

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“ DISFUNCIÓN SEXUAL Y CRISIS FAMILIARES EN PACIENTES DE 25 A 55
AÑOS QUE TOMAN ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE
RECAPTACIÓN DE SEROTONINA QUE ACUDEN A LA CONSULTA
EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 220 DEL IMSS TOLUCA
2012”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 TOLUCA**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
M.C. MIGUEL PICAZO HERNÁNDEZ**

**DIRECTORA DE TESIS
E.M.F. MARÍA EMILIANA AVILÉS SÁNCHEZ.**

REVISORES DE TESIS

**DRA. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ
PH. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN
E.M.F. BLANCA ESTHELA ARIZMENDI MENDOZA
E.M.F. MONICA LÓPEZ GARCÍA**

TOLUCA, MÉXICO

2013

DEDICATORIAS

GRACIAS A DIOS POR TODO LO QUE ME HA DADO, A MI MADRE POR TODO SU APOYO Y AMOR BRINDADO.

A MI ESPOSA QUE SIEMPRE HA ESTADO A MI LADO Y GRACIAS POR SU COMPRENSIÓN Y AMOR.

A MI HIJA POR SU CARIÑO Y AMOR BRINDADO.

A MIS MAESTROS POR SUS ENSEÑANZAS MUCHAS GRACIAS.

**“ DISFUNCIÓN SEXUAL Y CRISIS FAMILIARES EN PACIENTES DE 25 A 55
AÑOS QUE TOMAN ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE
RECAPTACIÓN DE SEROTONINA QUE ACUDEN A LA CONSULTA
EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 220 DEL IMSS TOLUCA
2012”**

ÍNDICE

Cap.	Pág.
CARATULA.....	1
DEDICATORIAS.....	2
TITULOS.....	3
INDICE.....	4
I. MARCO TEÓRICO.....	6
I.1.- Disfunción sexual.....	6
I.2.- Clasificación de la disfunción sexual.....	6
I.3.- Epidemiología.....	8
I.4.- Etiología.....	8
I.5.- Fisiopatología.....	8
I.6.- Tratamiento.....	9
I.7.- Inhibidores selectivos de recaptación se serotonina.....	11
1.7.1. Farmacocinética.....	11
1.7.2. Farmacodinamia.....	11
1.7.3. Mecanismo de acción.....	12
1.7.4 Efectos secundarios.....	12
I.8.- Crisis familiares.....	12
I.8.1.- Clasificación de crisis familiares.....	13
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
II.1.- Argumentación.....	14
II.2.- Pregunta de investigación.....	15
III. JUSTIFICACIONES.....	16
III.1.- Social.....	16
III.2.- Familiar.....	16
III.3.- Académica.....	16
III.4.- Económica.....	16
IV. HIPÓTESIS.....	17
IV.1.- Elementos de la hipótesis.....	17
IV.1.1. Unidades de observación.....	17
IV.1.2. Variables.....	17

IV.1.2.1. Dependiente.....	17
IV.1.2.2. Independientes.....	17
IV.1.3 Elementos lógicos de relación.....	
V. OBJETIVOS.....	18
V.1.- General.....	18
V.2.- Específico.....	18
VI. MÉTODO.....	19
VI.1.- Tipo de estudio.....	19
VI.2.- Diseño de estudio.....	16
VI.3.- Operacionalización de variables.....	20
VI.4.- Universo de trabajo.....	21
VI.4.1. Criterios de inclusión.....	21
VI.4.2. Criterios de exclusión.....	21
VI.4.3. Criterios de eliminación.....	21
VI.5 Instrumento de investigación.....	21
VI.5.1. Descripción.....	21
VI.5.2. Validación.....	22
VI.5.3. Aplicación.....	23
VI.6. Desarrollo del proyecto.....	23
VI.7. Límite de espacio.....	23
VI.8. Límite de tiempo.....	23
VI.9. Diseño de análisis.....	23
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	24
VIII. ORGANIZACIÓN.....	24
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	25
X. CUADROS Y GRÁFICOS.....	27
XI. CONCLUSIONES.....	36
XII. RECOMENDACIONES.....	37
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	38
XIV. ANEXOS.....	40

I. MARCO TEÓRICO

I.1. Disfunción sexual.

Se considera la incapacidad para participar en una relación sexual deseada, mostrándose como falta de interés, imposibilidad de sentir placer, fracaso en la respuesta fisiológica necesario para la relación sexual. (1)

Otra definición de la disfunción sexual sería; como un problema en el ciclo de respuesta sexual o dolor durante el coito. Se enumeran siete distintos tipos de disfunciones sexuales: trastornos del deseo sexual, de la excitación sexual, del orgasmo y por dolor, disfunción sexual debida a una enfermedad médica, inducida por sustancias y no especificada. (2)

1.2. Clasificación

Recordemos que la respuesta sexual humana esta constituida en seis fases:

Fase de estimulo sexual efectivo.

Fase de excitación (fase vasogénica).

Fase de meseta (fase vasocongestiva de kaplan).

Fase de orgasmo o mioclónica.

Fase de resolución.

Fase de periodo refractario o de no respuesta.

En base a estas fases pueden considerarse las disfunciones del hombre y la mujer, ya que puede ser un incremento o decremento. (3)

Disfunción de la fase del estimulo sexual efectivo: Aquí el umbral de respuesta se eleva manifestándose como apatía sexual.

Disfunciones en la fase de excitación: En la mujer seria la falta de lubricación y en el hombre es la disfunción eréctil.

Disfunciones en la fase de meseta: En el hombre es la eyaculación precoz o la incompetencia eyaculatoria, en la mujer es orgasmia rápida o precoz.

Disfunciones de la fase del orgasmo o miclónica: Dentro de esta se encuentra la anorgasmia femenina y masculina

Disfunciones de la fase de resolución: Esta fase se puede presentar lenta y prolongada.

Disfunciones de la fase refractaria: Dentro de estas tenemos el vaginismo que puede ser pre coital, transcoital, y postcoital, dispareunia. (4)

Otras clasificaciones serian las siguientes:

Trastornos del deseo sexual; deseo sexual hipo activo, aversión al sexo.

Trastornos de la excitación sexual, en el hombre y en la mujer.

Trastornos del orgasmo; femeninos y masculinos.

Trastornos de dolor sexual; dispareunía, vaginismo.

Disfunciones relacionadas con padecimientos médicos.

Disfunciones relacionadas con sustancias. (5)

1.3. Epidemiología.

La mayoría de los estudios epidemiológicos se refiere a la impotencia masculina. Dada la escasa frecuencia con que los afectados consultan por este problema, los resultados obtenidos son efectivamente muy parciales. Lo habitual es que el paciente acuda al médico cuando el problema persiste desde largo tiempo y es un hecho la repercusión sobre su vida afectiva. Las impotencias son iatrogénicas en la cuarta parte de los casos, psicógenas en el 14%, neurológica en el 7% y urológicas en el 6%. Un tercio de los impotentes puede sufrir cuadros depresivos, otro tercio cuadros ansiosos y el resto no experimentar repercusiones psicológicas. (6)

Una estimación necesariamente sesgada lleva a calcular que globalmente este tipo de trastornos afecta al 15-20% de la población. Algunos trabajos han determinado que un tercio de ellos es de origen orgánico, otro tercio psicógenas y el resto a diferentes causas. (7)

El estudio más detallado llevado a cabo hasta el momento se realizó en Estados Unidos en sujetos con edades comprendidas entre los 18 y 59 años con uso de antidepressivos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina con los siguientes resultados de un 30% de problemas de deseo sexual en la mujer, un

25% de problemas del orgasmo en la mujer y del 10% en el hombre, un 27% de eyaculación precoz y un 10% de alteraciones eréctiles en el hombre, aunque por el método de recogida de datos no está claro si estos síntomas hubieran cumplido los criterios diagnósticos definidos en el DSM- IV.(8)

En la ciudad de México se realizó un estudio en el INPER (instituto nacional de perinatología) comparando las disfunciones sexuales más frecuentes entre ambos sexos encontrándose los siguientes resultados:

Constituido por 363 sujetos de los cuales 222 no presentaron problemas de los 141 presentaron disfunciones sexuales. En cuanto a la población femenina disritmia en 90 casos, deseo sexual hipoactivo, inhibición del orgasmo 81 casos, dispareunia 71 casos, vaginismo 35 casos, aversión del sexo 34 casos. (9)

1.4. Etiología.

La disfunción sexual tiene múltiples causas dentro de las cuales las mencionaremos:

Causas medicas: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades neurológicas, endocrinológicas, urologías, psiquiátricas.

