

Dra. Luz de Myotanh Vázquez Canales
Jornadas de Sexo, Dolor y Rumba. Camfic
17 de octubre 2024

Fármacos y sexualidad

M^a Carmen es una mujer de 54 años que vive en casa con su marido y sus dos hijos. Se casó siendo muy joven y a los 20 años ya tuvo a su primer hijo, Javier. Y a los 23 años, Alejandra. No tuvo oportunidad de estudiar una carrera, pero sabía que ella y su marido tenían que sacar a sus hijos adelante. Mientras cuidaba a sus hijos por la mañana, su marido trabajaba, y por la noche acudía a clases nocturnas para sacarse el módulo de administrativa. Aunque le costó un poco más de tiempo que al resto, lo consiguió. Con sus hijos un poco más mayores se sacó su oposición y hoy trabaja como administrativa en el ayuntamiento de su pueblo. Lleva más de 20 años. Pero, su vicio por el tabaco siempre le ha acompañado, inclusive cuando estaba embarazada de sus hijos.

Hace 2 años, un domingo por la mañana se levantó. Parecía que todo estaba bien, pero empezó a notar un dolor en el pecho. El dolor cada vez era más fuerte y cayó redonda al suelo. Cuando se despertó estaba en la planta de Medicina Interna de un hospital. No se acordaba de nada. Tenía una sensación de estar embotada, con dolor de cabeza y la boca seca. Su marido le explicó que había sufrido un infarto. M^a Carmen se asustó mucho, pero la evolución fue favorable. Sin embargo, la función ventricular debido a un importante infarto había caído al 35%. Así que, no solamente tenía una cardiopatía isquémica, sino que la insuficiencia cardiaca le acompañaría de por vida.



A sus ya enfermedades, se sumó un cóctel de pastillas diarias, la recomendación de dejar de fumar y visitas cada 6 meses al cardiólogo.

Al igual que su madre, su fertilidad se mantuvo longeva, pero tras su episodio en el hospital, su regla desapareció para no volver. Ya no se acuerda de ella, pero con cierta frecuencia tenía algún sofoco, dolores articulares y las relaciones sexuales, con las que tanto había disfrutado con su marido, ya no eran lo mismo. Su marido estaba preocupado y con cierta dificultad para aceptar la nueva etapa en pareja que les esperaba. No obstante, no tiró la toalla e invitó a M^a Carmen a coger cita con su médica de familia para contarle lo que estaba pasando. Ella era pudorosa y tenía vergüenza de acudir a una visita por ese motivo. Llevaba un año con todos estos problemas y no se atrevía a compartir con su médica este relato. Además, ella ya no se encontraba igual físicamente y esto le hacía experimentar tristeza, falta de confianza en ella misma y apatía.

Finalmente, tras varios meses de pensarlo decide coger cita. A su médica prácticamente no la conocía y ni tan siquiera había acudido tras haber sufrido el infarto. Su contacto con los médicos era a nivel hospitalario, con su cardiólogo.

Actualmente, la medicación que llevaba M^a Carmen era: AAS 100mg, Omeprazol 20mg/24h, Atorvastatina 80mg/24h, Bisoprolol 5mg/24h, Furosemida 40mg/24h, Espironolactona 25mg/24h, Dapagliflozina 5mg/24h, Ramipril 5mg/24h, Tapentadol 25mg/12h y Lormetazepam 1mg/24h.

Sus antecedentes médicos era un infarto de miocardio, cardiopatía isquémica crónica, insuficiencia cardiaca con la fracción de eyección disminuida, dolor crónico de cadera.

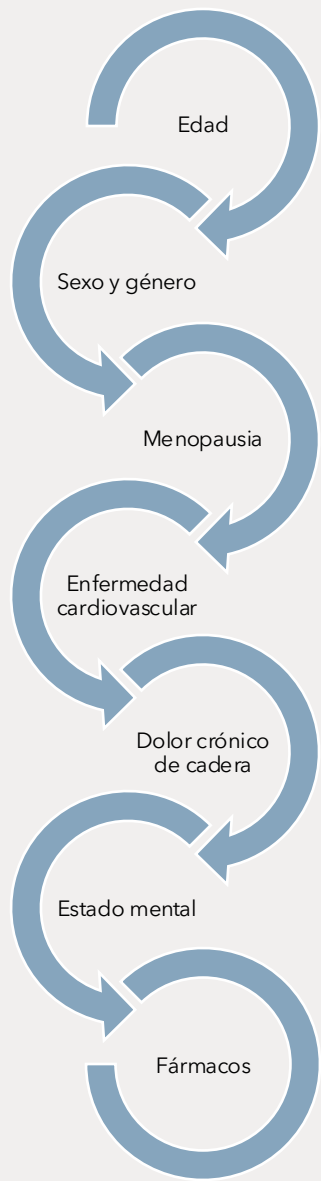
Hábitos tóxicos: exfumadora de 1 paquete al día desde hacía 2 años (tras el infarto).

¿Por dónde empezamos?

*Medicina narrativa:
diálogo y análisis del
discurso.*



*¿Qué factores han podido
influenciar?*



Disfunción sexual: es una alteración de una o más etapas en el acto sexual (deseo, excitación, orgasmo, resolución), que impide al individuo o pareja el disfrute de la actividad sexual de modo satisfactorio.



Edad y género. Prevalencia

- Las DS son más frecuentes en mujeres que hombres.
 - 40% de la población femenina.
 - 50% en el período de la perimenopausia y la postmenopausia.

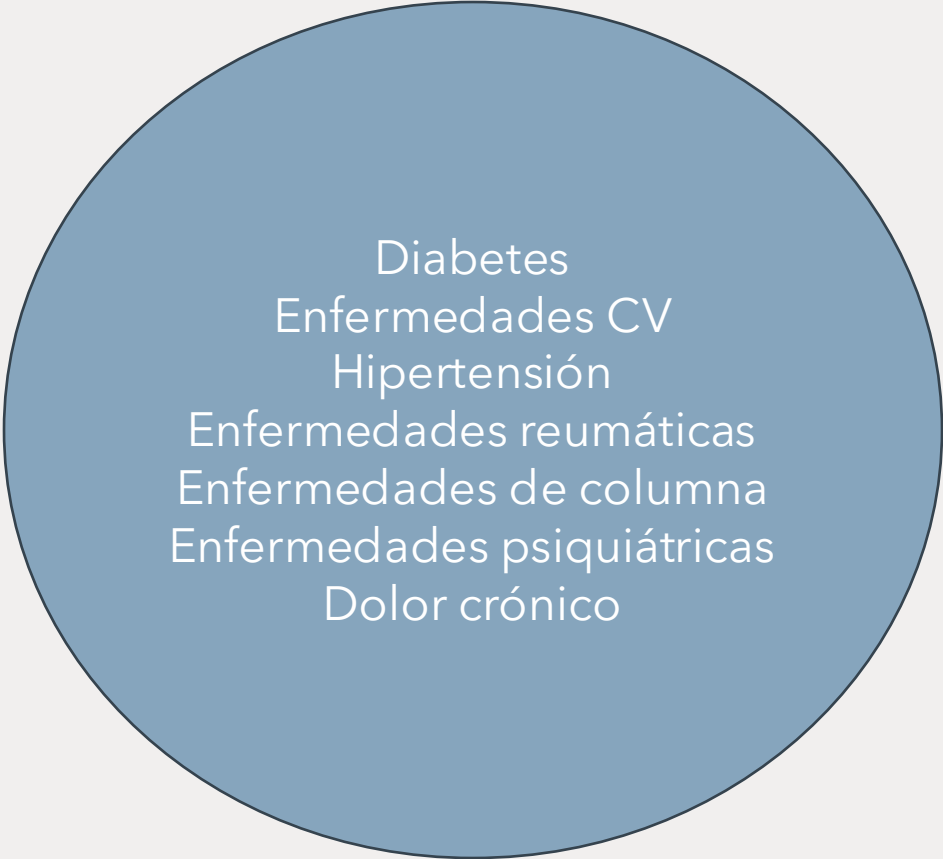
Edad y género. Prevalencia

- Las DS son más frecuentes en mujeres que hombres.
 - 40% de la población femenina.
 - 50% en el período de la perimenopausia y la postmenopausia.

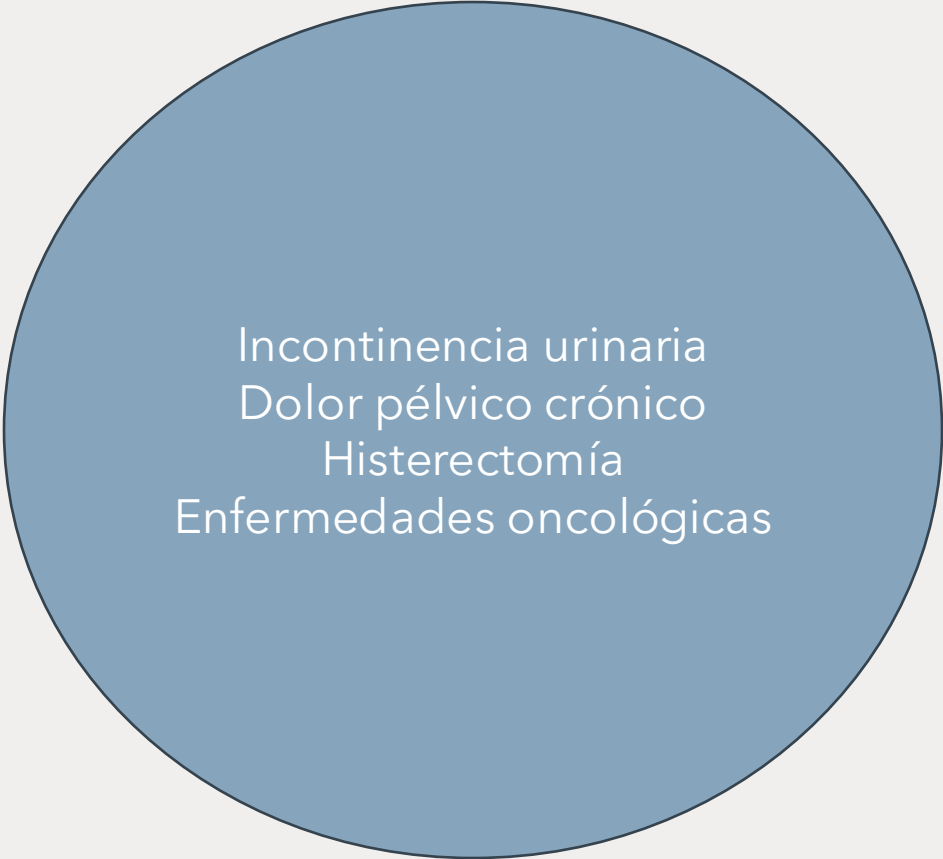


Enfermedades y disfunción sexual

La disfunción sexual puede ser uno de los primeros síntomas que pueden aparecer cuando una persona enferma



