



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

SEXUALIDAD EN PERSONAS CON DEPRESIÓN

Autora: Laura Zaldueño Ferrer

Tutora: Dra. Carolina González Hernando

INDICE

1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN	4
3. OBJETIVOS	6
3.1. Objetivo general.....	6
3.2. Objetivos específicos	6
4. METODOLOGÍA	7
5. MARCO TEÓRICO	8
5.1. Depresión	8
5.1.1. Definición.....	8
5.1.2. ¿Cómo afecta a la sexualidad?	12
5.1.3. Influencia de fármacos antidepresivos en la sexualidad del paciente	15
5.1.4. Abordaje sobre la enfermedad. ¿Cómo hablar con el paciente?	18
5.1.5. Medidas para solventar el problema.....	20
5.2. Estigma social acerca de los enfermos mentales	22
6. CONCLUSIONES E IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA	23
7. BIBLIOGRAFÍA	25
8. ANEXOS	31
8.1. Tablas.....	31
TABLA 3: Búsqueda bibliográfica	31
TABLA 4: Escala de Hamilton para valorar la depresión.....	32
TABLA 5: Diagnóstico de gravedad de un episodio depresivo según CIE - 10.....	37
8.2. Cuestionarios	39
CUESTIONARIO 1: Disfunción sexual secundaria al tratamiento con psicofármacos	39

1. RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece la depresión como principal causa de discapacidad, por su enorme prevalencia a nivel mundial e impacto en la persona afectada y el sistema de salud.

Las cifras de personas diagnosticadas con depresión aumentan cada año. Por ello, con esta revisión bibliográfica se dan a conocer algunos datos relacionados con la enfermedad, desde un punto de vista orientado a la sexualidad.

Se trata de un enfoque distinto, que muchas veces no se plantea el servicio de salud. Este análisis plasma cómo la enfermedad en sí misma y el tratamiento antidepresivo afectan directamente a la sexualidad del paciente, reflejándose tanto en su autoestima y emociones, como en el acto sexual, llegando a provocar disfunciones en todas sus fases.

Es una cuestión difícil de tratar, pues para los pacientes supone una complicación importante, mas al estar considerada durante tanto tiempo como un tema "tabú", muchos evitan el hablar de ello. En el documento se recogen una serie de pautas sobre cómo abordar el tema con la persona afectada, y medidas o consejos que, desde enfermería, se ofrecen para mitigar el daño y resolver el problema poco a poco.

Con todo, se pretende también disipar los prejuicios y eliminar el estigma aún existente entre la sociedad hacia este tipo de pacientes con enfermedad mental, mediante la educación para la salud.

Palabras clave: Depresión, Sexualidad, Disfunciones sexuales psicológicas y Estigma social.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) establishes depression as the main cause of disability, because of its enormous worldwide prevalence and impact on the affected persons and the health system.

The numbers of people diagnosed with depression increase every year. For this reason, with this bibliographical review some information related to the disease is presented, from a point of view oriented to sexuality.

This is a different approach, which is often not addressed by the health service. This analysis shows how the disease itself and antidepressant treatment directly affect the patient's sexuality, reflecting both in his self-esteem and emotions, as in the sexual act, leading to cause dysfunctions in all its phases.

It is a difficult question to deal with, because it is an important complication for patients, but because it has long been considered a taboo subject, many people avoid talking about it. The document contains a series of guidelines on how to approach the issue with the person affected, and measures or advice from nursing that are offered to mitigate the damage and solve the problem step by step.

However, it is also intended to dispel prejudices and eliminate the stigma still existing between society towards this type of patients with mental illness, through education and awareness for health.

Keywords: Depression, Sexuality, Psychological sexual-dysfunction and Social stigma.

2. INTRODUCCIÓN

Cada vez son más las personas diagnosticadas con algún tipo de trastorno mental. Las cifras alcanzan valores de hasta 450 millones de personas a nivel mundial ¹. Según la OMS, en el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMEd - España) sobre la epidemiología de los trastornos mentales, una de cada cuatro personas padecerá una enfermedad mental a lo largo de su vida ^{1,2}.

Se trata de un problema de gran magnitud y relevancia que incide directamente en el ámbito personal, social y económico del afectado. Además de suponer un importante gasto social, directamente proporcional a la incidencia de este tipo de enfermedades, que va en aumento. Los trastornos mentales son la principal causa de discapacidad en el mundo, según la OMS.

Para poder llevar a cabo la realización del trabajo, se han estudiado cuáles son las enfermedades mentales más prevalentes en nuestros días, tanto a nivel mundial como en la propia nación. Los resultados se presentan a continuación ¹⁻³, en la tabla 1:

TABLA 1: Prevalencia - año y prevalencia - vida de los trastornos mentales

		PREVALENCIA - AÑO						PREVALENCIA - VIDA					
		Varón		Mujer		Total		Varón		Mujer		Total	
		Prevalencia (%)	IC del 95%	Prevalencia (%)	IC del 95%	Prevalencia (%)	IC del 95%	Prevalencia (%)	IC del 95%	Prevalencia (%)	IC del 95%	Prevalencia (%)	IC del 95%
Trastorno del Estado de Ánimo	Episodio Depresivo Mayor	2,15	1,45-2,86	5,62	4,66-6,59	3,96	3,34-4,59	6,29	5,10-7,48	14,47	13,03-15,90	10,55	9,57-11,54
	Distimia	0,52	0,22-0,81	2,38	1,69-3,07	1,49	1,10-1,88	1,85	1,22-2,48	5,29	4,32-6,27	3,65	3,06-4,24
	Cualquier trastorno del Estado de Ánimo	2,33	1,61-3,04	6,25	5,20-7,30	4,37	3,71-5,04	6,71	5,49-7,93	15,85	14,34-17,36	11,47	10,45-12,49
Trastorno de Ansiedad	Ansiedad generalizada	0,44	0,11-0,78	1,18	0,81-1,56	0,50	0,30-0,70	1,15	0,64-1,66	2,57	1,99-3,16	1,89	1,49-2,29
	Fobia social	0,57	0,13-1,00	0,64	0,32-0,95	0,60	0,33-0,87	1,06	0,51-1,61	1,28	0,83-1,73	1,17	0,81-1,54
	Fobia específica	1,19	0,68-1,72	4,20	3,23-5,16	3,60	2,82-4,38	2,32	1,60-3,05	6,54	5,38-7,69	4,52	3,82-5,23
	Estrés postraumático	0,25	0,02-0,48	0,94	0,50-1,39	0,50	0,30-0,70	1,06	0,00-2,20	2,79	1,71-3,87	1,95	1,18-2,73
	Agorafobia	0,15	0,02-0,29	0,60	0,26-0,95	0,30	0,10-0,50	0,47	0,08-0,86	0,76	0,39-1,14	0,62	0,36-0,89
	Trastorno de Angustia	0,38	0,14-0,63	0,98	0,60-1,36	0,60	0,40-0,80	0,95	0,53-1,37	2,39	1,76-3,02	1,70	1,32-2,09
	Cualquier trastorno de Ansiedad de Alcohol	2,53	1,74-3,31	7,61	6,41-8,80	6,20	4,63-7,77	5,71	4,57-6,85	12,76	11,24-14,29	9,39	8,41-10,37
	Trastorno por Dependencia	1,38	0,78-1,99	0,05	0,00-0,13	0,69	0,40-0,98	6,38	5,16-7,61	0,95	0,51-1,39	3,55	2,91-4,19
	Trastorno por Abuso de Alcohol	0,18	0,00-0,45	0,02	0,00-0,07	0,10	0,00-0,23	1,01	0,47-1,54	0,17	0,03-0,30	0,57	0,30-0,84
	Cualquier trastorno por Consumo de Alcohol	1,38	0,78-1,99	0,05	0,00-0,12	0,69	0,40-0,98	6,47	5,23-7,71	0,96	0,52-1,40	3,60	2,95-4,25
Cualquier Trastorno Mental		5,25	4,17-6,33	11,44	10,02-12,86	8,48	7,53-9,42	15,67	13,86-17,48	22,93	21,09-24,78	19,46	18,09-20,82

Fuente: ESMED 2014 - 2016.

Según la tabla 1, los trastornos más prevalentes son:

1. Episodio depresivo mayor.
2. Fobia específica.
3. Distimia.
4. Alzheimer.
5. Trastorno por abuso de alcohol.

Aunque todos los estudios coinciden en que el episodio depresivo mayor es el más prevalente de forma particular; lo cierto es que, globalmente, los trastornos de ansiedad afectan más a la población general que los trastornos del estado de ánimo ¹.

Teniendo en cuenta la lista anterior, se ha centrado el estudio en la depresión, que tanto afecta hoy en día.

Para ser exactos, entre un 8% y un 15% de personas sufre depresión en algún momento de su vida ^{4,5}; unos 350 millones de personas en el mundo padecen este trastorno ^{1,4,6,7}. Se trata de la enfermedad mental que más afecta a nivel mundial ^{1,7} y es la principal causa de discapacidad ^{4,6}.