Causas psicológicas: estrés, identidad de sexo.

Causas sociales; laborales, económicas, estatus social.

Uso de sustancias o efectos secundarios de las mismas; medicamentos, drogas, alcohol. (10)

1.5. Fisiopatología.

Si bien la propia depresión podría explicar el descenso del interés sexual, los pacientes suelen notificar empeoramientos definidos desde el inicio del tratamiento que preferentemente se acompañan de alteraciones en el deseo, el orgasmo y/o la erección. (11)

La toma de otros medicamentos concomitantes (algunos antipsicóticos, antihipertensivos, hipolipemiantes, betabloqueantes, etc.) o el abuso de alcohol y drogas puede empeorar el problema. El deterioro de la relación de pareja que puede verse asociado a la depresión o incluso como causa de ésta, podría ser sin duda la razón del empeoramiento de la vida sexual. Cuando se estudian muestras seleccionadas donde no existen estos problemas citados, el fármaco antidepressivo aparece como el responsable de la DS en un gran número de pacientes.

El mecanismo fisiológico de la respuesta sexual normal incluye la combinación de factores neurogénicos, psicogénicos, vasculares y hormonales que están coordinados por centros en el hipotálamo, sistema límbico y corteza cerebral. (12) Los estrógenos, testosterona y progesterona son básicos en el adecuado funcionamiento del ciclo sexual ya que la testosterona está implicada en el inicio de la actividad (el deseo y la puesta en marcha), mientras los estrógenos juegan un papel modulador de permisividad fisiológica en las mujeres. La progesterona ocupa su función en la receptividad de la mujer para la relación sexual. Los desequilibrios que aparecen con frecuencia en mujeres menopáusicas y los posibles cambios en estas hormonas provocados por antidepresivos y otros psicofármacos, juegan sin duda un papel importante en el deterioro de la función sexual.

La dopamina facilita la función sexual en el SNC en animales de experimentación y en humanos especialmente mediada por el sistema mesolímbico . Por el contrario la serotonina inhibe el deseo sexual, la eyaculación y el orgasmo , mediada por los receptores postsinápticos 5HT₂. Los ISRS al estimular estos receptores, originan retraso de diferente intensidad en el orgasmo y la eyaculación.

La noradrenalina interviene en el inicio y el mantenimiento de la actividad sexual y su equilibrio con el sistema colinérgico es responsable de la capacidad de erección. Los fármacos con potente acción anticolinérgica y/o bloqueante de los receptores alfa-1 (como algunos antidepresivos y antipsicóticos) alteran el proceso de excitación sexual.

El Oxido Nítrico (ON) es un mediador muy importante en el proceso de la erección La sustancias que estimulan la liberación de ON (sildenafil, vardenafilo y tadalafilo) resultan una alternativa en el tratamiento de las disfunciones eréctiles secundarias a psicofármacos. (13)

1.6. Tratamiento.

1.- Utilizar inicialmente antidepresivos con baja probabilidad de provocar disfunción sexual.

La primera medida sería pensar en que puede aparecer con gran frecuencia en pacientes sexualmente activos y debemos evitarlo en la medida de lo posible. Toda entrevista clínica debería incluir preguntas acerca de la vida sexual, frecuencia, satisfacción y relevancia para la pareja antes de decidir un tratamiento que pudiera afectarlo gravemente y lo que es peor, durante largo tiempo en algunos casos. Muchos pacientes expresan poca preocupación cuando padecen DS a corto plazo pero abandonarán el tratamiento a largo plazo (más de 12 meses). Comenzar con fármacos de baja incidencia de disfunción sexual

citalopram. Éste último es el que más evidencia posee sobre sus bondades en la vida sexual y podría ser considerado como primera elección de tratamiento en población sexualmente activa y sensible a su deterioro. El uso de reboxetina, aunque tienen poca capacidad para provocar DS, poseen otros efectos adversos que hay que valorar cuidadosamente como el posible incremento de peso, somnolencia y otros efectos anticolinérgicos a medio y largo plazo. (14)

2. Espera de la remisión espontánea de la disfunción.

Algunos pacientes pueden experimentar mejoría parcial o total de su disfunción con el paso de algunas semanas o meses. Otros solo presentan disfunción durante días y desaparece muy rápidamente volviendo a la normalidad. Desafortunadamente la mayoría (80%) no presenta ninguna mejoría en 6 meses.

3. Reducción de la dosis o retirada del tratamiento: existe una gran variabilidad individual. Algunos pacientes desarrollan disfunción sexual con dosis bajas mientras otros pacientes no muestran alteraciones sexuales con dosis superiores a la media. En los pacientes donde se disminuyó la dosis a la mitad apareció mejoría sustancial al menos en un 75% de los casos y cuando se retiró el tratamiento la mejoría fue completa.

Es preciso seleccionar cuidadosamente estos pacientes para evitar recaídas tras la retirada prematura.

4. Adición de un antídoto o tratamiento: Hasta el momento se han descrito un gran número de sustancias aunque ninguna de ellas está exenta de inconvenientes. Estos fármacos pueden ser administrados ocasionalmente unas horas antes de la relación sexual o bien de forma permanente.

Actúan mediante mecanismos diferentes: agonistas dopaminérgicos (amantadina, dextroanfetamina y pemolina, ropinirol), antagonistas serotoninérgicos (ciproheptadina) estimulantes de los receptores 5HT_{1A} (buspirona), agonistas adrenérgicos (yohimbina, pentoxifilina, fluparoxan), agonistas colinérgicos (neostigmina, betanecol) o por vías menos conocidas (extracto de Ginkgo Biloba). (15)

5. Interrupción por periodos cortos o vacaciones de fin de semana.

El procedimiento consiste en suspender el antidepresivo 48-72 horas antes de la relación sexual reiniciándolo posteriormente. Resulta útil con paroxetina y sertralina pero no con fluoxetina debido a su prolongada vida media. Aunque en general este método suele ser bien aceptado por los pacientes no está exento de inconvenientes tales como facilitar, a la larga, el incumplimiento terapéutico y provocar la aparición ocasional de síndrome de discontinuación tras la interrupción brusca de la medicación.

Una posible variante podría ser la reducción de dosis a la mitad durante un par de días a la semana para continuar después con la dosis habitual. Con este método se consigue mejoría en la erección y en los problemas de orgasmo (si se tiene actividad sexual tras 24-48 horas de en la erección y en los problemas de orgasmo (si se tiene actividad sexual tras 24-48 horas de es útil en la falta de deseo sexual por lo general.

6. Cambio en la medicación antidepresiva.

El objetivo del cambio es la búsqueda de un tratamiento antidepresivo desprovisto de este efecto adverso y con un mecanismo de acción diferente. Los pacientes con DS no mejoran de sus molestias al ser cambiados a otro ISRS diferente debido a que poseen un mecanismo de acción similar. (16)

1.7. Inhibidores de recaptación de serotonina.

1.7.1 Farmacocinética: Este aspecto no parece tener tanta repercusión clínica para el grupo de los ISRS. Estos fármacos se absorben más lentamente que la mayoría de los otros antidepresivos (la $t_{1/2}$ = cuatro-ocho horas) y sus efectos adversos gastrointestinales no parecen tener relación con las C_{MAX} . Que alcanza tras su administración oral. (17)

1.7.2 Farmacodinamia: Mecanismo de acción; En general, estos fármacos son compuestos liposolubles que presentan una buena absorción tras su administración oral. Su velocidad de absorción es lenta, más prolongada que la de otras clases de antidepresivos, alcanzándose las concentraciones plasmáticas máximas habitualmente entre las cuatro y las ocho horas de la administración.

La alta liposolubilidad de los ISRS determina que se distribuyan rápida y ampliamente en el organismo, difundiendo a través de la barrera hematoencefálica.