Diabetes
Enfermedades CV
Hipertensión
Enfermedades reumáticas
Enfermedades de columna
Enfermedades psiquiátricas
Dolor crónico



Incontinencia urinaria
Dolor pélvico crónico
Histerectomía
Enfermedades oncológicas

Diabetes
Enfermedades CV
Hipertensión
Enfermedades reumáticas
Enfermedades de columna
Enfermedades psiquiátricas
Dolor crónico

Incontinencia urinaria
Dolor pélvico crónico
Histerectomía
Enfermedades oncológicas
del tracto femenino

Enfermedades y disfunción sexual.

- **Enfermedades cardiovasculares**

- Se suelen asociar a comorbilidades: HTA, obesidad, síndrome metabólico
- Existe una disminución de las relaciones sexuales del 40 al 50% tras un IAM
- Razones:
 - Ansiedad
 - Depresión
 - Aparición de anginas
 - Disnea
 - Miedo a morir durante la relación

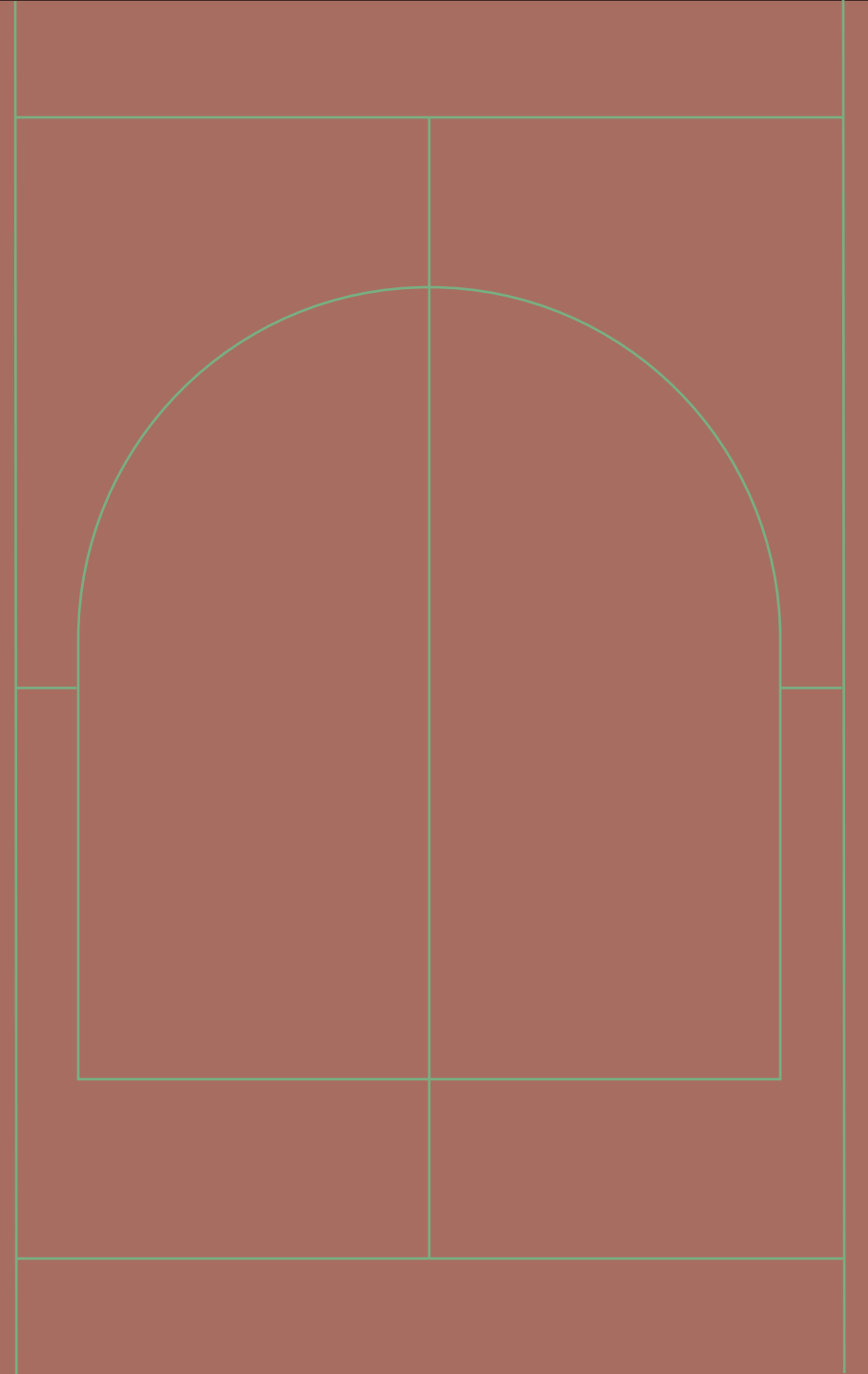
Enfermedades y disfunción sexual

- **Dolor crónico y enfermedades reumáticas.**
 - Producen una importante incapacidad.
 - Durante las relaciones aparición de dispareunia
 - Disminución de las relaciones sexuales por el dolor.

Salud Mental y disfunción sexual



Fármacos y disfunción sexual



Un tema que interesa poco

- Hay pocos estudios aleatorizados controlados por placebo que evalúen los efectos adversos en la función sexual de los medicamentos.
- La mayoría de los efectos que se conocen son por: ensayos clínicos postcomercialización, farmacovigilancia, encuestas a pacientes o casos aislados.
- La mayoría de los efectos sobre sexualidad están más estudiados en hombres que en mujeres.
- La respuesta a fármacos es diferente en hombres que en mujeres.

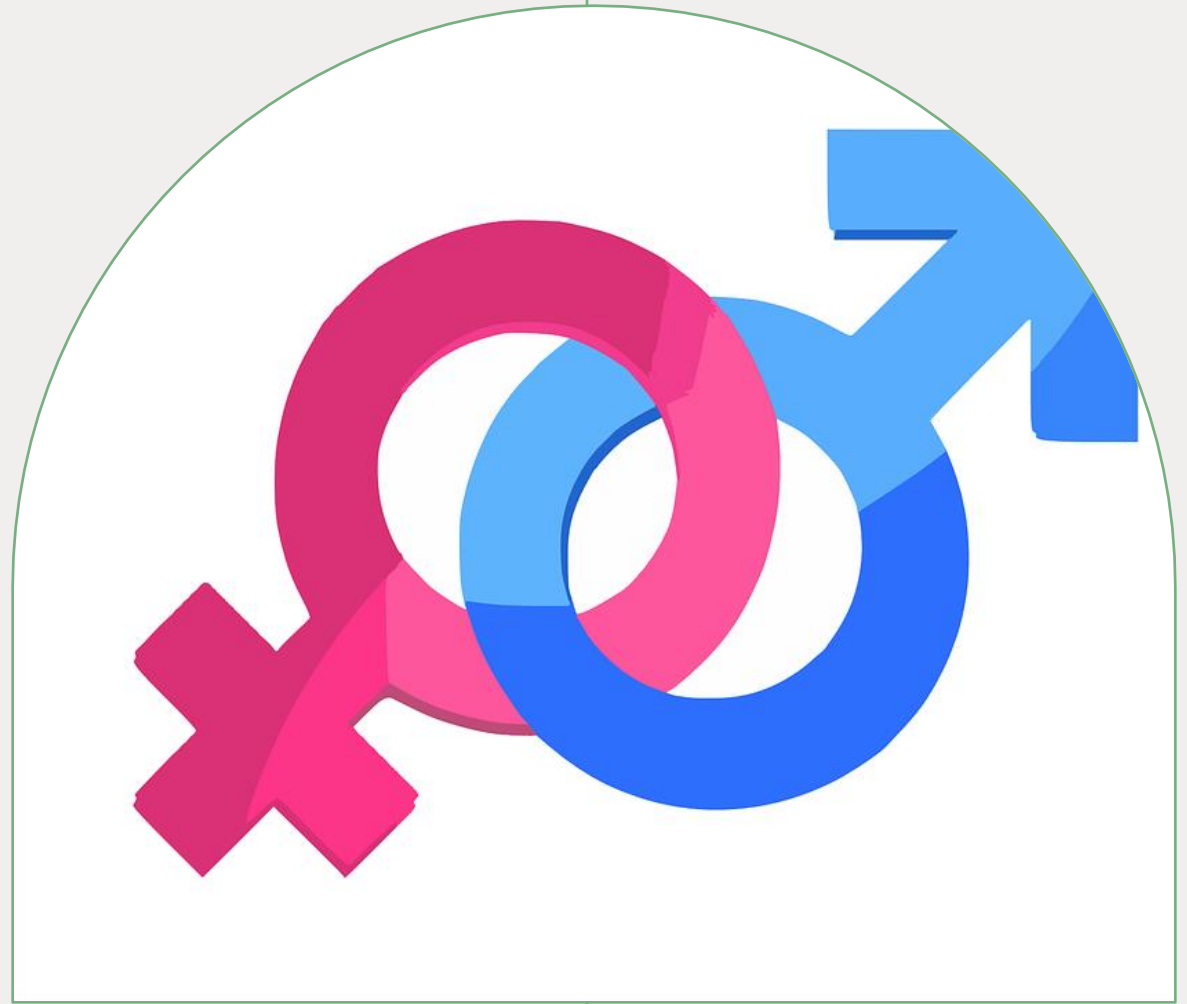


Pregunta 1.

