sex Marital Ther.* 2006; 32:43-52.
21. Bobes J, Gonzalez MP, Rico-Villademoros F, Bascaran MT, Sarasa P, Clayton A validation of the Spanish version of the changes in sexual functioning questionnaire (CSFQ). *J Sex Marital Ther.* 2000; 26(2):119-31.
22. Segraves RT. Sexual dysfunction associated with antidepressant therapy. *Urol Clin North Am.* 2007; 34(4):575-9
23. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction.
24. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. *J Clin Psychiatry.* 2001;62 Suppl 3:10-21.
25. Segraves RT. Pharmacologic management of sexual dysfunction: benefits and limitations. *CNS Spectr.* 2003;8(3):225-9.
26. Balon R, Segraves RT. Survey of treatment practices for sexual dysfunction(s) associated with anti-depressants. *J Sex Marital Ther.* 2008;34(4):353-65.
27. Guy W. Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) assessment manual. Rockville: National Institute of Mental Health; 1976.
28. Bech P, Allerup P, Gram LF, Resiby N, Rosenberg R, Jacobsen O et al. The Hamilton Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand* 1981; 63: 290-299
29. Ballesteros J, Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Re R, Ibarra N, Guemes I. Sensitivity to change, discriminative performance, and cutoff criteria to define remission for embedded short scales of the Hamilton depression rating scale (HAMD). *J Affect Disord.* 2007; 102 (1-3):93-9.
30. Fehnel SE, Bann CM, Hogue SL, Kwong WJ, Mahajan SS. The development and psychometric evaluation of

- the Motivation and Energy Inventory (MEI). *Quality of Life Research* 2004; 13: 1321-1336.
31. Clayton AH, Pradko JF, Croft HA, Montano CB, Leadbetter RA, Bolden-Watson C, Bass KI, Donahue RMJ, Jamerson BD, Metz A. Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:357-66.
32. Clayton A, Kornstein S, Prakash A, Mallinckrodt C, Wohlreich M. Changes in sexual functioning associated with duloxetine, escitalopram, and placebo in the treatment of patients with major depressive disorders. *J Sex Med*. 2007;4:917-29.
33. Balon R. SSRI-associated sexual dysfunction. *Am J Psychiatry*. 2006; 163 (9): 1504-9.

Recibido: 11/01/2013 Aceptado: 16/04/2013
--