Por su parte, en España cada vez son más los casos de trastornos depresivos, afectando actualmente a un 4% de la población total ^{4,8} y con una prevalencia - vida del 10.5%, según datos del estudio ESEMeD - España ¹.

Además, se sitúa a la cabeza en cuanto a cifras de depresión en personas de edad avanzada; así queda recogido en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud ⁸.

Por el momento, la depresión es la cuarta causa de morbilidad en España, pero dada la trayectoria ascendente de casos diagnosticados, se prevé que sea la segunda para el año 2020, y la primera en todo el mundo hacia el 2030, según datos de la Organización Mundial de la Salud ^{1,2,5}.

Con todo esto, se descubre un problema real de salud y se hace más que evidente la necesidad de tratar y cuidar adecuadamente a este colectivo, que incluso hoy día, a pesar de los avances y estudios publicados, se encuentra tan estigmatizado.

Los profesionales de salud se centran en curar la enfermedad, pero algunas veces no se profundiza lo suficiente en otros aspectos que pueden estar asociados, como por ejemplo, la sexualidad en este tipo de pacientes psiquiátricos, y más concretamente, los depresivos.

Es por ello que, a lo largo de este trabajo, se plasmarán los aspectos relevantes de un paciente con depresión enfocados en su sexualidad. Es decir, cómo le afecta la propia enfermedad, los psicofármacos pautados, cómo podría abordarse el tema y mejorarlo, y conocer cuál es la percepción social hacia estos pacientes, para ofrecer un punto de vista alternativo.

Todo con el fin de trabajar un poco más este aspecto, a veces olvidado, del paciente con enfermedad mental.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Analizar la vivencia de la sexualidad en las personas con depresión.

3.2. Objetivos específicos

1. Investigar la afectación en la sexualidad debido a la propia enfermedad mental.
2. Identificar la afectación de los psicofármacos en la sexualidad del paciente.
3. Conocer el estigma social existente frente a los pacientes psiquiátricos.

4. METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente trabajo, se ha realizado una revisión de la literatura científica en profundidad, seleccionando los artículos más importantes, abarcando un periodo de tiempo desde noviembre de 2016 hasta mayo de 2017.

Se han consultado algunas de las principales fuentes y bases de datos biomédicas: Cochrane, Cuiden, BVS, Elsevier, Medline y PubMed; haciendo uso de una combinación de Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y/o Medical Subject Headings (MeSH), presentes en la tabla 2, con los operadores booleanos (AND, OR y NOT).

TABLA 2: Descriptores DeCS y MeSH

PALABRA NATURAL	DeCS	MeSH
Antidepresivos	Antidepresivos	Antidepressive agents
Depresión	Depresión	Depression
Disfunción sexual	Disfunciones sexuales psicológicas	Sexual dysfunctions psychological
Estigma social	Estigma social	Social stigma
Pacientes psiquiátricos	Enfermos mentales	Mentally ill persons
Percepción	Percepción	Perception
Psicodrogas	Psicotrópicos	Psychotropic drugs
Sexualidad	Sexualidad	Sexuality

Fuente: Elaboración propia

Para acotar la búsqueda, se han aceptado documentos publicados en los últimos siete años, contando a partir de 2010 hasta el 2017, recogiendo los más relevantes acerca del tema a estudiar, tanto en español como en inglés. Se ha incidido en aquellos relacionados con la forma en la que viven la sexualidad los distintos pacientes psiquiátricos, haciendo "hincapié" en la depresión; en cómo afectan los fármacos pautados a esa sexualidad; y en el estigma social que existe frente a este tipo de pacientes (Anexo: Tabla 3).

Las palabras clave seleccionadas para llevar a cabo esta búsqueda, han sido: depresión, disfunción sexual, estigma social, paciente psiquiátrico y sexualidad.

Con el fin de reducir el número de documentos a revisar, centrándonos en el problema que aquí se plantea, se han seguido una serie de criterios, tanto de inclusión como de exclusión. Éstos son:

- **Criterios de inclusión:**
 - Artículos publicados dentro de los últimos siete años, sin restricción de idioma.
 - Documentos relacionados con el tema a revisar, la sexualidad del paciente psiquiátrico, concretamente, en la depresión.
 - Artículos con resumen y texto completo.
 - Artículos de acceso gratuito.
- **Criterios de exclusión:**
 - Artículos con una antigüedad de más de siete años.
 - Artículos no relacionados con el tema en cuestión.
 - Artículos sin texto completo.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Depresión

5.1.1. Definición

Previamente, se ha plasmado la importancia y enorme prevalencia de la depresión a nivel mundial; por eso, cada 1 de Octubre se celebra el Día Europeo de la Depresión, en favor de todas las personas que padecen esta enfermedad⁴.

El DSM-V, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, incluye la depresión dentro de los trastornos afectivos ó del estado de ánimo.

Es importante diferenciar la depresión de la tristeza pasajera. En ocasiones, cualquiera puede sentirse decaído; pero la depresión es una enfermedad real, que por desgracia, no siempre se toma en serio.

La depresión tiene una carga global en la persona, afectando a mente y cuerpo. Aunque en su mayor parte se vea atacada la esfera afectiva, también aparecen síntomas cognitivos, volitivos y somáticos; afectando de forma negativa en los sentimientos y pensamientos de quien la padece, su forma de actuar y su estado físico^{4,9}.

Con todo, no es difícil apreciar que supone un gran problema para el enfermo y las personas de su entorno, ya que la depresión interfiere directamente en el ritmo normal de vida, en las acciones más cotidianas, haciendo de cada día un nuevo reto que superar¹⁰.

No todas las personas sufren los mismos síntomas ni de igual forma; puede variar la frecuencia, su duración e incluso la gravedad. Pero por regla general, en una depresión se sentirían al menos cinco signos de la siguiente lista^{4,6,9-15}:

1. Tristeza persistente, patológica. Suele empeorar en un momento concreto del día, normalmente por las mañanas, mejorando al llegar la noche. Se pueden sentir incluso dolores y/o malestar general.
2. Sentimientos pesimistas y llanto fácil, espontáneo.
3. Anhedonia y disminución de la vitalidad. Se pierde el interés por realizar actividades y no se siente placer al hacer cosas que antes gustaban.
4. Irritabilidad y ansiedad.
5. Continuo sentimiento de culpa e incapacidad, autoestima baja.
6. Dificultad para tomar decisiones.
7. Se produce un enlentecimiento mental, falta de atención, cuesta encontrar las palabras adecuadas.
8. Disminución de la concentración y de la memoria.
9. Trastornos del apetito. Normalmente, se produce pérdida de apetito y por lo tanto, disminución brusca del peso corporal. Aunque, puede ocurrir lo contrario, sentir excesivas ganas de comer y aumentar de peso.
10. Trastornos del sueño. Dificultad para conciliar el sueño, insomnio, sueño ligero y/o de mala calidad.
11. Disminución de la libido y problemas sexuales. Se pierde el interés por realizar cualquier tipo de actividad sexual. Incapacidad para sentir placer.
12. Se evita el contacto con otras personas. Existe una pérdida de confianza, tanto en sí mismo como hacia los demás.

13. Aparecen ideas de muerte y/o suicidio.

Para valorar su gravedad, la escala más utilizada es la Escala de Hamilton ¹⁶. (Anexo: Tabla 4).

Existen numerosos estudios que relacionan la depresión con la salud física de quien la padece. Así, la depresión podría influir en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, y viceversa ^{4,6,12}.

Además, influye directamente en el grado de discapacidad, empeorando significativamente la calidad de vida de estos pacientes y provocando una tasa considerablemente alta de absentismo laboral ⁴.

Por último, destaca la cifra de suicidios entre las personas deprimidas, cuatro veces más alta que quienes no padecen la enfermedad; aumentando a casi más de veinte veces en los casos de depresión muy grave ^{4,12}.

No se puede afirmar con exactitud cuál es la causa de esta enfermedad, por qué se produce. No existe una única razón, si no que se trata de un proceso multifactorial, una serie de interacciones entre distintos factores personales, sociales, psicológicos y biológicos ó genéticos ^{6,10,12}.

- **Factores personales y sociales:**

Se ha demostrado que el género está relacionado con el hecho de sufrir depresión; según estudios, las mujeres tienen casi el doble de probabilidades de desarrollar esta enfermedad ^{6,9,12,13,17}.

Del mismo modo, influye la edad. La mayor prevalencia de la depresión abarca edades desde los 14 hasta los 45 años ¹², aunque es más probable que aparezca en la edad adulta.

Por supuesto, el tener una personalidad neurótica, trastornos de ansiedad y baja autoestima, es otro de los factores contribuyentes. Igual que estar sometido continuamente a un profundo estrés o haber vivido una circunstancia traumática, ya sea la pérdida de un ser querido, quedarse sin empleo, etc. ^{6,9,12-14}.