Todos los ISRS se eliminan del organismo mayoritariamente por metabolismo hepático, excretándose por vía renal un máximo del 10% de la dosis absorbida como fármaco inalterado. (18)

1.7.3 El mecanismo de acción: de los ISRS es que son inhibidores selectivos de la captación de serotonina en la pre sinapsis de la membrana neuronal, esta inhibición en la captación de serotonina produce un incremento en las concentraciones de esta misma, resultando en numerosos cambios funcionales asociados con el aumento de la neurotransmisión serotoninérgica.(19)

1.7.4 Efectos secundarios:

Disfunción sexual secundaria a antidepresivos ISRS: Los antidepresivos se asocian frecuentemente con la aparición de disfunción sexual (DS) principalmente ISRS, fluoxetina, paroxetina. Otros antidepresivos con diferente mecanismo de acción parecen provocar menos efectos adversos sexuales. Lamentablemente la incidencia real de la disfunción está subestimada y es preciso el empleo de cuestionarios específicos ya que las comunicaciones espontáneas de este efecto adverso no superan el 15-20 % mientras las cifras reales superan el 60%. Los estudios con voluntarios sanos demuestran una frecuencia del 80% de DS en varones con vida sexual activa frente a placebo. Los mecanismos fisiopatogénicos implicados parecen ser multifactoriales y complejos. Entre ellos se encuentran el incremento de la serotonina circulante y la activación de receptores serotoninérgicos 5HT_{2A} que afectarían fundamentalmente a la función orgásmica y al interés sexual. La disfunción eréctil parece ser secundaria a las alteraciones del funcionamiento del óxido nítrico, y activación adrenérgica en receptores periféricos. Parece existir también una predisposición genética en los pacientes que sufren DS por antidepresivos centrado en el Gen que expresa el receptor de la dopamina D₄. Se han podido probar posibilidades de manejo de la disfunción sexual mediante la espera de la remisión espontánea, reducción de dosis o bien cambio por otro fármaco con menor perfil de afectación de la función sexual o empleo de "antídotos" como sildenafil. Debido a la elevada frecuencia de la disfunción sexual, hasta ahora poco exploradas por los clínicos, el deterioro de la calidad de vida del paciente y a la posibilidad de abandono del tratamiento, es necesario que el médico investigue directamente este problema en todos los pacientes que reciben antidepresivos. La investigación rutinaria de la función sexual detectará la existencia y la aceptación por el paciente de este efecto adverso que con más frecuencia de la deseada conduce al incumplimiento terapéutico. (20)

1.8. Crisis familiares.

La familia es un grupo de integrantes unidos por vínculos de consanguinidad, filiación biológica o adoptiva y alianza

Un grupo de personas emparentadas entre sí, que viven juntas o en lugares diferentes. (21)

Eventos críticos familiares:

Como sistema sociocultural abierto, la familia enfrenta situaciones críticas inducidas por los cambios biopsicosociales en uno o varios de sus miembros y a través de los diversos estímulos provenientes del medio en el que está incluida. Una crisis es cualquier evento traumático, personal, o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma.

Una crisis familiar es un evento de la vida, presente y pasado, que ocasiona cambios en la funcionalidad de los miembros de la familia.

Los eventos críticos incrementan la tensión dentro del grupo familiar, y cuando no son manejados adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar. El sano funcionamiento de la familia requiere que estas crisis sean reconocidas y validadas por ella misma como problemas potenciales, a fin de poder ser resueltas favorablemente. (22).

1.8.1 Clasificación de crisis familiares.

1.- Crisis normativas (evolutivas o intrasistemicas).

2.- Crisis paranormativas(intersistemicas).

Las crisis normativas están en relación con las etapas del ciclo vital de la familia y son definidas como situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar.

Se refiere a las transiciones y cambios que obligadamente se suceden dentro de la familia, por lo cual se llaman también intrasistemicas.

Las crisis paranormativas son experiencias adversas o inesperadas. Incluyen eventos provenientes del exterior (intersistemicos). Estas ocurren en el interior de la familia, siendo estas familiares, enfermedad o accidente, económicas, laborales, legales, ambientales.

Estas crisis generalmente se asocian con grandes periodos de disfunción durante los cuales los miembros de la familia presentan dificultades en la comunicación y para la identificación de los recursos necesarios para resolverlas.

Tanto los eventos críticos normativos como los paranormativos pueden Ser de dos tipos:

Instrumentales: surgen de los aspectos dinámicos y mecánicos de la vida diaria.

Afectivos: son aquellos que amenazan las situaciones emocionales de la vida familiar. (23).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 ARGUMENTACIÓN

Al igual que muchos otros medicamentos psiquiátricos, los primeros antidepresivos fueron descubiertos de forma accidental a comienzos de los años cincuenta, cuando se observó que la imipramina (un fármaco tricíclico asociado estructuralmente a la fenotiacina), era capaz de mejorar el ánimo de ciertos pacientes depresivos. En 1958, las investigaciones de Nathan Kline sobre la isoniacina, un antidepresivo perteneciente al grupo de los IMAO (inhibidores de la monoamino oxidasa), reflejaron también la eficacia de una nueva familia de fármacos sobre la enfermedad depresiva. Desde entonces, el número de antidepresivos ha crecido de forma exponencial y en la actualidad, su uso se ha generalizado para el tratamiento de los síntomas de la depresión mayor, la distimia o los trastornos de ansiedad. En las últimas décadas, las indicaciones de los antidepresivos se han ido ampliando de forma paulatina, hasta el punto que también son utilizados por ejemplo, para el tratamiento de los trastornos alimentarios, el trastorno obsesivo-compulsivo, el tratamiento de las drogodependencias, el dolor crónico incapacitante o neuropático, el síndrome doloroso miofascial, la neuralgia post-herpética o la fibromialgia. Existen muchas familias de antidepresivos que se clasifican según su mecanismo de acción cerebral. Las más destacadas son los inhibidores de la Monoamino Oxidasa (IMAO), los antidepresivos Tricíclicos y Tetracíclicos (ATC), los Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina (ISRS), inhibidores de la recaptación de Serotonina-Noradrenalina (IRSN) e inhibidores de la recaptación de Noradrenalina. De todos ellos los más utilizados, debido a su eficacia y menores efectos secundarios, son;

Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina. Dentro de éste amplio grupo, los antidepresivos mejor conocidos y más utilizados son: Fluoxetina, Sertralina , Citalopram , Paroxetina , Escitalopram , Fluvoxamina, Duloxetina .

Así pues el uso de estos medicamentos tiene efectos secundarios dentro los cuales el de más interés para este trabajo es la disfunción sexual ocasionada por estos mismos y como consecuencia crisis familiares.

La disfunción sexual como efecto secundario en si es un problema para el paciente, ya que trae problemas psicológicos personales y de pareja, físicos, sociales, que trascienden en su vida, y poniendo en duda el uso de los medicamentos.

Por lo que es de importancia que se estudie la patología de la disfunción sexual en pacientes que toman antidepresivos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, identificar su estadio o severidad, al mismo tiempo podemos identificar crisis familiares de diferentes tipos, por lo que se pueden dar tratamientos psicológicos, médicos, y preventivos.

El siguiente trabajo se realizó en el HGR 220, en la consulta externa de medicina familiar, buscando disfunciones sexuales y crisis familiares en pacientes que toman antidepresivos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina.

II.2 Pregunta de investigación.

¿ QUE TIPO DE CRISIS FAMILIARES Y FASE DEL CICLO SEXUAL ESTA AFECTADO EN LOS PACIENTES DE 25 A 55 AÑOS QUE TOMAN ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTACIÓN DE SEROTONINA EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 220 DEL IMSS TOLUCA AMBOS TURNOS DEL AÑO 2012 ?

III. JUSTIFICACIONES.

III.1 Social.

La disfunción sexual secundaria a la ingesta de antidepresivos ISRS es una patología poco estudiada en la UMF 220, esto conlleva que el paciente tenga poca información sobre la misma, condicionando problemas o crisis familiares, haciendo que aumente la depresión y por consecuencia el uso más frecuente de antidepresivos.

III.2 Familiar.

Es de suma importancia que nosotros como médicos familiares busquemos intencionadamente estudiar el tipo de disfunción sexual que está padeciendo el paciente ya que es muy importante, porque se puede determinar en que estadio se encuentra, y dar alternativas de tratamiento para poder mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes y todo su entorno familiar, así mismo podemos evitar crisis familiares.

III.3 Académica.