¿Cuál creéis que es el efecto secundario más frecuente diferenciando entre hombre y mujer?

En mujeres: disminución de la libido

En hombres: disfunción eréctil. Se estima que en el 25% de los casos es por fármacos



- AAS 100mg,
- Omeprazol 20mg/24h
- Atorvastatina 80mg/24h
- Bisoprolol 5mg/24h
- Furosemida 40mg/24h
- Espironolactona 25mg/24h
- Dapagliflozina 5mg/24h
- Ramipril 5mg/24h
- Tapentadol 25mg/12h
- Lormetazepam 1mg/24h



Pregunta 2.

¿Cuál de los fármacos que consume la paciente produce disfunción sexual ?

Opioides

- El uso crónico puede producir:
 - Disminución de la libido. Disminución de niveles de LH y testosterona y la depresión del SNC
 - Disfunción eréctil y eyaculación retardada. Bloqueo alfaadrenérgico
- La mayoría de estudios se han realizado con metadona y heroína. La DS es causa de abandono del programa de metadona.
- DS producida por opioides se puede mejorar con la discontinuación o reduciendo la dosis.

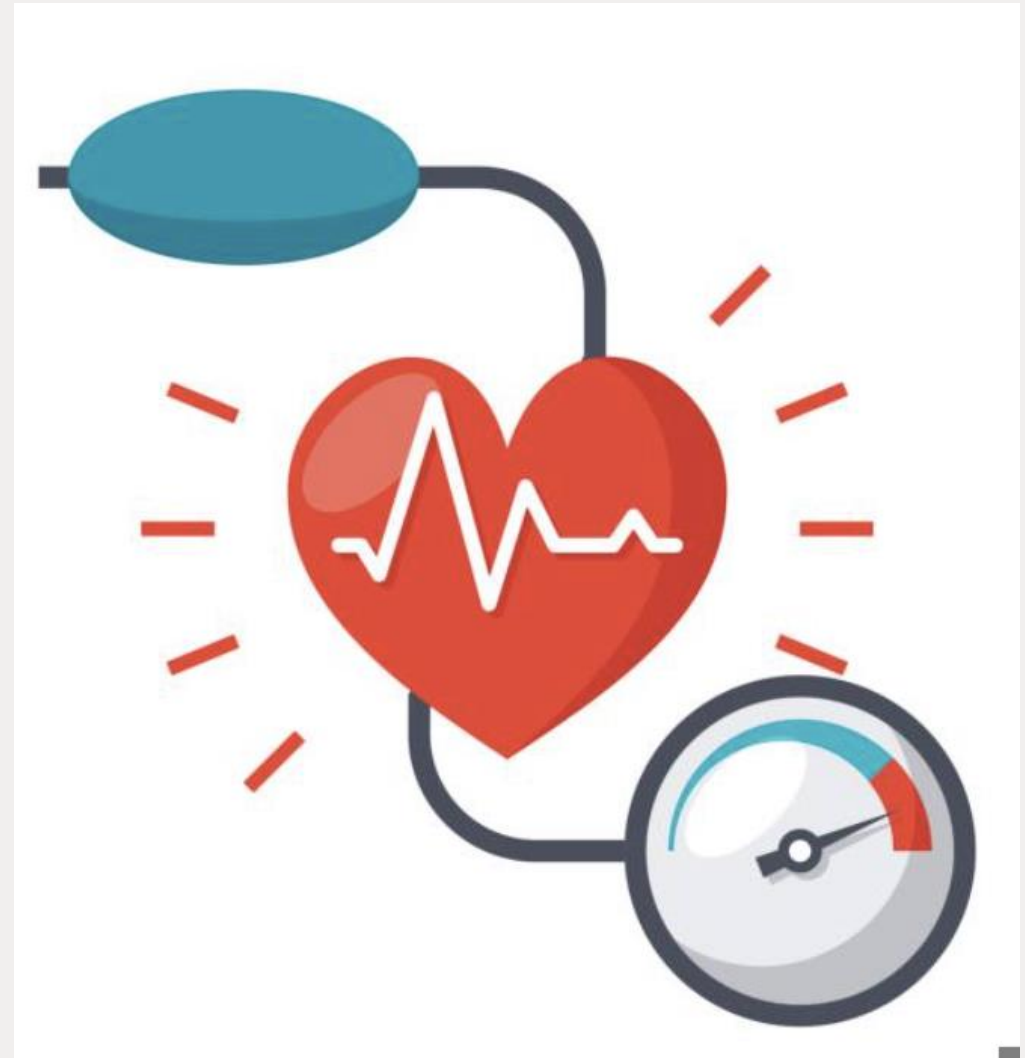


Pregunta 3.

¿Todos los antihipertensivos producen disfunción sexual?

Antihipertensivos

- Son los medicamentos que más interfieren en el funcionamiento de la función sexual.
- El uso de antiHTA puede aumentar la incidencia de 3 a 7 veces de impotencia con respecto a aquellas personas que no tienen hipertensión.
- Los fármacos más antiguos como los diuréticos, betabloqueantes y agentes a nivel central tienen un impacto negativo en la disfunción eréctil.
- Los IECA, ARA-2 y los calcioantagonistas tienen efectos más bien neutros.



Pregunta 4.

¿Cuál de los siguientes betabloqueantes afecta más tanto a libido como la disfunción eréctil?

- a. Propranolol
- b. Nadolol
- c. Timolol
- d. Atenolol
- e. Metroprolol

Pregunta 4.

¿Cuál de las siguientes betabloqueantes afecta más tanto a lívido como la disfunción eréctil?

- a. **Propranolol**
- b. Nadolol
- c. Timolol
- d. Atenolol
- e. Metroprolol

Antihipertensivos: betabloqueantes

- Los betabloqueantes se diferencian entre:
 - No selectivos: propranolol, nadolol, timolol, sotalol
 - Selectivos: atenolol, metoprolol, bisoprolol
- **No selectivos.**
 - El propranolol es el que más negativamente afecta a la libido y la función eréctil.
 - La incidencia de de impotencia es dosis dependiente.
 - Como no tienen efecto alfaadrenérgico no afectan a la eyaculación.
- **Selectivos.**
 - Son más lipófilos y más cardioselectivos, así que el riesgo de DS es menor.

Diuréticos

- **Inhibidores de la aldosterona.**
 - Espironolactona.
 - En hombres: disminución de la libido, impotencia y ginecomastia.
 - Mujeres: menstruación irregular, mastalgia, disminución de la libido y lubricación vaginal.
- **Tiazidas.**
 - La incidencia de la DS es baja (3 al 9%).
 - Con hidroclorotiazida.
 - Impotencia hasta en el 5% de casos con dosis de 50 a 200mg/día
 - Disminución de la libido con una incidencia del 4,5% a dosis de 100mg/día



Sistema genitourinario masculino y fármacos

- **Alfabloqueantes.**

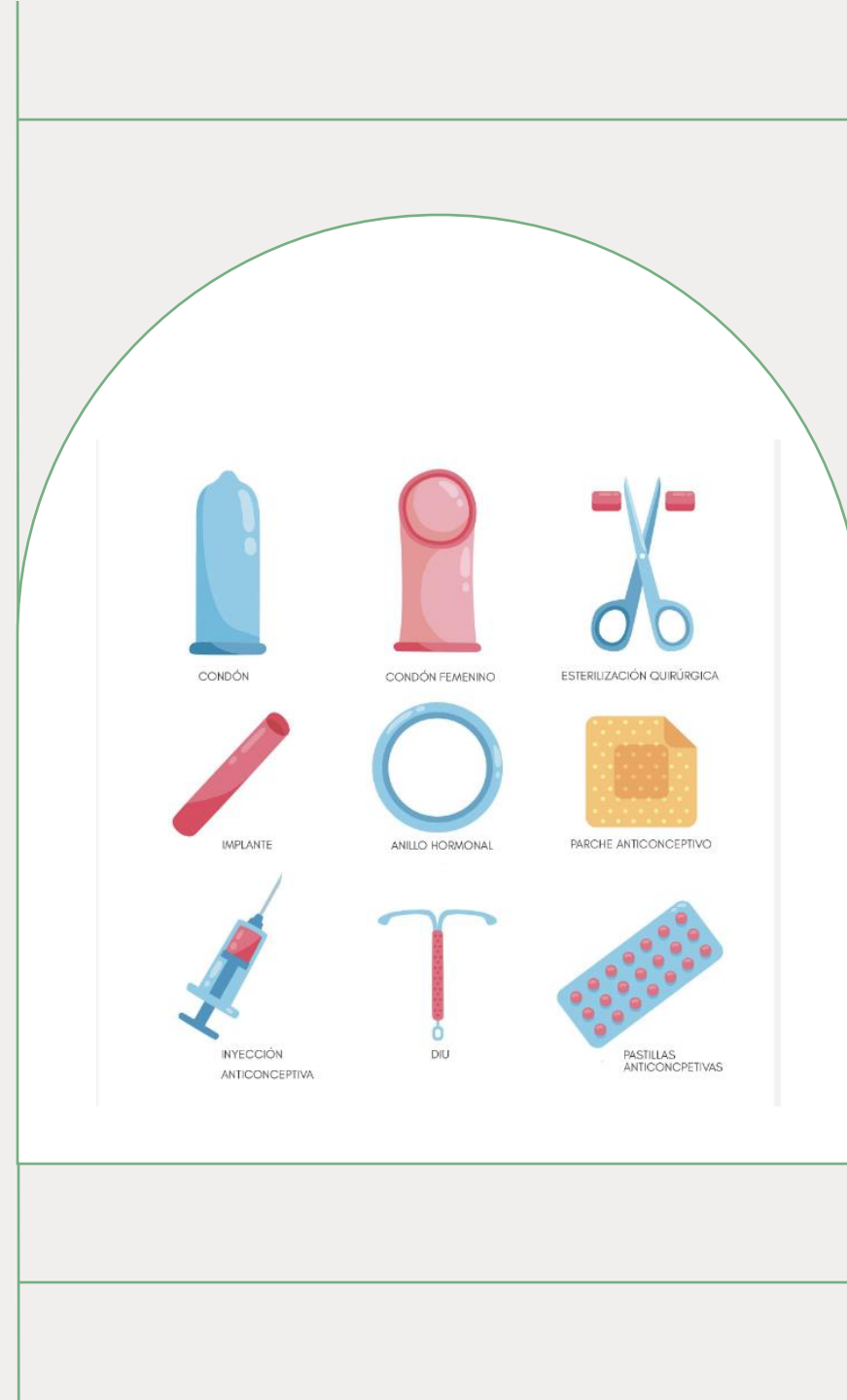
- No alteran la función de la erección
- No selectivos. Doxazosina, prazosina, terazosina.
 - No producen alteración en la eyaculación
- Selectivos. Silodosina y tamsulosina.
 - Más frecuente con silodosina que es el más uroselectivo.
 - Mayor incidencia de trastornos de eyaculación (28%).
 - Reversible cuando se retiran.