Un periodo largo de enfermedad, como puede ser el cáncer, patologías cardíacas o endocrinas, es otra de las razones por las que muchas personas pueden desarrollar depresión ¹²⁻¹⁴.

Es importante también controlar las adicciones al alcohol y las drogas, que además de favorecer la depresión, aumentan las probabilidades de suicidio ^{13,14}.

- **Factores psicológicos:**

Pensamientos negativos y distorsiones cognitivas influyen a la hora de procesar información del exterior ¹².

- **Factores biológicos y genéticos:**

Está demostrado que al existir antecedentes familiares de depresión, las probabilidades de padecerla aumentan considerablemente; hasta el doble cuando se trata de antecedentes de primer grado (padre/madre) ^{9,10,12-14}.

Los genes están también implicados, junto con factores ambientales. Y recientes estudios muestran como el cerebro de una persona deprimida es distinto del de otra persona sana. Ésto se debe a que los neurotransmisores o sustancias químicas presentes en el cerebro y encargadas de las conexiones cerebrales, son diferentes y no se encuentran en equilibrio con los demás ^{9,10,12,14,17}.

Dependiendo del número y la intensidad con que se sufren los síntomas, podemos hablar de episodio depresivo leve, moderado o grave. El primero, dificulta el ritmo normal de vida del paciente, pero éste no suspende sus actividades. Mientras que en la depresión grave, existe una importante falta de autoestima, que impide totalmente al paciente continuar con su vida: dormir, comer, trabajar, etc. Además de fantasear con ideas suicidas. La depresión grave puede acompañarse, o no, de síntomas psicóticos ^{6,10,12}.

El diagnóstico es difícil y muchas veces erróneo. Existen muchas personas deprimidas no diagnosticadas, y en contraposición, otras tantas en tratamiento antidepresivo que no tienen realmente la enfermedad ⁶.

Una de las claves a tener en cuenta para el correcto diagnóstico es que los síntomas de la depresión tienen una duración mínima de dos semanas ^{9,12,14} y deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos: ánimo depresivo, pérdida de placer e interés, e incremento del cansancio y la fatiga. Se descartan los casos provocados por abuso de sustancias psicoactivas o por trastornos mentales orgánicos ¹² (Anexo: Tabla 5).

Entre los tratamientos de elección se incluyen la vía psicológica o un tratamiento farmacológico; aunque muchas veces se realizan de forma simultánea.

Como tratamiento psicológico existen la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), para hacer desaparecer los sentimientos negativos; y la psicoterapia. Consiste en realizar sesiones para hablar acerca de los sentimientos, ya sea de forma individual con un asesor experto, o terapia de grupo. Dependiendo de la severidad de la depresión, serán necesarias un número mayor o menor de sesiones ^{6,9,10,13}.

El tratamiento farmacológico no es recomendable en depresiones leves. Los antidepresivos más utilizados son los tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs), y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) ⁶. El problema de estos medicamentos es que los resultados no son visibles hasta casi dos o tres meses después de comenzar el tratamiento, por lo que muchos pacientes lo abandonan antes ^{9,13}. Además de provocar importantes efectos adversos.

Como última opción, si ningún otro tratamiento funciona, puede probarse también la Terapia Electroconvulsiva (TEC) en aquellas depresiones realmente severas. Normalmente, se recibe la terapia dos o tres veces por semana, hasta completar entre seis y doce sesiones ⁹.

5.1.2. ¿Cómo afecta a la sexualidad?

En el apartado anterior se han descrito los síntomas presentes en la depresión. Uno de los más característicos es la disminución del placer y la libido, el deseo sexual inhibido, lo que afecta directamente a la forma en que la persona deprimida vive su sexualidad.

Ahora se pretende describir la vivencia de la sexualidad que tiene una persona con depresión. Pero para poder entenderlo, antes hay que preguntarse: "¿qué es la sexualidad?".

La OMS define sexualidad como "un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual".

Es decir, no se refiere únicamente al acto sexual, sino que profundiza mucho más. Es la forma en que uno se siente consigo mismo y con los demás, las emociones, el afecto, la manera de expresar cariño, etc.

Una persona que sufre depresión, por lo general, tiene la autoestima muy baja, está desganada, sin energía ni ilusión. Además, existe un importante sentimiento de culpa, por estar así, por "ser una carga para los demás", por ser incapaz de seguir adelante...

A todo esto, hay que sumarle el hecho de que, por muchos años, ha estado mal visto el que una persona con trastorno mental disfrute libremente de su sexualidad. Si ésta última ya era un tema tabú por sí misma, aún más tratándose de personas con discapacidad. Y aunque la sociedad ha evolucionado en este aspecto, aún se dan casos que dejan entrever los prejuicios todavía existentes ¹⁸.

Sorprendentemente, muchas veces son los mismos pacientes quienes se niegan a sí mismos el derecho a disfrutar, por no creer merecerlo, dada su condición ¹⁸.

Por todo ello, no es difícil imaginar lo duro que resulta para un paciente deprimido hablar del tema, incluso con su médico. Se trata de una cuestión delicada, pudorosa, no todas las personas consiguen hablar abiertamente de su sexualidad, y mucho menos, de sus problemas sexuales. De ahí que, en ocasiones, resulte costoso analizar y cubrir las necesidades del paciente en ese sentido.

Se ha demostrado que los usuarios son más sinceros respondiendo a las preguntas acerca de su sexualidad de forma escrita, en la intimidad; por ejemplo, rellenando un cuestionario. De esta forma, se halla un incremento considerable del porcentaje de personas deprimidas con afectación sexual, que simplemente manteniendo una conversación con el profesional de salud ¹⁹.

En estos casos, es muy importante mantener un buen vínculo con la pareja, si se tiene; pues ésta puede sentirse responsable de la poca apetencia sexual que acompaña a la persona deprimida, y si el tema se deja pasar, acaba afectando a la relación, dañándola cada vez más ^{20,21}. Una buena opción es acudir a terapia de pareja.

Por otro lado, la depresión incrementa las conductas sexuales de riesgo, pues está muy relacionada con la asertividad sexual, es decir, la capacidad para negociar y comenzar la actividad sexual deseada, así como para rechazar la no deseada ²².

Un mayor grado de depresión se relaciona con una disminución de la asertividad sexual, provocando que las personas deprimidas se arriesguen más en sus relaciones, por ejemplo, olvidando el uso del preservativo ²².

En cuanto a los problemas sexuales, está demostrado que aparecen más en la depresión que en cualquier otro trastorno mental, ya sea debido a la propia enfermedad o al tratamiento farmacológico ^{19,21,23}. Ello se corresponde con un desajuste en los neurotransmisores cerebrales, provocando la incapacidad para sentir placer y las disfunciones sexuales ²⁴.

Éstas últimas se deben tanto a la gravedad de la enfermedad como a la persona que la sufre ^{21,24}, y pueden presentarse en cualquier etapa del acto sexual, por ejemplo ¹⁹:

- **Alteraciones del deseo sexual:** Desde la disminución del deseo hasta su pérdida total.
- **Alteraciones de la excitación:** En el hombre, problemas de erección (disfunción eréctil). En la mujer, vaginismo o sequedad vaginal, es decir, problemas para relajar la musculatura vaginal y lubricarla.
- **Alteraciones del orgasmo:** Retraso del orgasmo o anorgasmia.
- **Alteraciones por dolor:** Dolor a la penetración o en el orgasmo, lo que se conoce como dispareunia.

Podría afirmarse que, de media, un 70% de las personas con depresión padece alguna alteración de tipo sexual ^{18-21,23-25}, siendo la más frecuente la disfunción eréctil, que puede alcanzar el 90% de afectación en depresiones muy severas ²⁶.

Los problemas en la sexualidad están tan ligados a la depresión que, en ocasiones, es difícil distinguir cuál de las dos es causa o consecuencia de la otra. La mayoría de veces, las alteraciones sexuales aparecen como resultado de la enfermedad depresiva, pero se dan casos en los que a raíz de esos problemas se desarrolla la depresión ^{21,25}.

Por ello, lo principal es siempre tratar la depresión. Mejorando ésta, irán desapareciendo los síntomas sexuales, claro signo de recuperación del paciente. Aunque, si es posible, un tratamiento integral sería lo idóneo, incidiendo de forma paralela en la depresión y la sexualidad ^{20,21,23,25,26}.

5.1.3. Influencia de fármacos antidepresivos en la sexualidad del paciente

Está demostrado que el tratamiento antidepresivo afecta negativamente a la sexualidad del sujeto, pudiendo producir alteraciones en todas las fases de la función sexual, desde el deseo y la excitación, hasta el orgasmo y eyaculación^{23,27-29}. Ésto se debe a que la medicación actúa sobre los neurotransmisores cerebrales, responsables de la función sexual normal^{23,28}.