La información que se pueda obtener sobre la disfunción sexual es muy importante ya que se pueden estructurar tratamientos médicos, psicológicos, inclusive preventivos. Tales pacientes pueden ser captados en la consulta externa de medicina familiar siendo valorados y canalizados en forma oportuna a los diferentes servicios, para dar un manejo integral. El cual incluye desde tratamiento médico para la depresión, la disfunción sexual secundaria al mismo medicamento, aplicación de test para estadificar la enfermedad, envío a psicología para realizar terapia y así evitar crisis familiares que es de suma importancia para el médico familiar, por tanto los resultados de esta investigación son de gran importancia para el acervo de la institución y de los residentes de medicina familiar.

III.4 Económica.

Teniendo en cuenta que las patologías psiquiátricas son frecuentes en la consulta externa de medicina familiar, y por ende el uso de antidepresivos son de uso frecuente, de estos el uso de inhibidores selectivos de recaptación de serotonina son los más usados, por tanto puede repercutir en la economía del paciente en caso de que la institución no cuente con ellos. Es de mi interés estudiar a este grupo de pacientes con dicho tratamiento ya que en estudios previos se ha observado que es el grupo de antidepresivos que mayor disfunción sexual ocasiona, y al mismo tiempo crisis familiares.

IV. HIPÓTESIS.

EN LOS PACIENTES DE 25 A 55 AÑOS QUE TOMAN ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTACIÓN DE SEROTONINA QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 220 DEL IMSS TOLUCA AMBOS TURNOS DE SEPTIEMBRE 2011 A OCTUBRE 2012, EL TIPO DE CRISIS FAMILIAR QUE PREDOMINA ES LA PARANORMATIVA EN MAS DEL 40%, PRESENTANDO DISFUNCION SEXUAL EN MAS DEL 50%.

IV.1 Elementos de la hipótesis.

IV.1.1 Unidades de observación.

Pacientes de 25 a 55 años que tomaron antidepresivos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina en UMF 220 del IMSS Toluca ambos turnos.

IV.1.2 Variables.

IV.1.2.1 Dependiente.

Disfunción sexual, crisis familiares

IV.1.2.2 Independiente.

Antidepresivos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina.

IV.1.3 Elementos lógicos de relación.

disfunción sexual, Crisis familiares, causa de, en.

V. OBJETIVOS.

V.1 OBJETIVO GENERAL

IDENTIFICAR DISFUNCION SEXUAL Y PRESENCIA DE CRISIS FAMILIARES EN PACIENTES DE 25 A 55 AÑOS QUE TOMAN ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTACION DE SEROTONINA EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 220 DE DEL IMSS TOLUCA AMBOS TURNOS SEPTIEMBRE 2011 A OCTUBRE 2012.

V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Identificar la presencia de disfunción sexual.
2. Identificar la presencia de crisis familiares.
3. Identificar el antidepresivo de la familia de inhibidores de recaptación de serotonina que más frecuentemente se usa.
4. Identificar la disfunción sexual que más frecuente se presenta.
5. Determinar en qué etapa de disfunción sexual se encuentra el paciente.
6. Identificar el género más afectado.

VI. MÉTODO.

VI.1 TIPO DE ESTUDIO.

Prospectivo, descriptivo, observacional y transversal.

VI.2 Diseño de estudio.

Se aplicaron cuestionarios a los pacientes de 25 a 55 años que toman antidepresivos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina en ambos turnos que acuden a la consulta externa de medicina familiar de la UMF 220, se explico al paciente el motivo del estudio y se entrego el cuestionario y la carta de consentimiento informado del estudio a realizar. Posteriormente se clasificaron los datos obtenidos de acuerdo a la presencia de disfunción sexual, crisis familiar, uso de antidepresivo, etapas de la disfunción sexual, y sexo más afectado.

VI.3 Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	ITEM
DISFUNCIÓN SEXUAL	Incapacidad para participar en una relación sexual deseada.	Alteración en alguna fase del ciclo sexual.	Cualitativa. Nominal.	No afectación. Afectación a: Fase de deseo. Fase de excitación Fase de meseta Fase de orgasmo o mioclonica. Fase de resolución.	1, anexo 2. 1, anexo 2.
CRISIS FAMILIAR	Evento traumático dentro o fuera que produce una alteración familiar	Situación no esperada en el sistema familiar.	Cualitativa Nominal	Normativas. Paranormativas	5, anexo 2.
ANTIDEPRESIVO	Sustancia que se usa en padecimientos psiquiátricos, para disminuir ansiedad, depresión, angustias.	Medicamento usado en enfermedades psiquiátricas.	Cualitativa. Nominal.	Fluoxetina. Citalopram. Sertralina. Paroxetina.	5, anexo 1.
ETAPAS DE DISFUNCIÓN SEXUAL	Niveles que nos estadifican una disfunción sexual	Etapas que nos miden una disfunción sexual	Cualitativa. Nominal.	Leve (1-5) pts. Moderado. (6-10) pts. Intensa (11-15) pts.	5, anexo 2.
GÉNERO	Características genéticas y biológicas que nos hacen caracterizar de hombre o de mujer	Diferencias bien definidas que identifican a un y una mujer	Cualitativa Nominal.	Femenino. Masculino.	2, anexo 1.

VI.4 Universo de trabajo.

Nuestro universo de trabajo, fueron los pacientes que tomaron antidepresivos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina que acudieron a la consulta externa de medicina familiar ambos turnos de la UMF 220 del IMSS Toluca.

Y nuestra muestra fue no aleatoria y por conveniencia con un total de 150 pacientes.

VI.4.1 Criterios de inclusión.

Derechos habientes de la consulta externa ambos turnos que tomaron antidepresivos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina.

Edad de 25 a 55 años Hombres y mujeres.

Que aceptaron participar voluntariamente en el estudio previo consentimiento informado.

VI.4.2 Criterios de exclusión.

Que tomaron algún otro antidepresivo que no sea inhibidor selectivo de recaptación de serotonina.

Pacientes que presenten alguna enfermedad crónica degenerativa.

VI.4.3 Criterios de eliminación.

Cuestionarios incompletos.

VI.5 Instrumento de investigación.

VI.5.1 Descripción.

1.-Cuestionario de datos de generales.

2.-Cuestionario de disfunción sexual.

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

Item 1.- Descenso de la libido (0=no; 1=leve; 2=moderado; 3=severo).

Item 2.- Retraso de orgasmo / eyaculación (0=no; 1=leve; 2=moderado; 3=severo).

Item 3.- Ausencia de orgasmo / eyaculación (0=nunca; 1=ocasionalmente; 2=con frecuencia; 3=siempre).

Item 4.- Disfunción eréctil/lubricación vaginal (0=nunca; 1=ocasionalmente; 2=con frecuencia; 3=siempre).

Item 5.- Evalúa el grado de tolerancia o aceptación de los cambios en la función sexual desde 0 (no ha habido disfunción sexual) a 3 (mala tolerancia).

0= No ha habido disfunción sexual

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

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

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

Interpretación de los resultados.

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

Leve entre **2-5** puntos.

Moderada entre **6-10** puntos.

Severa entre **11-15** puntos.

VI.5.2 Validación.

El cuestionario está avalado por la asociación europea de sexualidad, y pertenece a la sociedad española de sexualidad.

El cuestionario mostró excelente factibilidad con un porcentaje nulo de pacientes sin respuesta excepto en los ítems 1 y 2 (1.7% y 15.5% de pacientes sin respuesta respectivamente). El valor α de Cronbach's fue de 0.93 indicando adecuada fiabilidad. El cuestionario también mostro una adecuada validez de constructo. Tal y como se esperaba existió una alta correlación con las puntuaciones de la

impresión clínica global de disfunción sexual ($r= 0.79$). También discriminó adecuadamente entre los pacientes nuevos y pre tratados diagnosticados de depresión o distimia con diferencias significativas entre estos grupos.

VI.5.3 Aplicación.

Fue aplicado por el tesista en las diferentes aulas de la UMF 220.

VI.6 Desarrollo del proyecto.

Se elaboró el protocolo y una vez aprobado por el comité local. Se selecciono la población que participo en el estudio. Se les explico sobre el estudio y se aplico el instrumento de investigación, previo consentimiento informado. Se elaboró una base de datos para el análisis, y posteriormente se interpreto, analizo y grafico los resultados obtenidos.

VI.7 Límite de espacio.

El presente estudio se realizó con los pacientes de consulta externa de la unidad de Medicina Familiar 220 del IMSS, en las diferentes aulas.

VI.8 Límite de tiempo.