- **Inhibidores de 5-alfareductasa (5-ARI)**

- Dutasterida y finasterida tiene un perfil de efectos secundarios similar.
- Disfunción en la eyaculación y disminución de la libido.
- A largo plazo: duta + DS y fina + ginecomastia

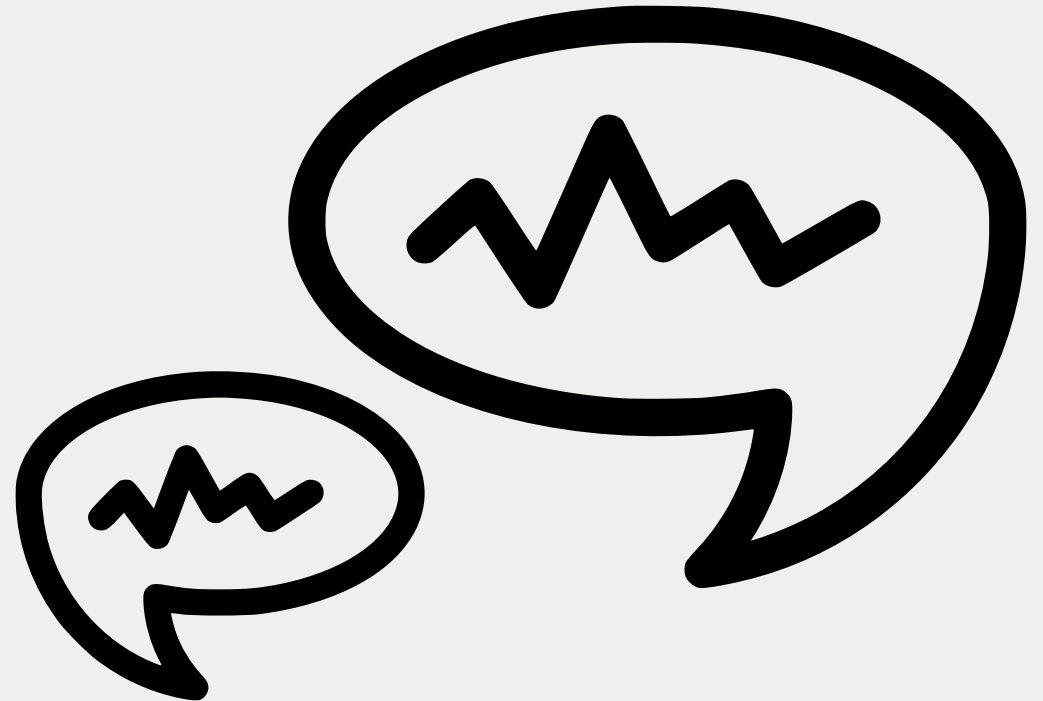
Anticonceptivos hormonales

- No hay ECA que compare los ACO con los métodos no hormonales.
- No se han encontrado relación entre el uso de ACO combinados y solo progestágenos en la DS.
- Las distintas formulaciones no influyen en la DS.
- Dosis más altas de estrógenos no parecen influir en la DS.
- La disminución de los andrógenos no parece ser la causa de la DS y de hecho el aumento de la dosis de andrógenos como la testosterona no se ha visto que sea la causa de aumento del deseo sexual.



Diálogo con el paciente.

- La DS suele estar infravalorada de manera bidireccional: pacientes y sanitarios
- Algunos pacientes no son conscientes de que la DS puede ser debida a los fármacos y otros culpan de todo a los fármacos.
- Ofrecer información
 - De la evolución de las enfermedades
 - De los efectos secundarios de los medicamentos
 - Del consumo de drogas: OH, tabaco y drogas ilegales
- Toma de decisiones compartida



PSÍQUE

FÁRMACOS

PACIENTE

SOCIAL

ENFERMEDAD



Esta foto de Autor desconocido está bajo licencia [CC BY-NC-ND](#)



JORNADA DE DOLOR SEXUALIDAD I RUMBA

DRA. FABIANA CORNEJO

**PSIQUIATRA I ESPECIALISTA EN EVALUACION Y
TRATAMIENTO DEL**

DOLOR

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR

DS & psicofàrmacs: antipsicòtics



Antipsychotic	Sexual dysfunction
Prolactin raising	
Risperidone	Increases in prolactin similar to, or greater than, haloperidol (Claus <i>et al.</i> , 1992; Breier <i>et al.</i> , 1999); significant sexual dysfunction (Sechter <i>et al.</i> , 2002; Kim <i>et al.</i> , 2002; Spollen <i>et al.</i> , 2004)
Amisulpride	Large increases in prolactin (sexual dysfunction marked in females); less sexual dysfunction than risperidone
Transiently prolactin raising	
Olanzapine	Mild-moderate disturbances (David <i>et al.</i> , 2000; Kinon <i>et al.</i> , 2006); low incidence of sexual dysfunction, possible treatment for fluoxetine-induced sexual dysfunction
Ziprasidone	Transient rises in prolactin (Goff <i>et al.</i> , 1998; Miceli <i>et al.</i> , 2000)
Sertindole	Transient rises in prolactin; sexual dysfunction via alpha 1 adrenergic effects
Minimal prolactin effects	
Quetiapine	Prolactin similar to placebo at all doses (Arvanitis <i>et al.</i> , 1997; Peuskens and Link 1997; Emsley <i>et al.</i> , 2000; Knegtering <i>et al.</i> 2004); low levels of sexual dysfunction
Clozapine	No significant rises in prolactin (Breier <i>et al.</i> , 1999; Curtis <i>et al.</i> , 1995); priapism via alpha 1 adrenergic effects (Compton <i>et al.</i> , 2000; Bongale 2001)
Aripipazole	No significant rises in prolactin (Marder <i>et al.</i> , 2003; Kane <i>et al.</i> , 2002); low levels of sexual dysfunction reported

RISP > APS Típicos depot > APS Típicos > OLZ > QTP > CLZ > ARIP

Manejo DS 2rias a Antipsicóticos (Montejo et al.)

1. Esperar remisión espontánea (no datos publicados con APS)	16% éxito a partir de los 3m (Grupo español)
2. Reducción de dosis (no datos publicados con APS)	Susceptibilidad individual Dosis mínima eficaz
3. Cambio de antipsicótico <ul style="list-style-type: none">- Olanzapina- Quetiapina- Aripiprazol	(solapar ambos ttos unas semanas) Mejoría 76% Mejoría, pocos datos
4. Vacaciones de fin de semana: 24h antes de la relación sexual (no datos publicados con APS)	Buena respuesta Pacientes con buen insight
5. Asociación de antídotos (pocos datos publicados con APS) <ul style="list-style-type: none">- Fármacos DA (amantadina, bromocriptina)- Imipramina (25-50mg/d)- Sildenafil	Poca experiencia!!!
6. Elección inicial de APS con baja incidencia de DS (olanzapina, clozapina, quetiapina, aripiprazol)	



DS & psicofàrmacs: antidepressius

- AD s'associen a DS a >60% dels pacients, especialment ISRS (paroxetina, citalopram), venlafaxina i clomipramina (Baldwin i col. 1997).
- Increment 5HT circulant i activació de R-5HT_{2A} afectarien l'interès sexual i l'orgasme.
- AD que antagonitzen el R5HT₂ (nefazodona, trazodona, agomelatina) o els que no actuen mitjançant el sistema de recaptació de 5HT (bupropion) presenten baixa DS (Remy 1986).
- Augment 2ri de PRL dels ISRS provoca disminució libido.
- Montejo i cols. 2001: 1022 pacients (610♀/412♂) AD diferències significatives. DS 57% ♀ :62% ♂, però major disminució de libido, retard en orgasme i anorgàsmia en ♀.

Ds & psicofàrmacs: antidepressius



Table 2. Incidence of Sexual Dysfunction With Antidepressants Assessed by the Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire (N = 1022)^a

Drug ^a	N	Women/ Men	Mean Dose, mg	Patients With Sexual Dysfunction	
				N	%
Citalopram	66	36/30	28.7	48	72.7
Paroxetine	208	137/71	23.4	147	70.7
Venlafaxine	55	30/25	159.5	37	67.3
Sertraline	159	96/63	90.4	100	62.9
Fluvoxamine	77	33/44	115.7	48	62.3
Fluoxetine	279	166/113	24.5	161	57.7
Mirtazapine	49	28/21	37.7	12	24.4
Nefazodone	50	35/15	324.6	4	8.0
Amineptine	29	17/12	187.2	2	6.9
Moclobemide	26	16/10	265.6	1	3.9

^aOther groups (N = 24): clomipramine (N = 10), imipramine (N = 8), maprotiline (N = 4), phenelzine (N = 2), trazodone (N = 1).