Aún así, es recomendable valorar la función sexual del paciente antes de comenzar el tratamiento antidepresivo, para verificar si la disfunción es originada por la medicación o por la propia enfermedad.

Por otro lado, se cree que la afectación sexual por parte de los antidepresivos varía en función del sexo del paciente. Siendo así, los hombres tendrían más problemas en la fase de deseo y en el orgasmo; mientras que en las mujeres, estaría más afectada la fase de excitación²⁹.

Lo que sí está comprobado, como ya se ha reflejado anteriormente, es que se detectan más disfunciones sexuales cuando el profesional entrega un cuestionario^{23,30} (Anexo: Cuestionario 1).

Es importante que la persona en tratamiento antidepresivo tenga paciencia, pues el efecto de los medicamentos no se manifiesta hasta pasadas de dos a cuatro semanas. La remisión completa no se logra hasta la octava semana y la recuperación sintomática, en dos o tres meses. Es por ello que muchos pacientes deciden abandonar el tratamiento, ya que no toleran los efectos adversos. Sin embargo, si se deja bruscamente y antes de seis meses, aparecen síntomas de abstinencia y el riesgo de recaída es muy elevado³¹.

De vuelta a las disfunciones sexuales, aunque el problema no depende de la familia del medicamento, sino del fármaco en sí²⁹, éstos son los tipos de antidepresivos con mayor incidencia de efectos adversos en la función sexual:

- **Antidepresivos tricíclicos:** Se trata de los antidepresivos más antiguos, y son los más eficaces si se utilizan correctamente. Pero, dado el elevado número de efectos adversos que provocan, actualmente están en desuso^{32,33}. Además, son muy tóxicos, y existe riesgo de muerte en caso de sobredosis^{31,33}. Por ello,

suelen recetarse como alternativa, cuando ningún otro tratamiento ha funcionado^{32,33}.

Los tricíclicos actúan interrumpiendo la recaptación de los neurotransmisores serotonina y norepinefrina, aumentando así sus niveles cerebrales³¹⁻³³. Ésto es lo que provoca los efectos adversos, siendo los antidepresivos que mayor impacto causan sobre la sexualidad^{23,27,31}; pues se ha estudiado, que niveles elevados de serotonina se encuentran estrechamente relacionados con disminución de la libido y trastornos del orgasmo y la eyaculación^{23,28}.

Algunos ejemplos de antidepresivos tricíclicos, son:

- *Amitriptilina*: Aprobado por la FDA (Food and Drug Administration) para el tratamiento de la depresión^{32,34}. Se administra vía oral, de una a cuatro veces al día, preferentemente por la noche, ya que puede causar sueño^{32,34}. Es uno de los fármacos que más impacto provoca sobre la función sexual; causa disfunción eréctil y cambios en el deseo y la capacidad sexual^{27,34,35}.
 - *Clomipramina*: Administración vía oral, unas tres veces al día³⁶. Como la anterior, la clomipramina compromete de forma importante la capacidad sexual, causando disminución de la libido, problemas de excitación, disfunción eréctil y retraso en la eyaculación^{23,27,35,36}.
 - *Imipramina*: Antidepresivo aprobado por la FDA³². Se toma por vía oral, una o más veces al día, antes de dormir, ya que provoca sueño^{32,37}. Por lo general, causa menos disfunciones sexuales que otros antidepresivos; disminución del deseo sexual e impotencia^{27,35,37}.
 - *Nortriptilina*: Aprobado por la FDA contra la depresión; suele tomarse una vez al día, vía oral^{32,38}. Causa menos efectos secundarios y éstos son mejor tolerados por los pacientes; aunque, como los demás, produce cambios en la capacidad sexual, pudiendo provocar disfunción eréctil^{32,35,38}.
- **Antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO):** Son eficaces, pero no se utilizan demasiado. Interaccionan con otros fármacos y con alimentos ricos en tiramina, por lo que hay que cuidar la dieta^{31,39}. Actúan impidiendo la división de serotonina y norepinefrina, elevando sus niveles en el cerebro, y los de otras sustancias químicas^{31,39}. Causan un número

importante de efectos adversos, pero al contrario que los tricíclicos, no influyen tanto en la sexualidad del paciente, aunque pueden afectar al deseo sexual, la erección y la eyaculación.

Algunos IMAOs, son:

- *Fenelzina*: Antidepresivo aprobado por la FDA ³⁹. Se administra de forma oral, unas tres veces al día, inicialmente ⁴⁰. Puede provocar disfunción eréctil, anorgasmia y trastornos en la eyaculación ^{35,40}.
- *Moclobemida*: Se administra por vía oral y se trata del IMAO que menos efectos adversos sexuales causa ^{23,27,28}.
- *Selegilina*: Aprobado por la FDA, este antidepresivo se encuentra disponible en forma de parche, por lo que se puede apreciar un menor número de efectos no deseados ³⁹.

- **Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)**: Los ISRS son los antidepresivos más prescritos actualmente, debido a su gran eficacia en la depresión leve y moderada, y al menor número de efectos secundarios que suscitan ^{27,31,41}.

Como su nombre indica, lo que hacen es impedir la absorción de serotonina, principalmente; de forma que ésta incrementa sus niveles ^{31,41}. Por eso mismo, como ya pasaba con los antidepresivos tricíclicos, se vinculan con diversos efectos adversos sobre la función sexual; como disminución de la libido, disfunción eréctil, retraso del orgasmo o anorgasmia, y retraso en la eyaculación ^{27,28,31,41} (es por esto último, por lo que también se utilizan en el tratamiento de la eyaculación precoz) ²⁸.

Algunos de los ISRS más utilizados, son los siguientes:

- *Citalopram*: Es uno de los antidepresivos ISRS más potentes aprobados por la FDA ^{23,41}; pero también es de los fármacos que más disfunciones sexuales provoca ²⁷.
- *Escitalopram*: Aprobado por la FDA para el tratamiento de la depresión, se administra vía oral una vez al día ^{41,42}. Causa varios efectos adversos sobre la función sexual del enfermo, como alteraciones en la capacidad o el deseo sexual ^{27,42}.
- *Fluoxetina*: Igualmente aprobada por la FDA para el tratamiento de la depresión ⁴¹. Suele causar menos disfunciones sexuales que otros

antidepresivos ²³. Aún así, provoca disfunción eréctil, retraso en la eyaculación, y trastornos en la fase de deseo, excitación y orgasmo ^{27,29,35}.

- *Paroxetina*: Aprobada también por la FDA, es uno de los antidepresivos ISRS más potente ^{23,41}. Como los otros, es responsable de numerosas disfunciones sexuales, como disfunción eréctil, disminución de la lubricación vaginal y retraso de la eyaculación ^{23,27}.
- *Sertralina*: Antidepresivo aprobado por la FDA ⁴¹. Se toma vía oral una vez al día, siempre a la misma hora ⁴³. Se trata del ISRS que más afectación tiene sobre la función sexual: causa disfunción eréctil, problemas en la fase de deseo, trastornos de excitación y retraso del orgasmo y la eyaculación ^{23,27,29,35,43}.

TABLA 5: Frecuencia de disfunciones sexuales durante el tratamiento con antidepresivos ISRS

	Disminución de la libido	Retraso del orgasmo	Anorgasmia	Problemas de excitación
CITALOPRAM	62%	63%	51%	34%
ESCITALOPRAM	47%	48%	40%	25%
FLUOXETINA	50%	50%	39%	22%
PAROXETINA	64%	64%	53%	41%
SERTRALINA	55%	56%	47%	29%

Fuente: "Sexual Medicine. Sexual dysfunctions in men and women" 2010.

5.1.4. Abordaje sobre la enfermedad. ¿Cómo hablar con el paciente?

La depresión es una enfermedad difícil de comprender para quien nunca la ha padecido, es casi imposible imaginar cómo se siente la persona deprimida ⁴⁴.

Por eso, lo mejor que se puede hacer para ayudar es ser buen oyente, dejar que el enfermo se desahogue y escuchar con paciencia ^{13,44}. Lejos de mostrar una actitud negativa y dejando a un lado los reproches, es importante dedicar tiempo al paciente,

mantener la esperanza, brindar apoyo, instarle y animarle a realizar actividades, asegurarse de que come bien... Parece fácil, pero puede resultar agotador^{13,24,44}.

En ocasiones, el deprimido puede sorprender con pensamientos e ideaciones suicidas. De darse el caso, siempre hay que tomarlo en serio. Lo ideal es buscar asesoramiento experto, de forma que sea más fácil detectar la sintomatología y encontrar la solución^{13,24,44}.

Para centrarse en las intervenciones sobre sexualidad, se utiliza el modelo PLISSIT, creado por el psicólogo americano Jack Annon, en 1976⁴⁵. Podría parecer un método obsoleto, dado el tiempo que ha pasado desde su publicación; sin embargo, muchos estudios defienden su efectividad aún en nuestros días⁴⁶.