El presente estudio se realizó de septiembre del 2011 a octubre del 2012.

VI.9 Diseño de análisis.

Una vez obtenido los resultados de la aplicación de cuestionarios, se procederá a analizar y representar lo obtenido mediante graficas y cuadros con el programa Excel.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.

En este estudio de investigación esta sujeto a normas éticas para su elaboración, donde se promueve el respeto a los derechos humanos de los pacientes que participan.

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el presente estudio se clasifica como categoría I, en base en el título segundo, artículo 17, que lo clasifica como una investigación sin riesgo debido a que los individuos participantes en el estudio, solo aportan datos a través de encuestas, lo que no provoca daños físicos ni mentales. Además la investigación no viola y esta de acuerdo con las recomendaciones contenidas en la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, enmendada en la 59ª asamblea general mundial celebrada en Seúl Corea 2008, que guía a los médicos en investigación biomédica, donde participan los seres humanos.

Es necesario demandar que el delicado y humano proceso de obtención del consentimiento libre informado tenga toda la intensidad ética que exige y en base a la ley general de salud en materia de investigación, artículos 21, 23,33 89 y 90 aplicando además la normatividad vigente del IMSS en materia inteligible la información que se ofrece.

VIII. ORGANIZACIÓN.

Tesista: Miguel Picazo Hernández.

Director de tesis: E. M .F. María Emiliana Avilés Sánchez.

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Después de haber realizado el trabajo de investigación encontramos los siguientes resultados:

El uso de antidepresivos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina en pacientes que participaron en el estudio, nos dio los siguientes datos, en total fueron 150 pacientes, de los cuales el 50% no presento alguna molestia, el 49.3% si la presento y se clasifico de acuerdo al puntaje obtenido, 0.7% no contesto el cuestionario. Estos resultados son semejantes a otros estudios realizados en México, el más reciente es del autor Sergio Vázquez Urbina, realizando un estudio en el hospital Ángeles, donde sus resultados arrojan que en más del 60% presentaron dicho problema.

Las crisis familiares son de 2 tipos con una frecuencia y porcentaje de, crisis normativas en 81 pacientes, y un 54 %, las paranormativas 69 pacientes con un 46 %. Así pues la disfunción sexual es una crisis familiar paranormativa no esperada, por lo que la autora Idarmis González Benítez, en su artículo crisis familiares relacionado a disfunción sexual, nos da resultados semejantes a los nuestros, ya que en 50% hay crisis familiares, del tipo paranormativo en el ámbito familiar.

Cuatro fueron los antidepresivos más usados con una frecuencia de, fluoxetina 61, citalopram 18, sertralina 25, paroxetina 46. el autor Sergio vazquez urbina en su estudio, nos muestra que la fluoxetina y sertralina fueron los antidepresivos más usados y como consecuencia los que más causaron disfunción sexual.

Los pacientes que presentaron disfunción sexual, según la fase afectada fue ; en la fase de deseo sexual , el 55.3% no presento sintomatología, sin embargo el 44.7% si la presento, siendo la fase más afectada por los antidepresivos mencionados.

En la fase de excitación 59.3% no sufrió alteraciones y 40.7% si las sufrió. En la fase de meseta 58% se mostro normal y 42% anormal. En la última fase orgasmo el 56.7% fue normal y el 43.3% anormal con sintomatología. Los resultados son semejantes a los del autor mencionado, ya que las fases más afectadas fueron el deseo sexual, excitación, meseta, orgasmo.

El total de pacientes participantes fue de 150 que equivale al 100%, de los cuales.7% no contesto, 50 % no presento disfunción sexual, el resto 49.3% si la presento y fue clasificada según la gravedad, 26.7% etapa leve, 20.6% etapa moderada, etapa intensa 2% ,dentro de las etapas de disfunción sexual que presento nuestra población, la más frecuentes fue la leve, comparada con otros estudios es parecida, ya que en estudios realizados por montejo y colaboradores, en España la etapa moderada es más frecuente.

En cuanto al sexo más afectado fue el masculino con un 47% y el femenino 53%. El resultado es comparado con otros estudios, y son semejantes.

En general nuestro estudio realizado, se asemeja a varios estudios realizados en México, España, y Cuba. Por lo tanto nuestra hipótesis se cumple, concluimos los efectos secundarios de dichos antidepresivos, dentro de ellos el más frecuente es la disfunción sexual siendo la fase del deseo la más afectada. Las demás fases son afectadas pero no en magnitud e intensidad como la anterior. Las consecuencias de una disfunción sexual traen con ello crisis familiares afectando diferentes ámbitos, es por eso que en este estudio las más frecuentes fueron las paranormativas, por lo que es de suma importancia darle la prioridad a la investigación.

X. CUADROS Y GRÁFICOS.

CUADRO 1

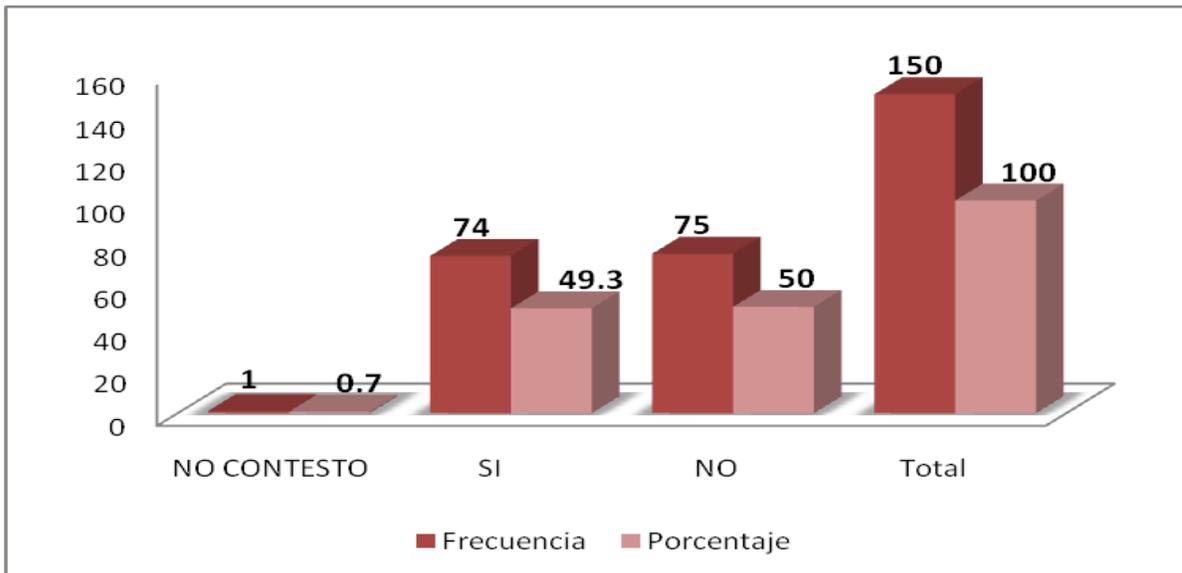
PACIENTES QUE PRESENTAN DISFUNCIÓN SEXUAL SECUNDARIA AL USO DE ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTACIÓN DE SEROTONINA.

DISFUNCIÓN SEXUAL	Frecuencia	Porcentaje
NO CONTESTO	1	.7
SI	74	49.3
NO	75	50.0
Total	150	100.0

FUENTE: base de datos.

GRÁFICA 1

PACIENTES QUE PRESENTAN DISFUNCIÓN SEXUAL SECUNDARIA AL USO DE ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTACIÓN DE SEROTONINA.