Montejo et al. 2001

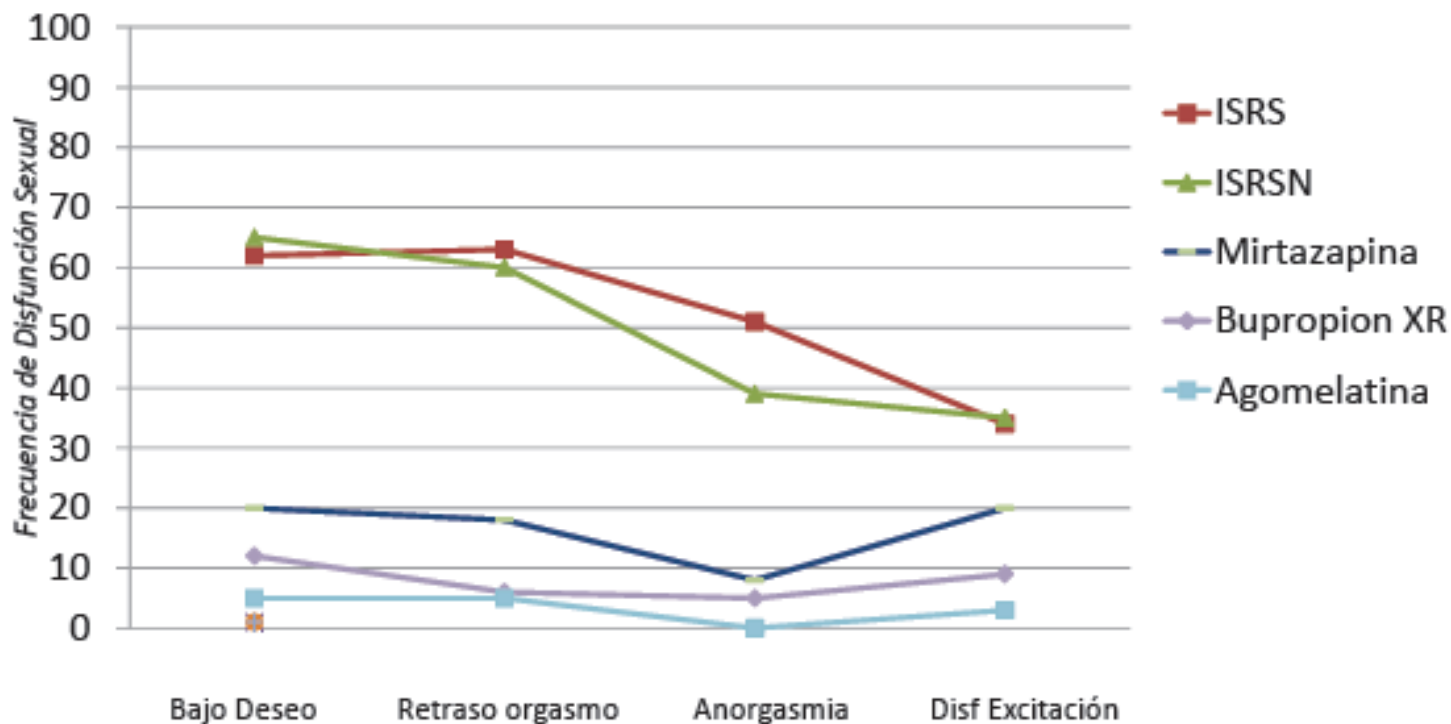
Table 3. Observed Frequency of Sexual Dysfunction by Drug Groups (N = 1022)^a

Event	Fluoxetine N = 279	Paroxetine N = 208	Fluvoxamine N = 77	Sertraline N = 159	Citalopram N = 66	Venlafaxine N = 55	Mirtazapine N = 49	Nefazodone N = 50
Decreased libido	50.2	63.9	48.1	54.7	62.1	60.0	20.4	6.0
Delayed orgasm/ejaculation	49.5	63.9	54.5	56.6	63.6	61.9	18.4	2.0
Anorgasmia/no ejaculation	39.1	52.8	37.6	47.1	51.5	41.8	8.2	2.0
Erectile dysfunction/ decreased vaginal lubrication	21.8	41.4 ^b	20.8	28.9	34.8	40.0	14.2	0.0

^aAll values represent percentage of total N.

^bSignificantly different from other antidepressants, $p < .005$.

DS & psicofàrmacs: antidepressius



Análisis agrupado de diferentes estudios

- 1.-Montejo AL y Grupo Español. J clin Psychiatry 2001
- 2.-Montejo Al et al. J Psychopharmacology 2008
- 3.-Montejo AL et al. European Congress of Sexology. Madrid. 2012

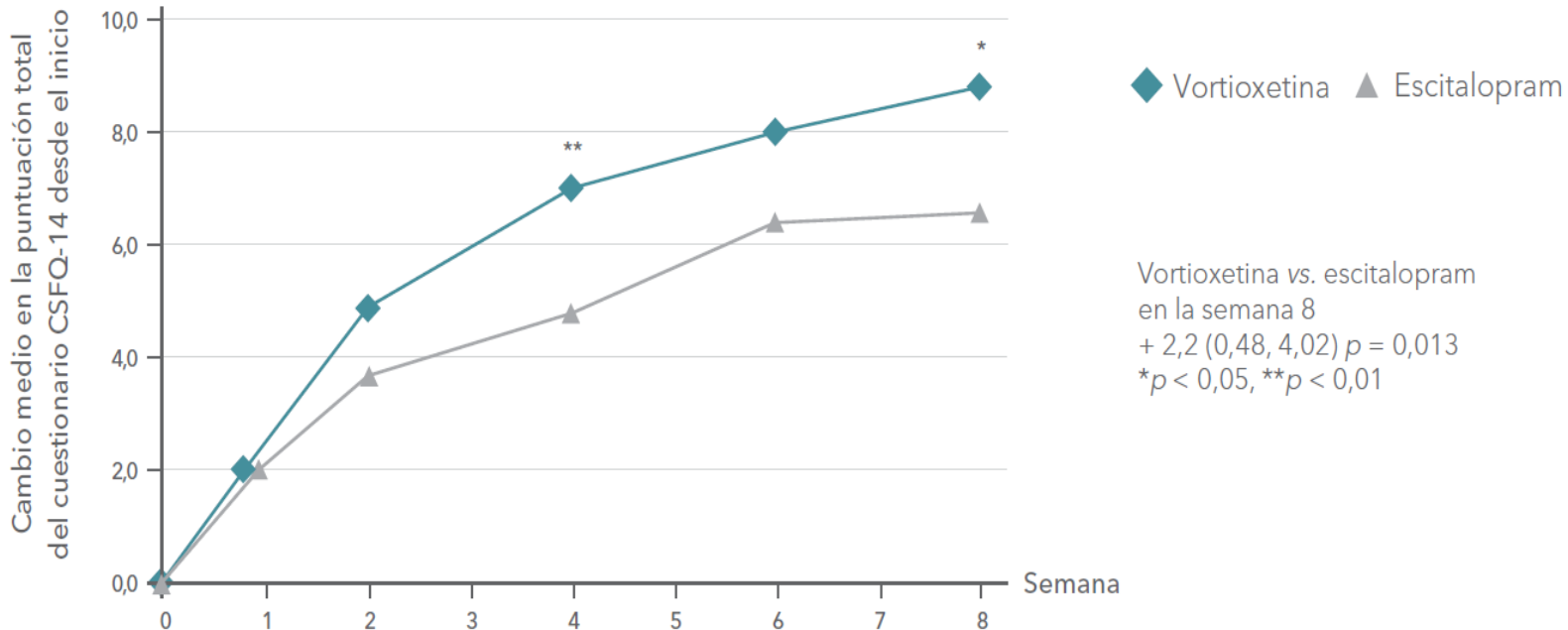
* Cuestionario validado para medir Disfunción Sexual por Psicofàrmacs. (Montejo et al, 2000 y 2008)

DS & psicofàrmacs: antidepressius



Vortioxetina produjo **mejoras significativamente superiores** ($8,8 \pm 0,64$; media \pm error estándar) que escitalopram ($6,6 \pm 0,64$; $p = 0,013$) en la puntuación total del cuestionario **CSFQ-14**

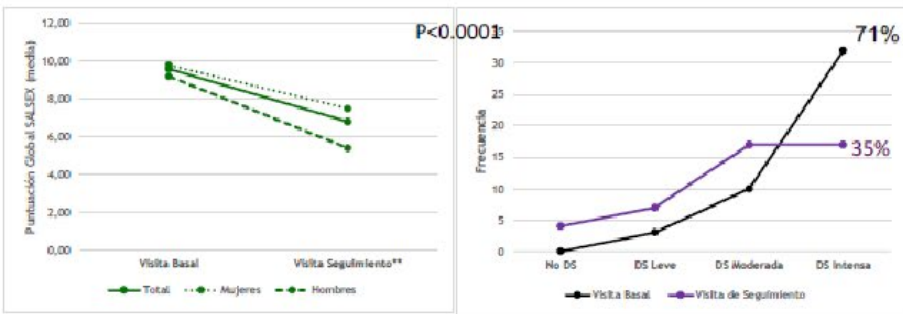
Cambio medio en la puntuación total del cuestionario CSFQ-14 desde el inicio



CSFQ-14: Cuestionario de Funcionamiento Sexual; **ISRS:** Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; **TESD:** Disfunción sexual emergente con el tratamiento.