El nombre "PLISSIT" es un acrónimo, en inglés, de los cuatro procesos de los que consta: "*Permission*" (P), "*Limited Information*" (LI), "*Specific Suggestions*" (SS) e "*Intensive Therapy*" (IT)⁴⁷.

Se trata de un modelo vertical, es decir, se avanza el nivel de conocimientos y formación con cada proceso.

A continuación, se describen las actuaciones a realizar en cada uno de ellos:

- "***Permission***" (**Permiso**): Se da permiso al paciente para hablar abiertamente sobre su sexualidad, las preocupaciones o dudas que pueda tener, sus emociones y pensamientos⁴⁵⁻⁴⁷. Para ello, es indispensable crear un ambiente adecuado, agradable, conseguir que el usuario se sienta cómodo hablando del tema^{45,47}.

Por su parte, la enfermera mantendrá una actitud de escucha activa, animando al enfermo a hablar, profundizando para hallar el problema central, y aconsejando cuando se requiera^{45,46}.

- "***Limited Information***" (**Información Limitada**): La enfermera proporciona información relevante y precisa al paciente acerca de la sexualidad; temas anatómicos y psicológicos, cómo le afecta la enfermedad, el tratamiento, etc.⁴⁵⁻⁴⁷. Puede apoyarse con material adicional, como libros o revistas⁴⁶.

Se pretende esclarecer las posibles dudas existentes y corregir pensamientos erróneos. De esta forma, se consiguen reducir la ansiedad y preocupaciones del enfermo⁴⁵.

- **"Specific Suggestions" (Sugerencias específicas):** Se puede describir como una ampliación de la etapa anterior ⁴⁵, destinada a solucionar problemas más definidos ^{45,46}. Se adecúa a cada persona, por lo que la enfermera debe estar muy bien formada, y así proporcionar recursos, instrucciones y consejos prácticos para mejorar la calidad de vida del paciente ^{45,46}.
- **"Intensive Therapy" (Terapia Intensiva):** En esta etapa, la enfermera colabora con otros profesionales de salud, como psicólogos o sexólogos, para un tratamiento más integral y especializado ⁴⁵⁻⁴⁷.

Con este método puede tratarse a cualquiera, porque se adapta al paciente, a sus necesidades. Con él se pretende proporcionar orientación y educación sexual, impulsar una pronta recuperación con la disminución de las alteraciones sexuales, y mejorar el afrontamiento del paciente ⁴⁵⁻⁴⁷.

Una de las desventajas que tiene es que requiere de profesionales bien formados en el tema, por lo que no todos pueden usarlo ^{46,47}.

5.1.5. Medidas para solventar el problema

A continuación, se van a enumerar una serie de consejos encaminados a disminuir los pensamientos negativos y la sintomatología depresiva; aunque para ello, es importante asumir primero la enfermedad ^{9,10,48}.

Se debe intentar establecer prioridades, marcar metas sencillas y realistas, que puedan irse consiguiendo poco a poco ^{10,48}:

- Realizar algo de ejercicio siempre es una buena opción, aunque se trate, simplemente, de salir a dar un paseo. Con ejercicios de intensidad leve-moderada bastará para sentirse mejor con uno mismo ^{9,10,13,20,48}.
- Actividades de ocio, como ir al cine, ver la televisión, leer, realizar trabajos manuales, etc. Ayudará a distraerse y alejar los sentimientos negativos ^{10,13,20,48}.
- Dormir bien es muy importante, pero no hay que agobiarse si resulta difícil conciliar el sueño. Al contrario, uno debe intentar relajarse, por ejemplo,

escuchando música, sin pensar. El realizar ejercicio u otras actividades también ayudará a que se esté más cansado y se duerma mejor ^{9,13}.

- En la depresión, muchas veces se pierde el apetito, sin embargo, una dieta sana y equilibrada es fundamental, por lo que hay que obligarse a comer. La fruta, por ejemplo, es muy beneficiosa. Por el contrario, debe evitarse siempre el alcohol, que aumenta los sentimientos pesimistas ^{9,13}.
- Es preferible estar acompañado, ya sea con familiares, amigos, pareja (si se tiene)... ^{10,20,48}.
- Un paso importante para la recuperación es hablar, expresar los sentimientos y emociones; ya sea con personas del entorno o buscando ayuda profesional. Una alternativa es acudir a terapia, para manejar las situaciones difíciles. Puede ser, entre otras, terapia de grupo, con personas con problemas similares; terapia familiar, para mejorar la comunicación entre la familia; o terapia sexual, enfocada en cuestiones sexuales ^{9,13,48}.
- Es imprescindible tener paciencia y no perder la esperanza. Es una enfermedad dura, pero existen muchas personas que la padecen, y tarde o temprano, desaparece ^{10,13,20}.

A muchos pacientes les preocupan especialmente los problemas sexuales acaecidos por el tratamiento antidepresivo.

Si no es plausible comenzar con un tratamiento que no cause demasiadas disfunciones sexuales, y esperar a que éstas desaparezcan por sí mismas no es una opción, se puede intentar reduciendo la dosis del fármaco prescrito, siempre que el médico lo haya aprobado antes ^{20,27}.

Otra posibilidad es interrumpir temporalmente el medicamento, por ejemplo, pasar uno o dos días semanales sin él, o el fin de semana ^{20,27,49}.

Si nada de lo anterior funciona, el médico puede recomendar un medicamento complementario para tratar específicamente el problema sexual que preocupa al enfermo. Y si no, modificar el tratamiento, con la esperanza de que tenga mejores resultados ^{20,27,49}.

En última instancia, si la medicación está pautada a una hora determinada, el paciente puede intentar la actividad sexual antes de la toma ^{27,49}.

Por supuesto, la persona depresiva no debe realizar ningún cambio en su tratamiento que no haya sido acordado antes con su médico responsable.

5.2. Estigma social acerca de los enfermos mentales

El estigma puede definirse como una marca o señal. Se trata de una creencia negativa, fruto de la ignorancia, que devalúa a la persona o colectivo al que se dirige, llevando a la discriminación. Aparece a raíz de los estereotipos y prejuicios de la sociedad y resulta costoso liberarse de ella⁵⁰⁻⁵³.

Los enfermos mentales han estado muy estigmatizados a lo largo de la historia, y desgraciadamente, algunas de las características negativas que se les asocia continúan vigentes hoy en día^{18,50-52}.

Cierto es que no todas las enfermedades mentales están igual de estigmatizadas, como se plantea en el estudio de la Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEDEAFES)⁵¹.

Así, por ejemplo, la que más se teme es la esquizofrenia, tildando a sus enfermos de violentos e impredecibles. Algo parecido ocurre con el trastorno bipolar; mientras que la depresión, aunque más conocida, sigue resultando extraña, como si no pudiera ser clasificada como enfermedad, sino, como una invención del paciente⁵⁰⁻⁵².

Lo que no se tiene en cuenta es que, con todo esto, sólo se consigue retrasar la recuperación del enfermo mental y dificultar su reintegración en la sociedad^{53,54}.

El estigma social puede apreciarse en diversos ámbitos de la vida diaria⁵⁰⁻⁵², haciendo distinciones entre el "nosotros" y "ellos"^{18,50}.

De este modo, las relaciones interpersonales resultan complicadas, ya sea para encontrar pareja, como para hacer amistades, e incluso dentro del ambiente familiar, donde también hay prejuicios y se intenta evitar y esconder el tema. Por otro lado, muchas veces es la familia quien se encarga del cuidado de la persona con enfermedad mental, convirtiéndose así en foco de este estigma⁵⁰⁻⁵².

Lo mismo ocurre en el ambiente laboral. Muchos son reticentes a la hora de contratar a una persona diagnosticada con algún tipo de enfermedad mental o ésta es discriminada por sus compañeros ^{50,52,53}.

E incluso, en el ámbito sanitario, donde todas las dolencias se atribuyen a la enfermedad mental, pudiendo afectar incluso al tratamiento que se prescribe ⁵⁰⁻⁵². Éstos son sólo algunos ejemplos, pero la realidad abarca mucho más: el ámbito educativo, los medios de comunicación, etc.

Otro de los problemas que conlleva este comportamiento es el denominado autoestigma. El enfermo interioriza tanto esos prejuicios que él mismo se aísla de los demás, olvidando sus propios derechos, asumiendo y aceptando la discriminación sufrida ^{18,50,51,55}. Le influye de tal forma que le lleva a abandonar el tratamiento farmacológico ^{50,55,56} y en ocasiones, incluso hasta al intento de suicidio. Parece que sólo llegando a ese extremo cobra sentido la enfermedad, dándole la importancia que merece ⁵⁷.

En conclusión, a pesar de que a día de hoy se tiene más información de lo que es la enfermedad mental, aún existe mucho desconocimiento entre la sociedad; lo que lleva al miedo y los prejuicios, tales como la agresividad e impredecibilidad tan inherente a estos pacientes, o que son poco fiables, violentos, no pueden trabajar... ^{50,53,54}.