FUENTE: cuadro 1

CUADRO 2

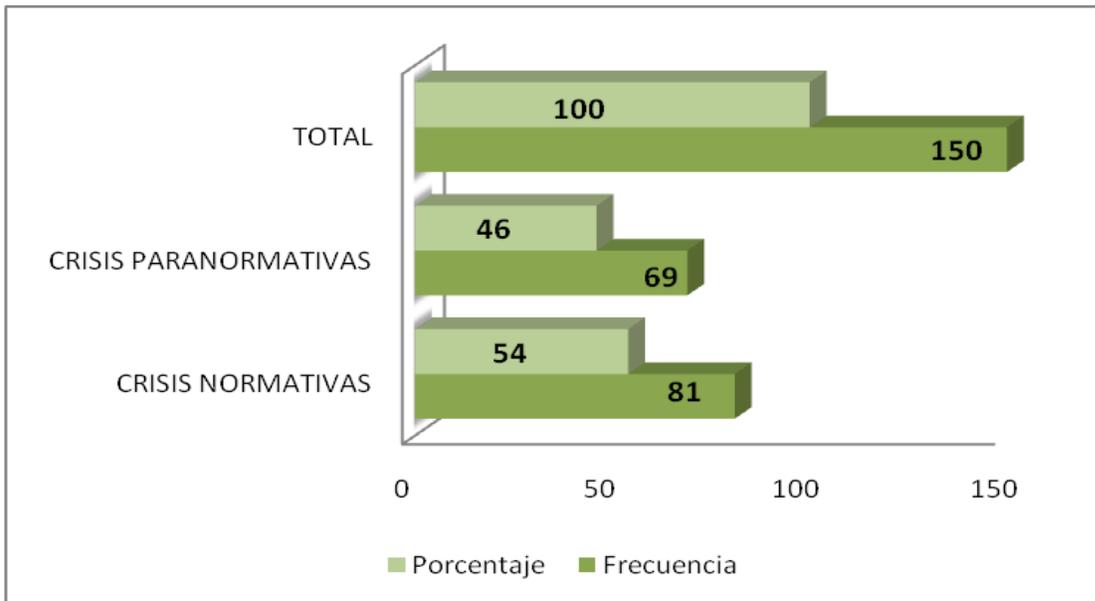
CRISIS FAMILIARES EN PACIENTES QUE PRESENTARON DISFUNCIÓN SEXUAL CON USO DE ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTACIÓN DE SEROTONIA

CRISIS FAMILIARES	Frecuencia	Porcentaje
CRISIS NORMATIVAS	81	54
CRISIS PARANORMATIVAS	69	46
TOTAL	150	100

FUENTE: base de datos.

GRÁFICA 2

CRISIS FAMILIARES EN PACIENTES QUE PRESENTARON DISFUNCIÓN SEXUAL CON USO DE ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTACIÓN DE SEROTONIA



FUENTE: cuadro 2.

CUADRO 3

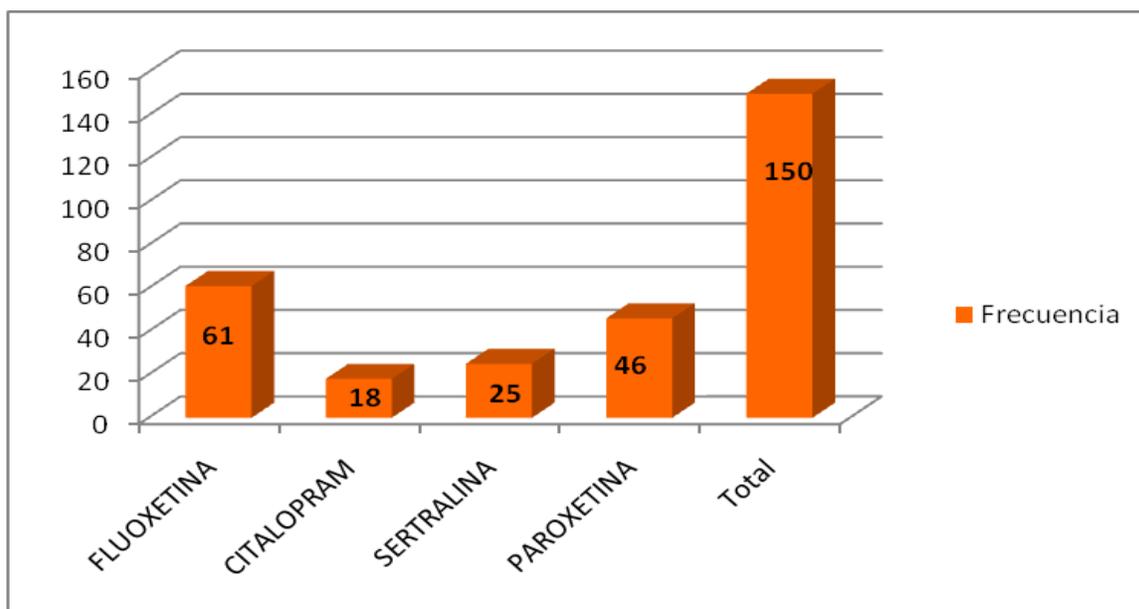
IDENTIFICAR EL ANTIDEPRESIVO DE LA FAMILIA DE INHIBIDORES DE RECAPTACIÓN DE SEROTOTINA QUE MAS FRECUENTEMENTE SE USA.

ANTIDEPRESIVOS	Frecuencia
FLUOXETINA	61
CITALOPRAM	18
SERTRALINA	25
PAROXETINA	46
Total	150

FUENTE: base de datos.

GRÁFICA 3

IDENTIFICAR EL ANTIDEPRESIVO DE LA FAMILIA DE INHIBIDORES DE RECAPTACIÓN DE SEROTOTINA QUE MAS FRECUENTEMENTE SE USA.



FUENTE: cuadro 3.

CUADRO 4

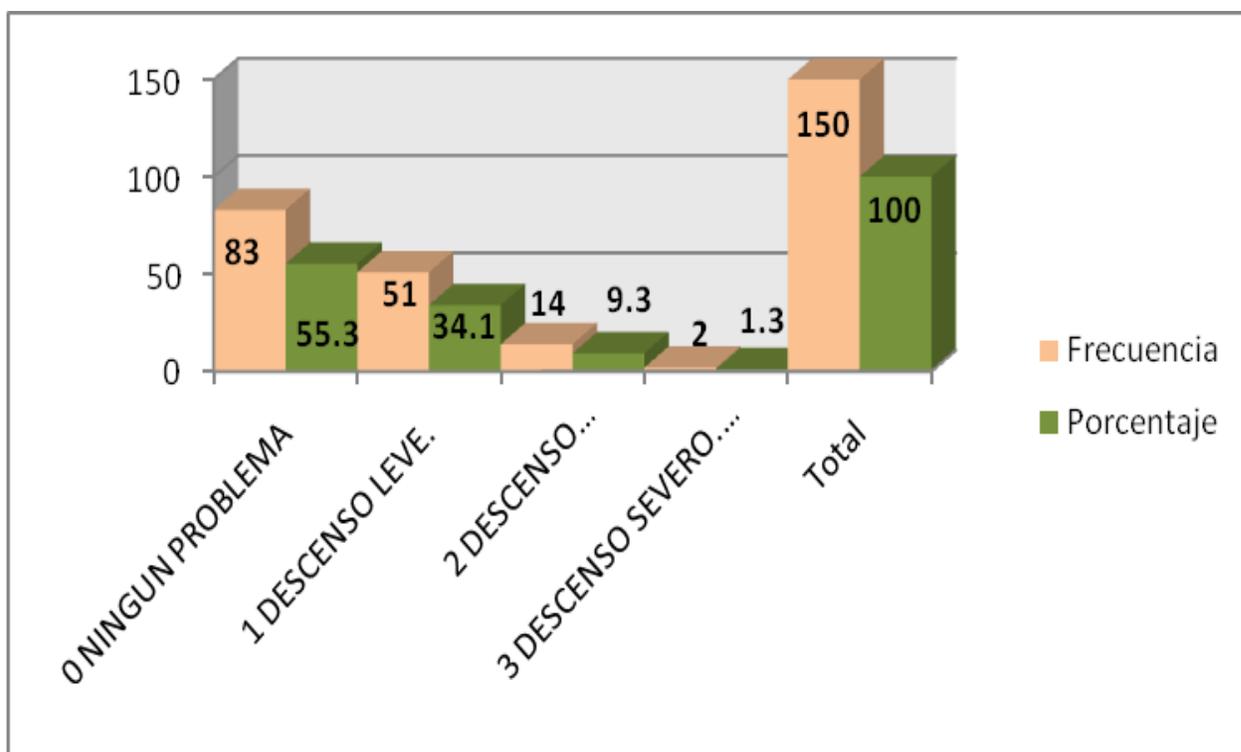
DISFUNCIÓN SEXUAL CON AFECTACIÓN A LA FASE DE ESTÍMULO O DESEO SEXUAL.

FASE D ESTÍMULO-DESEO	Frecuencia	Porcentaje
0 NINGUN PROBLEMA	83	55.3
1 DESCENSO LEVE.	51	34.1
2 DESCENSO MODERADO.	14	9.3
3 DESCENSO SEVERO. NULO	2	1.3
Total	150	100.0

FUENTE: base de datos.