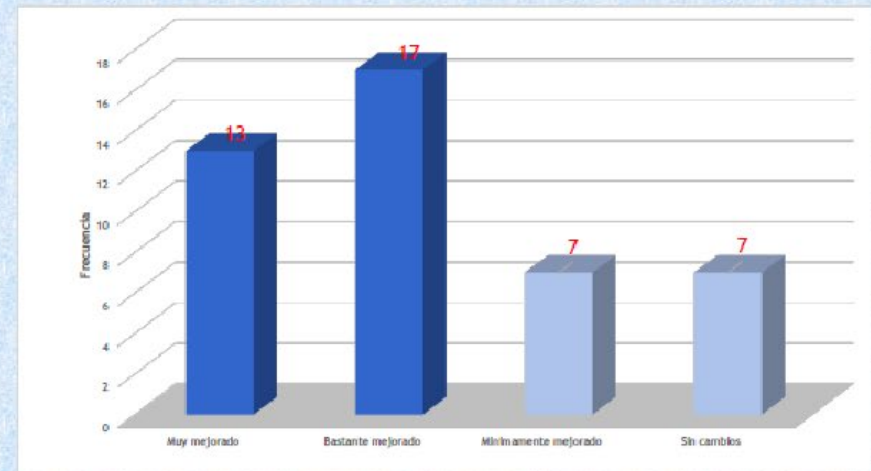
Puntuación Global Cuestionario SALSEX V1-V2 en pacientes cambiados a desvenlafaxina (n=45)



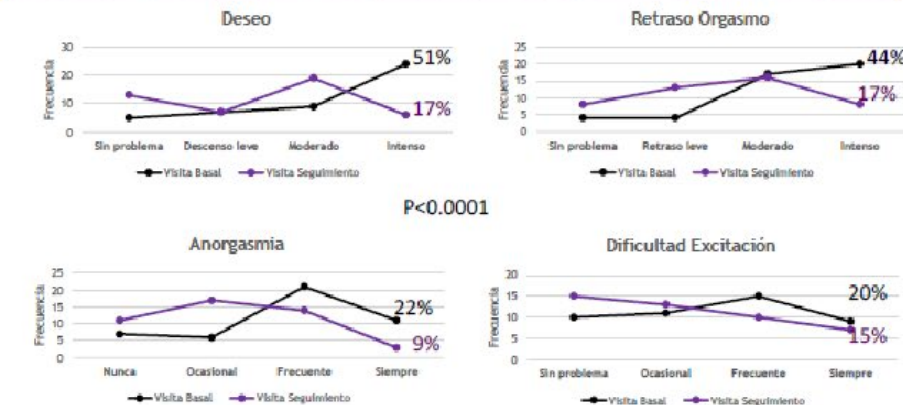
La mejoría de la disfunción sexual se acompañó de mejoría en la evolución de la depresión en V2

Impresión Clínica Global de Mejoría:
67% muy o bastante mejorado

Grupo Cambio a Desvenlafaxina.
Escala de Impresión Clínica Global Depresión en V2

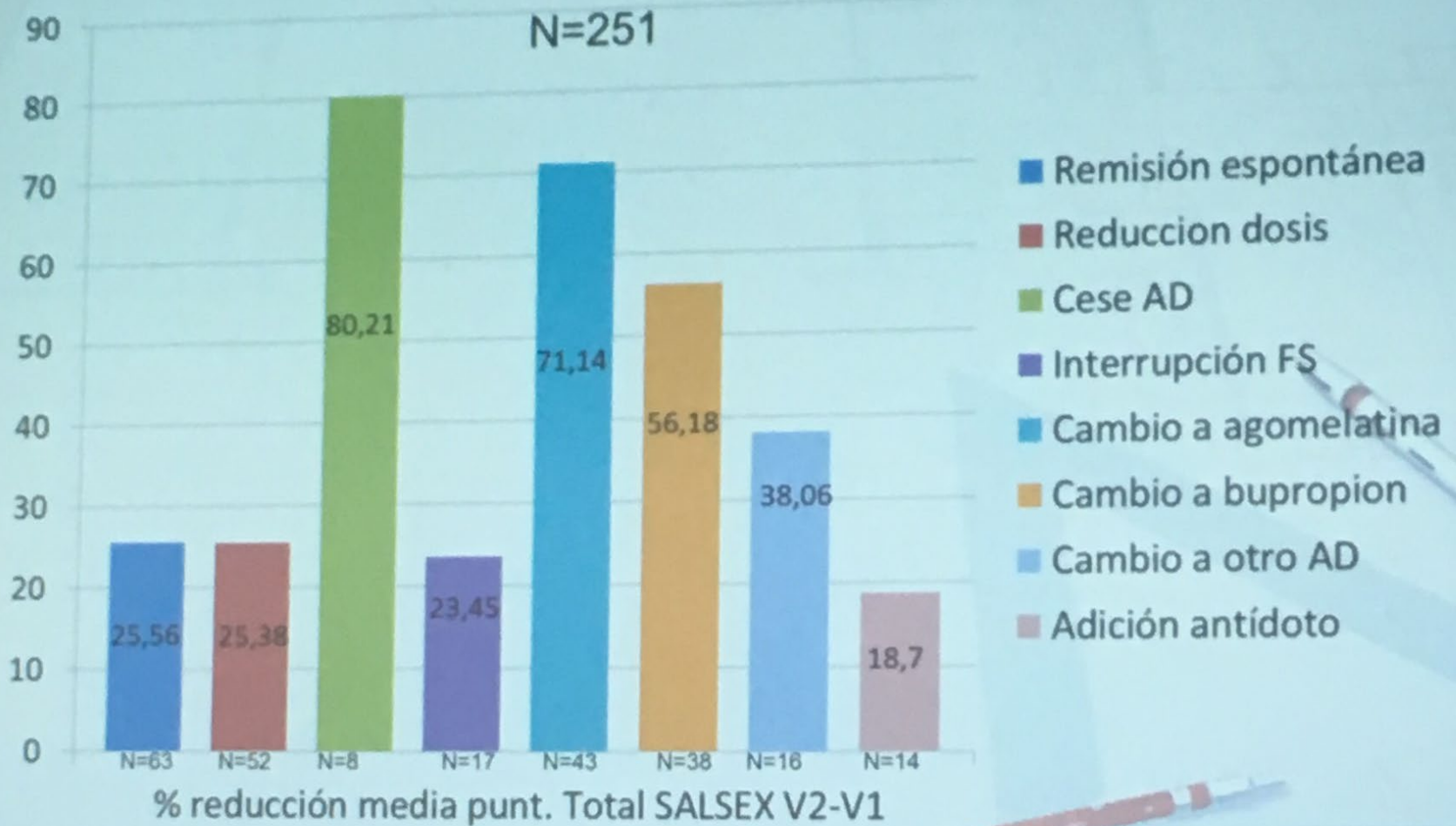


Puntuación por ítems Cuestionario SALSEX V1-V2 en pacientes cambiados a desvenlafaxina (n=45)



La puntuación total del SALSEX mejoró significativamente en todos los ítems (deseo sexual, orgasmo, anorgasmia y excitación sexual) entre la V basal y la V2 tanto en el grupo de novo como en el de cambio a DVLX ($p < 0.01$). En el grupo de cambio desde otro AD se redujo la frecuencia de DS en todos los ítems ($p < 0.01$): bajo deseo (51% vs 17%) retraso orgasmo (44% vs 17%), anorgasmia (22% vs 19%), problemas de excitación (20% vs 15%). La frecuencia de DS intensa se redujo desde el 73% basal hasta el 35% en V2. La ICG de intensidad de la DS mejoró en ambos grupos ($p < 0.01$) en V2.

Resultado estrategia terapéutica: Reducción Puntuación Total SALSEX (%)





DS i psicofàrmacs: altres

- **ANSIOLÍTICS.** Poden produir disminució de la libido i anorgàsmia (propri efecte sedant). Més freqüents en major potència i dosi (clonazepam i alprazolam) (Saiz et al 2000).
- **LITI:** disminució en el desig, disfunció erèctil i anorgàsmia a fins 1/3 dels pacients (Fountoulakis KN et al 2012; Elnazer et al 2015; Zuncheddu et al 2003).
- **VALPROAT:** increment testosterona, androstendiona i DHEA; es relaciona amb alteracions menstruals i SOP, baix desig i anorgasmia. **ALERTA DONES EDAT FÈRTIL** (Pacchiarotti I et al. 2015; La Torre et al. 2014; Schneck CD et al. 2002).
- **CARBAMAZEPINA:** disminució d'estrogens, progesterona i testosterona; es relaciona amb hipogonadisme, amenorrea i baix desig (Murru et al. 2015, Pavone et al 2016.)
- **LAMOTRIGINA, OXCARBAZEPINA, PRGABALINA:** no s'associen a disfunció sexual.