Por ello, para lograr la erradicación de este estigma es imprescindible concienciar a la población, investigar más y dar a conocer, conseguir disipar ese miedo e integrar a los enfermos mentales tratándoles como lo que son, personas ^{50-53,58}.

6. CONCLUSIONES E IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA

1. Los trastornos mentales son un problema económico y social. En concreto, la depresión es la que más afecta a nivel mundial.
2. Es cierto que cada vez se tiene más conocimiento acerca de esta enfermedad, sin embargo, continúan existiendo prejuicios, recelo y dudas. No acaba de considerarse enfermedad aún por muchas personas; se menosprecia.

3. La depresión cursa con un número importante de síntomas, que suelen ser comunes, aunque cada paciente es un mundo y la vive de una forma.
4. A lo largo del trabajo, se ha visto reflejado como, respondiendo a los objetivos planteados, tanto la propia enfermedad como el tratamiento antidepressivo influyen en la sexualidad del paciente, haciéndole sentir decaído, sin energía ni ganas de realizar actividades antes placenteras, destrozando su autoestima, disminuyendo la libido y produciendo, en ocasiones, disfunciones sexuales.
5. El problema comienza porque no todos los profesionales de salud ahondan en ese tema, se trata de una cuestión normalmente olvidada. Y por parte de los enfermos, aunque es un asunto que de verdad les preocupa, no acostumbran a hablarlo abiertamente, por vergüenza o miedo al "qué pensarán".

Este trabajo permite aclarar algunos interrogantes sobre la depresión, cómo es la enfermedad y cómo afecta a la persona que la sufre. Aún así, existen limitaciones. Sería preferible recoger testimonios reales de personas con depresión, para conocer, de primera mano, sus emociones y pensamientos.

Para concluir, queda demostrado que se plantea un problema real de salud, que afecta a millones de personas en todo el mundo, personas con sentimientos y necesidades. Por ello, hace falta incidir más en el tema propuesto. Por ejemplo, como se ha sugerido ya a lo largo del documento, entregando cuestionarios para valorar la afectación sexual durante la entrevista con el paciente, o facilitando la información y los medios para acudir a cualquier tipo de terapia (individual, de grupo, sexual, etc.).

Otra parte importante, y donde se requiere la implicación del colectivo de enfermería, es la educación para la salud, con el fin de acabar con el estigma social que rodea a los pacientes con depresión y cualquier trastorno mental, en general.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Cibersam. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental. [Internet]. Madrid: Gobierno de España. Ministerio de economía y competitividad; 2014. Plan estratégico 2014-2016 [cited 2016 Diciembre 15]. Citado y disponible en: http://www.ciberisciii.es/ficheros/SAM/1_Plan%20Estrategico%20CIBERSAM_2014_vf_161213.pdf.
2. Camacho B. Veritas. [Internet]. España; 2015. Prevalencia de las enfermedades mentales en Europa y España [cited 2016 Diciembre 15]. Citado y disponible en: <http://veritaslaverdad.blogspot.com.es/2015/02/prevalencia-de-las-enfermedades.html>.
3. Hoyos Miller J. Practicopedia. [Internet]. España; 2013. Cómo son las enfermedades mentales más comunes en España [cited 2016 Diciembre 15]. Citado y disponible en: <http://salud.practicopedia.lainformacion.com/psicologia/como-son-las-enfermedades-mentales-mas-comunes-en-espana-20185>.
4. EFE. EFE: Salud. [Internet]. Madrid; 2015. Las cifras de la depresión [cited 2016 Diciembre 15]. Citado y disponible en: <http://www.efesalud.com/noticias/las-cifras-de-la-depresion/>.
5. Portalatín BG. El Mundo. [Internet]. Madrid: Diario El Mundo; 2015. Radiografía de la depresión en España [cited 2016 Diciembre 15]. Citado y disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/2015/02/17/54e34b4ce2704ea6698b457b.html>.
6. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. España: OMS; 2017. Depresión [cited 2017 Febrero 8]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
7. PAHO. Pan American Health Organization. [Internet]. Washington, D.C: WHO; 2017. La depresión trastorno mental más frecuente [cited 2017 Febrero 8]. Citado y disponible en: http://www.paho.org/bulletins/index.php?option=com_content&view=article&id=1251:da%C2%ADa-mundial-de-la-salud-mental-la-depresion-es-el-trastorno-mental-ma%C2%A1s-frecuente&Itemid=0&lang=es.
8. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. aeppc. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013 [cited 2016 Diciembre 16]. Citado y disponible en: <http://www.aeppc.net/arc/SaludMental2009-2013.pdf>.
9. Parekh R. American Psychiatric Association. [Internet]. Arlington: American Psychiatric Association; 2017. What Is depression? [cited 2017 Febrero 2]. Citado y disponible en:

https://psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression?_ga=1.87298971.2039829062.1486300175.

10. National Institute of Mental Health. NIMH. [Internet]. Bethesda: National Institute of Mental Health; 2009. Depresión [cited 2017 Febrero 2]. Citado y disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/index.shtml>.
11. Decker Gonzalez KV. Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil. [Internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2015. Determinar la depresión, sus factores de riesgo y complicaciones en adolescentes [cited 2017 Febrero 2]. Citado y disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/10565>.
12. Álvarez Ariza M, Atienza Merino G, González García A, Louro González A. Guíasalud. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto [cited 2017 Febrero 2]. Citado y disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/depression/resumida/apartado02/diagnostico.html>.
13. Royal College of Psychiatrists. RC PSYCH. [Internet]. London: Royal College of Psychiatrists; 2015. Depression [cited 2017 Febrero 2]. Citado y disponible en: <http://www.repsych.ac.uk/healthadvice/problemsdisorders/depression.aspx>.
14. U.S. Food and Drug Administration. FDA. [Internet]. New Hampshire Avenue: FDA; 2014. Depresión [Depression] [cited 2017 Febrero 2]. Citado y disponible en: <https://www.fda.gov/ForConsumers/ByAudience/ForWomen/FreePublications/ucm126265.htm>.
15. Molina B. EFE: Salud. [Internet]. Madrid: EFE Salud; 2013. Cinco enfermedades mentales en profundidad [cited 2017 Febrero 3]. Citado y disponible en: <http://www.efesalud.com/noticias/cinco-enfermedades-mentales-en-profundidad/>.
16. SlideShare. SlideShare. [Online]. España; 2014. Escala Hamilton para la depresión [cited 2017 Abril 4]. Citado y disponible en: <https://es.slideshare.net/ELIZABETHVECRE/escala-de-hamilton-para-la-depresin>.
17. National Institute of Mental Health. NIMH. [Internet]. Bethesda: National Institute of Health; 2011. Las mujeres y la depresión [cited 2017 Febrero 3]. Citado y disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-mujeres-y-la-depresion/index.shtml>.
18. Lois Lama A. Biblioteca de la Universidad de A Coruña (UDC). [Internet]. A Coruña: Facultade de Ciencias da Saúde; 2015. Percepción de personas con trastorno mental sobre su sexualidad, visión de sus familiares y profesionales sociosanitarios [cited 2017 Marzo 27]. Citado y disponible en: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/16792/LoisLama_Amaya_TFG_2015.pdf?sequence

[=2&isAllowed=y.](#)

19. Garrido Ocaña JM. Forumclínic. [Internet]. Barcelona: Forumclínic; 2012. Depresión y problemas sexuales (I) [cited 2017 Marzo 28]. Citado y disponible en: <http://www.forumclinic.org/es/depresi%C3%B3n/reportajes/depresi%C3%B3n-y-problemas-sexuales-i>.
20. Webber C, Delvin D. NetDoctor. [Internet]. Alicante: NetDoctor; 2016. Depresión y sus efectos sobre las relaciones de pareja [cited 2017 28 Marzo]. Citado y disponible en: <http://netdoctor.elespanol.com/articulo/depresion-y-relaciones-de-pareja>.
21. Romi JC. Medicina Forense Perú. [Internet]. Perú; 2013. La sexualidad y las enfermedades psiquiátricas, influencia de la medicación [cited 2017 Marzo 28]. Citado y disponible en: <http://medicinaforenseperu.org/media/documentos/20100212164335.pdf>.
22. Reina Granados M, Vallejo - Medina P, Sierra JC. Rabida.uhu. [Internet]. Granada: Universidad de Granada; 2011. Relación de la ansiedad y la depresión con la asertividad sexual [cited 2017 Marzo 29]. Citado y disponible en: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5721/Relacion_de_la_ansiedad.pdf?sequence=1.
23. Montorsi F, Basson R, Adaikan G, Becher E, Clayton A. icud.info. [Internet]. Paris, France; 2010. Sexual dysfunctions in men and women [cited 2017 Marzo 29]. Citado y disponible en: <http://www.icud.info/PDFs/SEXUAL-MEDICINE-2010.pdf>.
24. Azor F. Gabinete de psicología. [Internet]. Madrid: Gabinetedepsicología; 2016 [cited 2017. Depresión y sexo [cited 2017 Marzo 29]. Citado y disponible en: <http://gabinetedepsicologia.com/depresion-y-sexo-psicologos-madrid-tres-cantos#comments>.
25. Medicina Positiva. Medicina Positiva. [Internet]. Costa Rica; 2014. Depresión y trastorno de deseo sexual hipoactivo [cited 2017 Marzo 30]. Citado y disponible en: <http://medicinapositiva.com/la-depresion-y-el-trastorno-del-deseo-sexual-hipoactivo/>.
26. Eroski consumer. sexoysalud.consumer. [Internet]. España; 2016. Salud y sexualidad [cited 2017 Marzo 30]. Citado y disponible en: <http://sexoysalud.consumer.es/salud-y-sexualidad/en-las-personas-que-sufren-depresi%C3%B3n>.
27. Vázquez Urbina SP, Secín Diep R. Medigraphic.org. [Internet]. España; 2012. Disfunción sexual asociada a antidepresivos [cited 2017 Abril 8]. Citado y disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2012/am121d.pdf>.
28. GeoSalud. GeoSalud. [Internet]. Navarra: Universidad de Granada; 2014. Alteraciones sexuales inducidas por medicamentos [cited 2017 Abril 8]. Citado y disponible en:

<http://www.geosalud.com/medicamentos/medsex.htm>.

29. Garrido Ocaña JM. Forumclínic. [Internet]. Barcelona: Forumclínic; 2012. Depresión y problemas sexuales (II) [cited 2017 Abril 8]. Citado y disponible en: <http://www.forumclinic.org/es/depresi%C3%B3n/reportajes/depresi%C3%B3n-y-problemas-sexuales-ii>.
30. Asociación Española de Sexualidad y Salud Mental. sexualidad y salud mental. [Internet]. España; 2012. Cuestionario de disfunción sexual asociada a psicofármacos [cited 2017 Abril 8]. Citado y disponible en: http://sexualidadysaludmental.com/descripcion_salsex.html#.
31. Scholten A. wmhs. [Internet]. Pittsburgh: wmhs; 2012. Medicamentos para la depresión [cited 2017 Abril 8]. Citado y disponible en: <http://www.wmhs.com/microsites/library.php?chunkiid=123817>.
32. Mayo Clinic. Mayo Clinic. [Internet]. España; 2016. Depresión (Trastorno depresivo mayor) [cited 2017 Abril 8]. Citado y disponible en: <http://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/in-depth/antidepressants/art-20046983>.
33. GuíaPsicología. Guiapsicología. [Internet]. España; 2017. Antidepresivos tricíclicos [cited 2017 Abril 8]. Citado y disponible en: <http://guiapsicologia.com/antidepresivos/triciclicos/>.
34. MedlinePlus. MedlinePlus. [Internet]. Bethesda, Maryland: NIH; 2010. Amitriptilina [cited 2017 Abril 8]. Citado y disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682388-es.html>.
35. MedlinePlus. MedlinePlus. [Internet]. Bethesda: NIH; 2015. Fármacos que pueden causar impotencia [cited 2017 Abril 8]. Citado y disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004024.htm>.
36. MedlinePlus. MedlinePlus. [Internet]. Bethesda: NIH; 2014. Clomipramina [cited 2017 Abril 9]. Citado y disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a697002-es.html>.
37. MedlinePlus. MedlinePlus. [Internet]. Bethesda: NIH; 2014. Imipramina [cited 2017 Abril 9]. Citado y disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682389-es.html>.
38. MedlinePlus. MedlinePlus. [Internet]. Bethesda: NIH; 2014. Nortriptilina [cited 2017 Abril 9]. Citado y disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682620-es.html>.
39. GuíaPsicología. Guiapsicología. [Internet].; 2017 [cited 2017 Abril 9]. Citado y disponible en: <http://guiapsicologia.com/antidepresivos/imao/>.
40. IQB. iqb.es. [Internet]. Argentina; 2014. Fenelzina [cited 2017 Abril 9]. Citado y disponible en:

<http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/f081.htm>.

41. GuíaPsicología. Guiapsicología. [Internet]. España; 2017. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina [cited 2017 Abril 9]. Citado y disponible en: <http://guiapsicologia.com/antidepresivos/isrs/>.
42. MedlinePlus. MedlinePlus. [Internet]. Bethesda: NIH; 2016. Escitalopram [cited 2017 Abril 9]. Citado y disponible en : <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a603005-es.html>.
43. MedlinePlus. MedlinePlus. [Internet]. Bethesda: NIH; 2014. Sertralina [cited 2017 Abril 9]. Citado y disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a697048-es.html>.
44. Saiz Ruiz J. sepsiq.org. [Internet]. Madrid: Diario El Mundo; 2014. Depresión: ¿qué hacer desde el entorno? [cited 2017 Abril 12]. Citado y disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/Art-Depresi%C3%B3n-qu%C3%A9%20se%20puede%20hacer%20desde%20el%20entorno.pdf>.
45. Lozano IP, Ortiz Hernández AL. javeriana.edu. [Internet]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2010. Cuidados de enfermería ante las alteraciones sexuales del paciente oncológico durante su tratamiento [cited 2017 Abril 12]. Citado y disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis89.pdf>.
46. Sánchez Ruiz M. recercat. [Internet]. Lleida: Universitat de Lleida; 2016. Aplicación del modelo PLISSIT como intervención de enfermería para el abordaje de alteraciones de la sexualidad [cited 2017 Abril 12]. Citado y disponible en: <http://www.recercat.cat/bitstream/handle/10459.1/57645/msanchezr.pdf?sequence=1>.
47. Cordeiro-Rodríguez M. Repositorio Institucional e-Archivo. [Internet]. Madrid: Universidad Carlos III; 2015. Comunicación sobre sexualidad: Modelo PLISSIT [cited 2017 Abril 12]. Citado y disponible en: http://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/21824/comunicacion_cordeiro_ICICS_2015.pdf.
48. Martín Carrasco M. sepsiq.org. [Internet]. Bilbao: Intituto de Investigaciones Psiquiátricas; 2012. Depresión: cómo ayudarnos a nosotros mismos [cited 2017 Abril 13]. Citado y disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/Depresi%C3%B3n.pdf>.
49. GuíaPsicología. Guiapsicología. [Internet]. España; 2017. Problemas sexuales [cited 2017 Abril 13]. Citado y disponible en: <http://guiapsicologia.com/antidepresivos/efectos-secundarios/problemas-sexuales/>.
50. Red2Red Consultores. consaludmental.org. [Internet]. Madrid: RED2RED Consultores; 2015. Salud mental e inclusión social [cited 2017 Abril 15]. Citado y disponible en:

<https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>.

51. FEDEAFES. consaludmental.org. [Internet]. País Vasco: FEDEAFES; 2013. La realidad del estigma social entre las personas con enfermedad mental [cited 2017 Abril 15]. Citado y disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/EstudioEstigmaEnfermedadMentalEuskadi-resumen.pdf>.
52. Magallares Sanjuan A. RACO. [Internet]. España; 2011. El estigma de las enfermedades mentales: discriminación y exclusión social [cited 2017 Abril 15]. Citado y disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/QuadernsPsicologia/article/view/10.5565-rev-psicologia.816/333076>.
53. Van Bortel T, Ballester D, Bonetto C, Van Weeghel J. NCBI. [Internet]. Bethesda: National Center of Biotechnology Information; 2016. Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional study in 35 countries [cited 2017 Abril 15]. Citado y disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4769412/?tool=pubmed>.
54. Gil Santiago H, Winter Navarro M, León Pérez P, Betancort Navarrete E. consaludmental.org. [Internet]. Las Palmas de Gran Canaria; 2016. El estigma hacia las personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general [cited 2017 Abril 15]. Citado y disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Estigma-enfermedad-mental-hospital-general.pdf>.
55. Pujol S. sedici.unlp. [Internet]. La Plata: Universidad Nacional de La Plata; 2014. Estigma asociado a la depresión entre médicos no psiquiatras [cited 2017 Abril 15]. Citado y disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/46827/Documento_completo_.pdf?sequence=1.
56. Pardo Cely EE, Fierro M, Ibáñez Pinilla M. psiquiatria.org. [Internet]. Yopal, Casanare; 2011. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico en adultos con trastorno afectivo bipolar [cited 2017 Abril 15]. Citado y disponible en: http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2012/04/VOL-40/1/rcp_1_2011_artorig6.pdf.
57. Ferré-Grau C, Montescó-Curto P, Lleixá-Fortuño M, Albacar-Riobó N. Scielo. [Internet]. Tarragona: Scielo; 2011. El estigma del suicidio, vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis [cited 2017 Abril 15]. Citado y disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200004&lng=pt.
58. Sociedad Española de Psiquiatría. fepsm.org. [Internet]. Oviedo: Sociedad Española de Psiquiatría; 2011. Contra el estigma en salud mental [cited 2017 Abril 15]. Citado y disponible en: <http://www.fepsm.org/files/files/CONTRA%20EL%20ESTIGMA%20Declaraci%C3%B3n.pdf>.