GRÁFICA 4

DISFUNCIÓN SEXUAL CON AFECTACIÓN A LA FASE DE ESTÍMULO O DESEO SEXUAL.



FUENTE: cuadro 4.

CUADRO 5

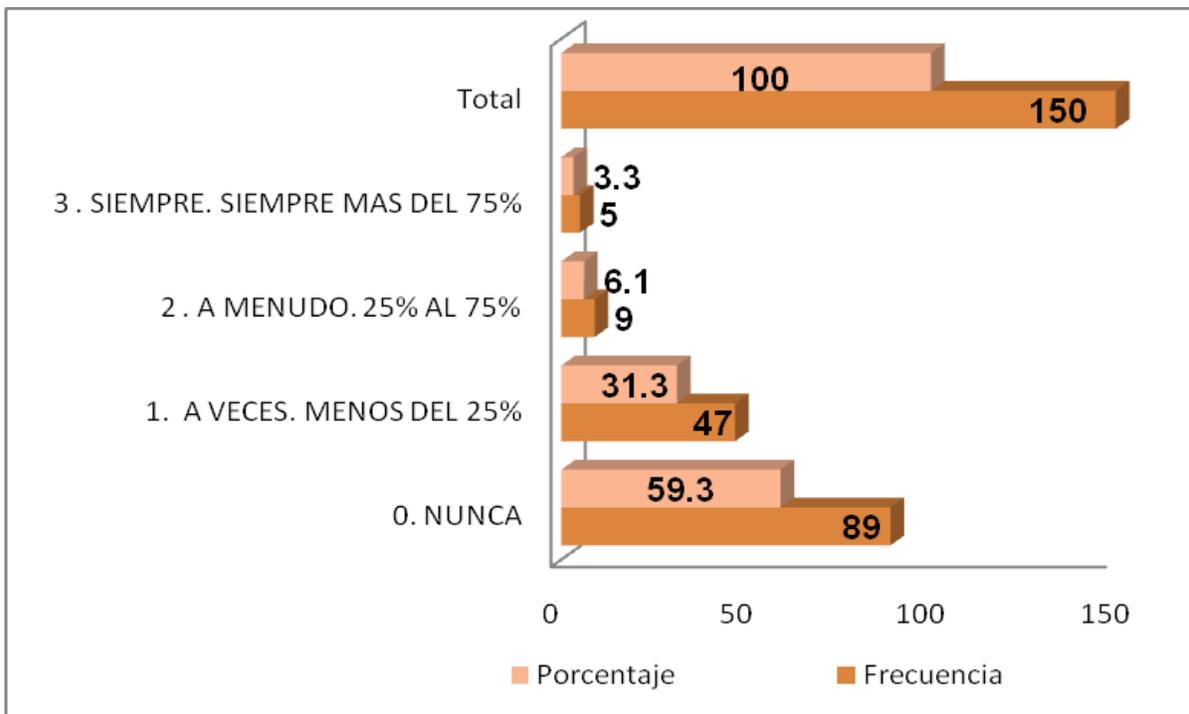
DISFUNCIÓN SEXUAL CON AFECTACIÓN A LA FASE DE EXCITACIÓN.

FASE DE EXCITACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
0. NUNCA	89	59.3
1. A VECES. MENOS DEL 25%	47	31.3
2 . A MENUDO. 25% AL 75%	9	6.1
3 . SIEMPRE MAS DEL 75%	5	3.3
Total	150	100.0

FUENTE: base de datos.

GRÁFICA 5

DISFUNCIÓN SEXUAL CON AFECTACIÓN A LA FASE DE EXCITACIÓN



FUENTE: cuadro 5.

CUADRO 6

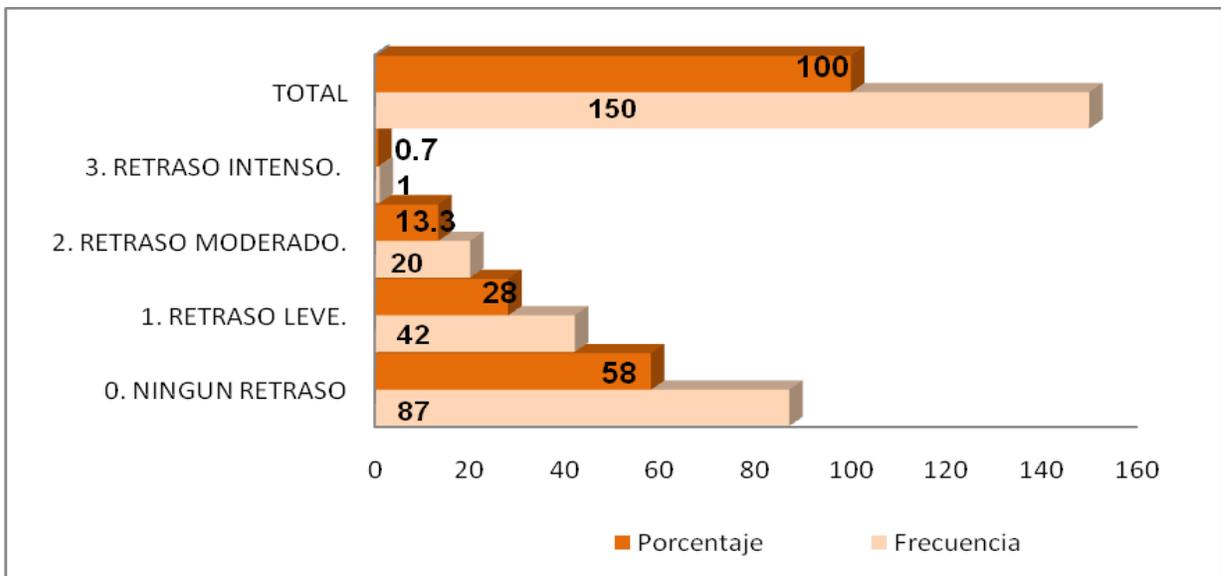
DISFUNCIÓN SEXUAL CON AFECTACIÓN EN LA FASE DE MESETA

FASE DE MESETA	Frecuencia	Porcentaje
0. NINGUN RETRASO	87	58.0
1. RETRASO LEVE.	42	28.0
2. RETRASO MODERADO.	20	13.3
3. RETRASO INTENSO.	1	.7
TOTAL	150	100

FUENTE: base de datos.

GRÁFICA 6

DISFUNCIÓN SEXUAL CON AFECTACIÓN EN LA FASE DE MESETA



FUENTE: cuadro 6.

CUADRO 7

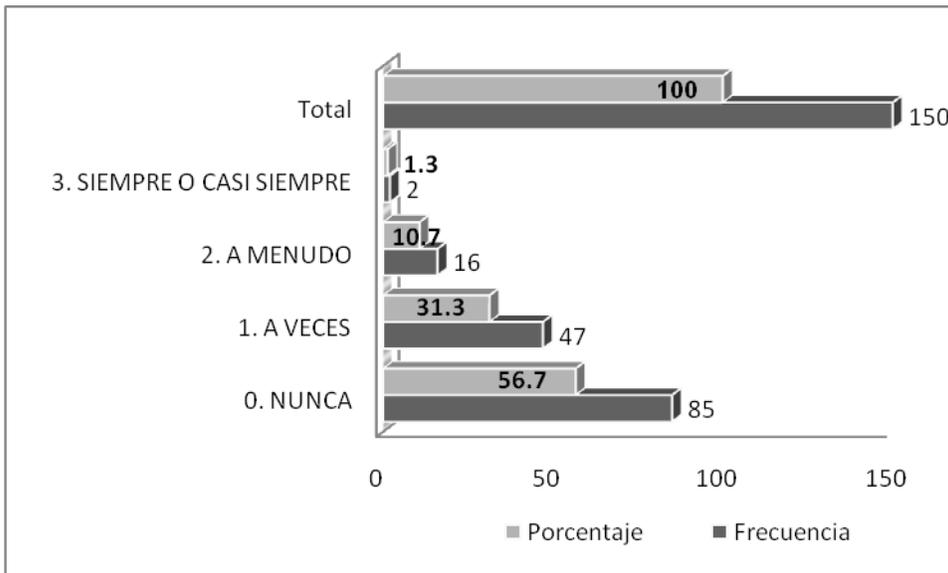
DISFUNCIÓN SEXUAL CON AFECTACIÓN EN LA FASE DE ORGASMO.