Limitacions

- Estudis escassos
- No controlats
- No aleatoritzats
- Petita mostra
- Mostra no homogènia
- Eines de mesura no validades
- Eines de mesura subjectives
- Majoria d'estudis en homes



**KEEP
CALM
AND
LET'S TALK
ABOUT SEX**



CONTACTE

Correu electrònic:

Monica.cornejo@quironsalud.es

fabianacornejo.fc@gmail.com

Xarxes socials:

[@dracornejopsiquiatra](https://www.instagram.com/dracornejopsiquiatra)



bibliografía



1. EL-Adl M., Al-Robb H. Enquiring about sexual function in the psychiatric outpatient clinic assessment. *European Psychiatry*. 2008; Vol.23,S2:370.
2. Kaplan HS. *Illustrated Manual of Sex Therapy*. Quadrangle, editor. New York.1975.
3. American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
4. Salud OMdl. *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2000.
5. Masters W, Johnson V. *Incompatibilidad sexual humana*. Intermedica, editor. Buenos Aires. 1970.
6. Frank E, Anderson C, Rubinstein D. Frequency of sexual dysfunction in "normal" couples. *N Engl J Med*. 1978;299(3):111-5.
7. Nathan SG. The epidemiology of the DSM-III psychosexual dysfunctions. *J Sex Marital Ther*. 1986;12(4):267-81.
8. Spector IP, Carey MP. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. *Arch Sex Behav*. 1990;19(4):389-408.
9. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281(6):537-44.
10. Lucas M, Cabello F. *Introducción a la sexología clínica*. Madrid2007.
11. Bobes J, González M, Bascarán M, Clayton A, García M, Rico-Villade Moros F, et al. Evaluating changes in sexual functioning in depressed patients: sensitivity to change of the CSFQ. *J Sex Marital Ther*. 2002;28(2):93-103.
12. Beck AT. *Depression. Clinical, experimental and theoretical aspects*. Staples Press, London, 1967.
13. Mathew RJ y Weinman ML. Sexual Dysfunctions in Depresión. *Arch Sex Behav* 1982;11:323-328.
14. Casper RC, Redmon E,Katz MM, Schaffer CB, Davis JM, Koslow SH. Somatic symptoms in primary affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:1098-1104.
15. Angst J. Sexual problems in healthy and depressed patients. *Int Clin Psychopharmacol* 1998;13(suppl6):S1-S4.Cassidy WL, Flanagan NB, Spellman M, Cohen ME. Clinical observations in manic-depressivedisease. *JAMA* 1957;164:1535-1546
16. Cassidy WL, Flanagan NB, Spellman M, Cohen ME. Clinical observations in maniac- depressive disease. *JAMA* 1957;164:1535-46. 17.
17. Allison JB, Wilson WPP. Sexual behaviors of maniac patients: A preliminary report. *S Med J* 1960;53:870-4.
18. Clayton P, Pitts FN, Winokur G. *Affective disorder: IV. Mania*. *Compr Psychiat* 1965: 6: 313-322.
19. Winokur G, Clayton PJ, Reich T. *Manic Depressive Illness*. 1969.St. Louis: CV Mosby.
20. Carlson GA, Goodwin FK: The stages of mania: A longitudinal analysis of the manic episode. *Arch Gen Psychiatry* 1973 28: 221-228
21. Leff JP, Fischer M, Bertelsen AC: A cross national epidemiological study of mania. *Br J Psychiatry* 1976 129: 428-442
22. Loudon JB, Blackburn IM, Ashworth CM: A study of the symptomatology and course of manic illness using a new scale. *Psychol Med* 1977:7: 723-729
23. Carlson GA, Strober M: *Affective disorders in adolescence*. *Psychiatr Clin North Am* 2: 511-526,1979
24. González-Pinto A., Aldama Juárez, A., Enjuto, S., González, R. (2003): "Sexualidad en el trastorno bipolar", en Montejo González, A. (Coord.): *Sexualidad y salud mental*, Glosa, Barcelona.
25. Van Lankveld JJ, Grotjohann Y. Psychiatric comorbidity in heterosexual couples with sexual dysfunction assessed with the composite international diagnostic interview. *Arch Sex Behav* 2000;29(5):479-98.
26. Kaplan HS. Anxiety and sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry*. 1988;49:21-25.

bibliografía



27. Figueira I, Possidente E, Marques C, Hayes K. Sexual dysfunction: a neglected complication of panic disorder and social phobia. *Arch Sex Behav.* 2001;30: 369-376.
28. Freund B, Steketee G. Sexual history, attitudes and functioning of obsessive-compulsive patients. *J Sex Marital Ther.* 1989;15:31-41.
29. Aksaray G, Yelken B, Kaptanoglu C, et al. Sexuality in women with obsessive compulsive disorder. *J Sex Marital Ther.* 2001;27:273-277.
30. Vulink NC, Denys D, Bus L, Westenberg HG. Sexual pleasure in women with obsessive-compulsive disorder? *J Affect Disord.* 2006;91:19-25.
31. Vallejo J, Alonso MP, Pifarré JM. Trastorno obsesivo-compulsivo. En: Roca M, Leal C, Vallejo J, Baca E, Giner J, Cervera S, Cuenca E, directores. *Trastornos neuróticos.* Barcelona: Ars Medica;2002. p. 461-513.
32. Menchón JM (2003): "Sexualidad y Tr. obsesivo-compulsivo", en Montejo González, A. (Coord.): *Sexualidad y salud mental*, Glosa, Barcelona.
33. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder. Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br. J. Psychiatry*1996;69:101-7.
34. Cournos, F., Guido, J. R., Coomaraswamy, S., Meyer-Bahlburg, H., Sugden, R., & Horwath, E. (1994). Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry, 151, 228-232.*
35. Demyttenaere, K., De Fruyt, J., & Sienaert, P. (1998). Psychotropics and sexuality. *International Clinical Psychopharmacology, 13 (Suppl. 6), 35-41.*
36. Kelly, J. A., Murphy, D. A., Bahr, G. R., Brasfield, T. L., Davis, D. R., Hauth, A. C., Morgan, M. G., Stevenson, L. Y., & Eilers, M. K. (1992). AIDS/HIV risk behavior among the chronic mentally ill. *The American Journal of Psychiatry, 149, 886-889.*
37. Susser, E., Valencia, E., Miller, M., Tsai, W. Y., Meyer-Bahlburg, H., & Conover, S. (1995). Sexual behavior of homeless mentally ill men at risk for HIV. *The American Journal of Psychiatry, 152, 583-587.*
38. Thompson, S. C., Checkley, G. E., Hocking, J. S., Crofts, N., Mijch, A. M., & Judd, F. K. (1997). HIV risk behavior and HIV testing of psychiatric patients in Melbourne. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 31, 566-576.*
39. Dikson, R. A.; Glaser, W. Development of a scale to asses sexual functioning, In: *Antipsychotic medication and Sexuality.* Program and abstract from the 153 Annual American Asociacion meeting, May 13-18, 200. Chicago Abstrac S35.
40. Weiden, P. J., & Miller, A. L. (2001). Which side effects really matter? Screening for common and distressing side effects of antipsychotic medications. *Journal of Psychiatry Practice, 7, 41-47.*
41. Lambert, M., Conus, P., Eide, P., Mass, R., Karow, A., Moritz, S., Golks, D., & Naber, D. (2004). Impact of present and past antipsychotic side effects on attitude toward typical antipsychotic treatment and adherence. *European Psychiatry, 19, 415-422.*
42. Fakhoury, W. K., Wright, D., & Wallace, M. (2001). Prevalence and extent of distress of adverse effects of Anti-psychotics among callers to a United Kingdom National Mental Health Helpline. *International Clinical Psychopharmacology, 16, 153-162.*
43. Weiden, P. J., Mackell, J. A., & McDonnell, D. D. (2002). Sexual dysfunction and adherence to antipsychotic therapy. *The 23rd Congress of the Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum, Montreal, QC, Canada. June 26th.*
44. Rosenberg, K. P., Bleiberg, K. L., Koscis, J., & Gross, C. (2003). A survey of sexual side effects among severely mentally ill patients taking psychotropic medications: impact on compliance. *Journal of Sex & Marital Therapy, 29, 289-296.*
45. Macdonald S, Halliday J, MacEWAN T, Sharkey V, Farrington S, Wall S, McCreadie RG. Nithsdale Schizophrenia Surveys 24: sexual dysfunction..Case-control study. *Br J Psychiatry.* 2003 Jan;182:50-6.
46. Neeleman, A.J., [The relevance of sexuality in the treatment of borderline personality disorder]. *Tijdschr Psychiatr,* 2007. 49(4): p. 233-40.
47. Hurlbert, D.F., C. Apt, and L.C. White, An empirical examination into the sexuality of women with BPD. *J Sex Marital Ther,* 1992. 18(3): p. 231-42.

bibliografía



48. Bellis MA, Hughes K. Sex potions (Pociones Sexuales). *Adicciones*. 2004;16(4):249-58.
49. Johnson SD, Phelps DL, Cottler LB. The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Arch Sex Behav*. 2004;33(1):55-63.
50. Buffum J. Pharmacosexology: the effects of drugs on sexual function a review. *J Psychoactive Drugs*. 1982;14(1-2):5-44.
51. La Pera G, Carderi A, Marianantoni Z, Peris F, Lentini M, Taggi F. Sexual dysfunction prior to first drug use among former drug addicts and its possible causal meaning on drug addiction: preliminary results. *J Sex Med*. 2008;5(1):164-72.
52. Gill J. The effects of moderate alcohol consumption on female hormone levels and reproductive function. *Alcohol Alcohol* 2000;35(5):417-23.
53. Beckman LJ, Ackerman KT. Women, alcohol, and sexuality. *Recent Dev Alcohol*. 1995;12:267- 85.
54. Covington, S.S. and Kohen, J. (Fall 1984). Women, alcohol, and sexuality. In *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, vol. 4 (1).
55. Saso L. [Effects of drug abuse on sexual response]. *Ann Ist Super Sanita*. 2002;38(3):289-96. MacDonald PT, Waldorf D, Reinerman C. Heavy cocaine use and sexual behaviour. *J Drug Issues*. 1988;18:437-55.
56. Gold MS, Millner NS. Cocaine (and crack): Neurobiology. In: Williams&Wilkins, editor. *Substance abuse: a Comprehensive Textbook*. Baltimore, Maryland 1997.
57. Henderson D, Boyd C, Whitmarsh J. Women and illicit drugs: sexuality and crack cocaine. *Health Care Women Int*. 1995;16(2):113-24.
58. Halikas J, Weller R, Morse C. Effects of regular marijuana use on sexual performance. *J Psychoactive Drugs*. 1982;14(1-2):59-70.
59. Rosen RC. Alcohol and drug effects on sexual response: Human experimental and clinical studies. *Annual Review of Sex Research*. 1991;2:119-79.
60. Block RI, Farinpour R, Schlechte JA. Effects of chronic marijuana use on testosterone, luteinizing hormone, follicle stimulating hormone, prolactin and cortisol in men and women. *Drug Alcohol Depend* 1991;28(2):121-8.
61. Chessick, R.D., The "pharmacogenic orgasm" in the drug addict. *Arch Gen Psychiatry*, 1960. 3: p. 545-56.
62. Smith, D., et al., A clinical guide to the diagnosis and treatment of heroin-related sexual dysfunction. *J Psychoactive Drugs*, 1982. 14(1-2): p. 91-9.
63. Pfaus, J.G. and B.B. Gorzalka, Opioids and sexual behavior. *Neurosci Biobehav Rev*, 1987. 11(1): p. 1-34.
64. Facchinetti, F., et al., Reduced estradiol and dehydroepiandrosterone sulphate plasma levels in methadone-addicted pregnant women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1986. 23(1-2): p. 67-73.
65. Hemmings, R., G. Fox, and G. Tolis, Effect of morphine on the hypothalamic-pituitary axis in postmenopausal women. *Fertil Steril*, 1982. 37(3): p. 389-91.
66. Khosla, S., et al., Relationship of serum sex steroid levels and bone turnover markers with bone mineral density in men and women: a key role for bioavailable estrogen. *J Clin Endocrinol Metab*, 1998. 83(7): p. 2266-74.
67. Buffum J. Pharmacosexology: the effects of drugs on sexual function a review. *J Psychoactive Drugs*. 1982;14(1-2):5-44.
68. Bellis MA, Cook P, Clark P, Syed Q, Hoskins A. Re-emerging syphilis in gay men: a case-control study of behavioural risk factors and HIV status. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56(3):235-6.
69. Measham F, Aldridge J, Parker H. *Dancing on drugs: Risk, health and hedonism in the British club scene*. London: Free Association Books; 2001.
70. Lucas M, Cabello F. *Introducción a la sexología clínica*. Madrid 2007.
71. Montejo, A. L. et al. Antipsicóticos y Afectación de la Respuesta Sexual. En J. Bobes, S. Dexeus, J. Gibert: *Psicofármacos y Función Sexual*. Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 1999. P 111-132.