8. ANEXOS

8.1. Tablas

TABLA 3: Búsqueda bibliográfica

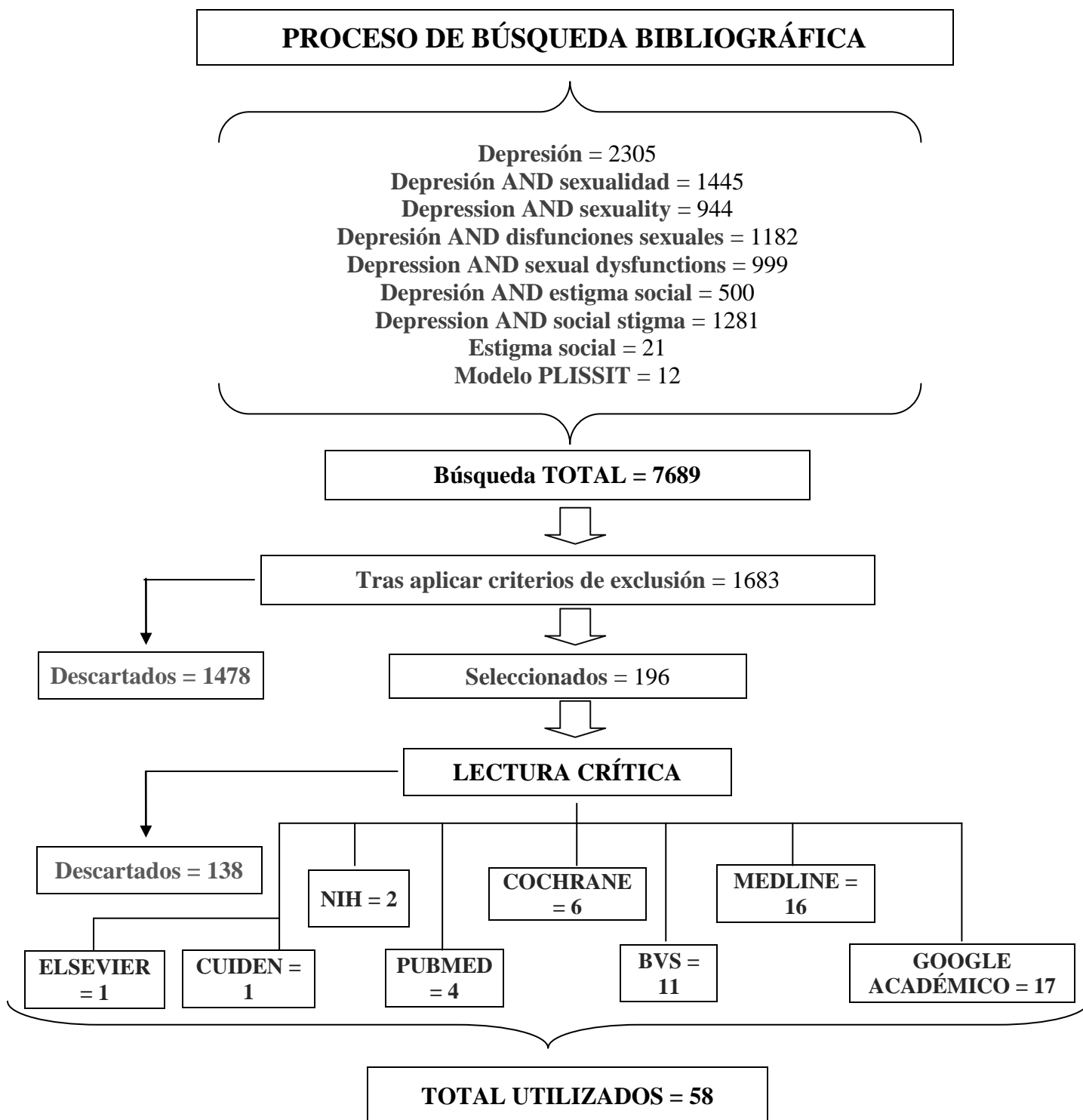


TABLA 4: Escala de Hamilton para valorar la depresión

ITEMS	CRITERIOS DE VALORACIÓN
<p>1. Humor deprimido (Tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)</p>	<p>0. Ausente</p> <p>1. Estas sensaciones se indican sólo al ser preguntado</p> <p>2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente</p> <p>3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto</p> <p>4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea</p>
<p>2. Sensación de culpabilidad</p>	<p>0. Ausente</p> <p>1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente</p> <p>2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre los errores pasados o malas acciones</p> <p>3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad</p> <p>4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras</p>
<p>3. Suicidio</p>	<p>0. Ausente</p> <p>1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida</p> <p>2. Desearía estar muerto o tiene</p>

	<p>pensamientos sobre la posibilidad de morirse</p> <p>3. Ideas de suicidio o amenazas</p> <p>4. Intentos de suicidio (cualquier intento se califica 4)</p>
4. Insomnio precoz	<p>0. Ausente</p> <p>1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora</p> <p>2. Dificultades para dormirse cada noche</p>
5. Insomnio medio	<p>0. Ausente</p> <p>1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche</p> <p>2. Está despierto durante la noche (Cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica con 2, excepto si está justificada: orinar, tomar ó dar medicación, etc.)</p>
6. Insomnio tardío	<p>0. Ausente</p> <p>1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse</p> <p>2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama</p>
7. Trabajo y actividades	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones</p> <p>2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención,</p>

	<p>indecisión y vacilación</p> <p>3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad</p> <p>4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad</p>
8. Inhibición (Lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	<p>0. Palabra y pensamiento normales</p> <p>1. Ligeramente retrasado en el diálogo</p> <p>2. Evidente retraso en el diálogo</p> <p>3. Diálogo difícil</p> <p>4. Torpeza absoluta</p>
9. Agitación	<p>0. Ninguna</p> <p>1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc.</p> <p>2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.</p>
10. Ansiedad psíquica	<p>0. No hay dificultad</p> <p>1. Tensión subjetiva e irritabilidad</p> <p>2. Preocupación por pequeñas cosas</p> <p>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o el habla</p> <p>4. Terrores expresados sin preguntarle</p>
11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante. Signos fisiológicos concomitantes, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones - Cardiovasculares:

	<p>palpitaciones, cefalalgias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respiratorios: hiperventilación, suspiros - Frecuencia urinaria - Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita ó necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p>
14. Síntomas genitales	<p>0. Ausente</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitante. Síntomas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de la libido - Trastornos menstruales
15. Hipocondría	<p>0. No la hay</p> <p>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)</p> <p>2. Preocupado por su salud</p> <p>3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.</p>

	4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (Completar A ó B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) <p>B. Según evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1kg en una semana (por término medio)
17. Insight (Conciencia de enfermedad)	<ol style="list-style-type: none"> 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

Fuente: SlideShare. "Instrumentos de evaluación para los trastornos del humor".

TABLA 5: Diagnóstico de gravedad de un episodio depresivo según CIE - 10

<p>A. Criterios generales para episodio depresivo</p> <ul style="list-style-type: none">- El episodio depresivo debe durar mínimo dos semanas.- El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico.
<p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas</p> <ul style="list-style-type: none">- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
<p>C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro</p> <ul style="list-style-type: none">- 1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.- 2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.- 3. Pensamientos recurrentes de muerte, suicidio, o cualquier conducta suicida.- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.- Alteraciones del sueño de cualquier tipo.- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber, o no, síndrome somático

Episodio depresivo leve: Presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente es apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: Al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C, hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C, alcanzando un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos, como las alucinaciones o el delirio, pueden ser congruentes, o no, con el estado de ánimo.

Fuente: OMS: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE - 10: Trastornos mentales y del Comportamiento.

8.2. Cuestionarios

CUESTIONARIO 1: Disfunción sexual secundaria al tratamiento con psicofármacos

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

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

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

SÍ NO No toma tratamiento actualmente

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

SÍ Comunicó espontáneamente
NO Comunicó espontáneamente.

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

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

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

- 0.- Ningún retraso
- 1.- Retraso leve o apenas apreciable
- 2.- Retraso moderado y claramente apreciable.
- 3.- Retraso intenso, incluso puede NO tener eyaculación/orgasmo.

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

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

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

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

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

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

PUNTUACION TOTAL (0-15):

LEVE

MODERADA

INTENSA

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

Fuente: Asociación española de sexualidad y salud mental