bibliografía

72. Knegtering, R. Sexual Dysfunction in patients on antipsychotics Medication and sexuality. Program and Abstracts from the 153rd Annual American Association Meeting, May 13-18, 2000; Chicago, Illinois. Abstract S35.
73. [Montejo AL](#), [Majadas S](#), [Rico-Villademoros F](#), [Llorca G](#), [De La Gándara J](#), [Franco M](#), [Martín-Carrasco M](#), [Aguera L](#), [Prieto N](#); Frequency of sexual dysfunction in patients with a psychotic disorder receiving antipsychotics. [Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. J Sex Med.](#) 2010 Oct;7(10):3404-13.
74. Baldwin D, Thomas S, Birtwistle, J. Effects of antidepressant drugs on sexual function. *Int. J Psychiatry in Clinical Practice*, 1997,1:47-58
75. Remy L. The effect of selective 5HT re-uptake inhibitors on 5-methoxy-N, N, dimethyltryptamine induced ejaculation in therat. *Br. J. Pharmacol* 1986, 87: 639-648.
76. [Montejo AL](#), [Llorca G](#), [Izquierdo JA](#), [Rico-Villademoros F](#). Incidence of Sexual Dysfunction. Associated With Antidepressant Agents: A Prospective Multicenter Study of 1022 Outpatients. *J Clin Psychiatry.* 2001;62 Suppl 3:10-21.
77. Sáiz, J, Zábala S. Ansiolíticos benzodiazepínicos y función sexual. En: Bobes J, et al., editores. *Psicofármacos y función sexual*. Madrid: Díaz de Santos; 2000.
78. Fountoulakis KN, Kasper S, Andreassen O et al. Efficacy of pharmacotherapy in bipolar disorder: a report by the WPA section on pharmacopsychiatry. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2012;262:1-48
79. Elnazer HY, Sampson A, Baldwin D. Lithium and sexual dysfunction: an under-researched area. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2015;30:66-9
80. Zuncheddu C, Carpiello B. Sexual dysfunctions and bipolar disorder: a study of patients submitted to a long-term lithium treatment. *Clin Ter* 2006;157:419-24
81. Pacchiarotti I, Murru A, Kotzalidis GD et al. Hyperprolactinemia and medications for bipolar disorder: systematic review of a neglected issue in clinical practice. *Eur Neuropsychopharmacol* 2015;25:1045-59.
82. La Torre A, Giupponi G, Duffy D et al. Sexual dysfunction related to psychotropic drugs: a critical review. Part III: mood stabilizers and anxiolytic drugs. *Pharmacopsychiatry* 2014;47:1-6
83. Schneck CD, Thomas MR, Gundersen D. Sexual side effects associated with valproate. *J Clin Psychopharmacol* 2002;22:532-4.
84. Murru A, Popovic D, Pacchiarotti I et al. Management of adverse effects of mood stabilizers. *Curr Psychiatry Rep* 2015;17:66
85. Pavone C, Giacalone N, Vella M et al. Relation between sexual dysfunctions and epilepsy, type of epilepsy, type of antiepileptic drugs: a prospective study. *Urologia* 2017;84:88-92





Caso Clínico de Dolor y Sexualidad en Paciente Tratado con Psicofármacos

DRA. FABIANA CORNEJO

PSIQUIATRA

ESPECIALISTA EN EVALUACION Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR



Paciente: Hombre de 35 años.

Motivo de consulta: Dificultades sexuales (disminución del deseo sexual, disfunción eréctil) y dolor crónico generalizado.

Antecedentes personales:

- **Ansiedad Generalizada y Depresión Mayor:** Diagnosticadas hace 3 años. Actualmente en tratamiento farmacológico.
- **Dolor crónico:** Comenzó hace un año, asociado a cuadros de dolor de espalda baja y cervical.
-
- **Tratamiento actual:**
 - **Escitalopram (20 mg/día):** Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) para la depresión.
 - **Pregabalina (150 mg/día):** Para el tratamiento del dolor neuropático crónico.
 - **Clonazepam (0.5 mg/noche):** Para insomnio y ansiedad.

Síntomas actuales:

Dolor crónico:

Dolor constante en espalda baja y cuello, agravada por estrés y que no mejora con la medicación. Impacto negativo en su calidad de vida, agrava su estado de ánimo y ansiedad.

Disfunción sexual:

Disminución del deseo sexual desde hace varios meses, disfunción eréctil ocasional y anorgasmia. Estos síntomas han afectado su relación de pareja.

Ánimo bajo y anhedonia:

Mejoría con el escitalopram, aunque persisten síntomas depresivos leves, falta de energía e interés en actividades placenteras.

Exploración física:

Examen físico dentro de límites normales, excepto dolor a la palpación en la zona

Interrogatorio:

Relación con los fármacos: El paciente sospecha que los psicofármacos han contribuido a los problemas sexuales, especialmente después del aumento de la dosis de escitalopram.

Relación afectiva: Su pareja ha mostrado preocupación, lo que añade presión emocional al paciente.

Condiciones asociadas: No presenta condiciones como diabetes o enfermedades cardiovasculares que puedan explicar los problemas sexuales o el dolor crónico.

Evaluación:

1. **Dolor crónico:** Potencialmente neuropático, tratándose con pregabalina.
2. **Disfunción sexual secundaria a psicofármacos:** Es conocido que los ISRS (como el escitalopram) están asociados a efectos adversos sexuales, como disminución del deseo sexual, disfunción eréctil y anorgasmia. La pregabalina también puede contribuir a la disfunción sexual en menor grado.
3. **Ansiedad y Depresión subyacentes:** el dolor crónico y la disfunción sexual impacta negativamente en la estabilidad emocional.

Plan

- ▶ **1) Ajuste Farmacologico**
- ▶ **2) Terapia psicológica**
- ▶ **3) Manejo del dolor**
- ▶ **4) Seguimiento**

1. Ajuste farmacológico:

- **Cambio de antidepresivo:** Considerar cambiar el escitalopram por otro antidepresivo con menos efectos secundarios sexuales, como el **bupropión** (inhibidor de la recaptación de dopamina y norepinefrina) que no suele causar disfunción sexual y puede mejorar los síntomas depresivos.
- **Reevaluar el uso de pregabalina:** Dado que la pregabalina puede contribuir a la disfunción sexual, considerar ajustar la dosis o explorar otras opciones para el dolor neuropático.
- **Clonazepam:** Evaluar si es posible reducir o eliminar su uso a largo plazo, dado el riesgo de dependencia y sus efectos sobre la función cognitiva y sexual.



1. **2-Terapia psicologica:**

2.

3. **Terapia cognitivo-conductual (TCC):** Para el manejo del dolor crónico, ansiedad y depresión, ayudando a mejorar la percepción del dolor y los síntomas emocionales. También puede ayudar a manejar la disfunción sexual relacionada con el estrés.

4.

5. **Terapia sexual:** Para abordar las dificultades sexuales de manera conjunta con su pareja, enfocándose en la comunicación, reducción del estrés sexual y técnicas de enfoque sensorial.

Manejo del dolor:

- Enfoque multidisciplinario: Considerar fisioterapia, terapia ocupacional o acupuntura como adyuvantes al tratamiento farmacológico o para el manejo del dolor crónico.
- Intervención de un especialista en dolor: Si el dolor persiste, puede ser necesario derivar al paciente a una clínica de dolor para tratamiento farmacológico para el manejo del dolor crónico.

Seguimiento:

- Evaluar la respuesta al cambio de medicación y el impacto sobre el dolor, estado de ánimo y función sexual.
- Involucrar a la pareja en el proceso terapéutico, de ser posible, para mejorar la adherencia y disminuir el impacto emocional en la relación.

Conclusión:

- Este caso refleja los desafíos del manejo de la disfunción sexual y el dolor crónico en un paciente en tratamiento con psicofarmacos. Un enfoque integral que incluya ajuste farmacológico, terapia psicológica y manejo multidisciplinario del dolor puede mejorar la calidad de vida del paciente.

Muchas gracias!!!