FASE DE ORGASMO	Frecuencia	Porcentaje
0. NUNCA	85	56.7
1. A VECES	47	31.3
2. A MENUDO	16	10.7
3. SIEMPRE O CASI SIEMPRE	2	1.3
Total	150	100.0

FUENTE: base de datos.

GRÁFICA 7

DISFUNCIÓN SEXUAL CON AFECTACIÓN EN LA FASE DE ORGASMO.



FUENTE: cuadro 7.

CUADRO 8

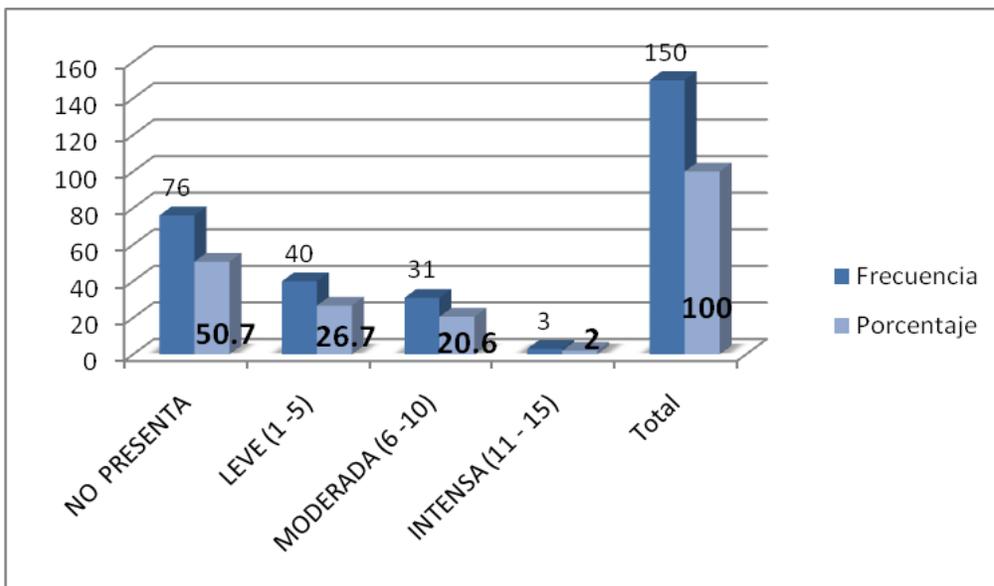
ETAPA DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN LA QUE SE ENCUENTRA EL PACIENTE QUE TOMA ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTACIÓN DE SEROTONINA

ETAPAS DE DISFUNCIÓN SEXUAL.	Frecuencia	Porcentaje
NO PRESENTA	76	50.7
LEVE (1 -5)	40	26.7
MODERADA (6 -10)	31	20.6
INTENSA (11 - 15)	3	2
Total	150	100

FUENTE: base de datos.

GRÁFICA 8

ETAPA DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN LA QUE SE ENCUENTRA EL PACIENTE QUE TOMA ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTACIÓN DE SEROTONINA



FUENTE: cuadro 8.

CUADRO 9

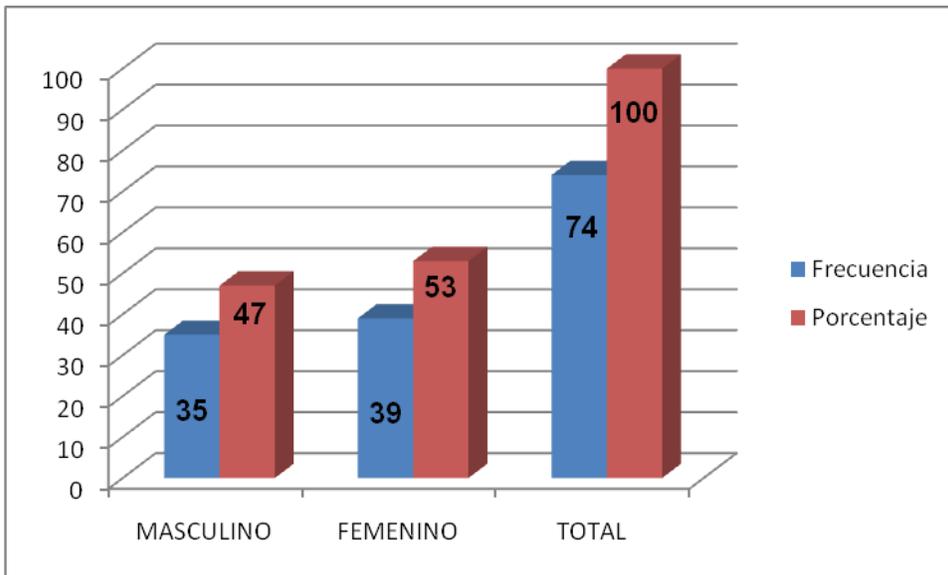
GÉNERO MÁS AFECTADO EN LA DISFUNCIÓN SEXUAL SECUNDARIA AL USO DE INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTACIÓN DE SEROTONINA

GÉNERO MÁS AFECTADO	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	35	47
FEMENINO	39	53
TOTAL	74	100

FUENTE: base de datos.

GRÁFICA 9

GÉNERO MÁS AFECTADO EN LA DISFUNCIÓN SEXUAL SECUNDARIA AL USO DE INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTACIÓN DE SEROTONINA



FUENTE: cuadro 9.

XI. CONCLUSIONES.

En nuestro estudio realizado encontramos resultados interesantes por el uso de antidepresivos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, se aplicaron 150 cuestionarios de estos el 49.3% presento disfunción sexual.

Las crisis familiares más frecuentes fueron las paranormativas con un 46 %, del total.

Los antidepresivos representan una frecuencia de, fluoxetina 61, citalopram 18, sertralina 25, paroxetina 46, siendo el primero el más frecuente y el que causo más disfuncion sexual.

Las fases más afectadas fueron, deseo sexual, excitación, meseta y orgasmo. Por tanto concluimos que dichos antidepresivos afectan notablemente las fases del ciclo sexual.

El total de pacientes participantes fue de 150 que equivale al 100%, de los cuales el .7% no contesto, 50 % no presento disfunción sexual, el resto 49.3% si la presento y fue clasificada según la gravedad, 26.7% etapa leve, 20.6 % etapa moderada, etapa intensa 2%.

En cuanto al sexo mas afectado fue el masculino con un 47% y el femenino 49.3%. El resultado es comparado con otros estudios, y son semejantes.

En conclusión la disfunción sexual secundaria al uso de inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, es frecuente, ya que afecta diferentes fases del ciclo sexual, siendo la fluoxetina el antidepresivo más usado, todo esto trae como consecuencias crisis familiares paranormativas afectando el entorno familiar.

XII. RECOMENDACIONES.

El uso frecuente de antidepresivos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina en la UMF 220, trae muchos problemas poco estudiados en los pacientes desde la disfunción sexual hasta crisis familiares que provocan inestabilidad en todo el entorno familiar.

Todo paciente que inicia tratamiento médico con antidepresivos ya mencionados, es de suma importancia aplicarles el cuestionario de disfunción sexual, para ver si presentan dicha patología y si la presentan, determinar en qué etapa se encuentra para tomar medidas. Dicho cuestionario se puede aplicar desde la primera vez que el paciente acude al consultorio de medicina familiar.

También es importante hacer un interrogatorio sobre su entorno familiar, para realizar actividades en donde se oriente no solo al paciente sino a todo su entorno se recomienda realización de grupos de autoayuda, uso de medios impresos como trípticos, Platicas educativas por parte de médicos y trabajo social,

Debe ser manejado integralmente todo paciente con disfunción sexual y crisis familiar desde el ajuste de medicamento hasta tratamiento médico para la misma disfunción, así como recibir terapia psicológica, individual, grupal, de pareja, familiar.

El tratamiento conjunto se estructura desde los médicos familiares, trabajo social, psicología, grupos de autoayuda, terapias.

Los tratamientos conjuntos tendrán como objetivo prevenir la disfunción sexual y las crisis familiares, así como preservar la armonía en aquellos pacientes que reciben tratamiento con dichos antidepresivos.

XIII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Álvarez T. Elementos de la Sexología. Interamericana 2ª edición 2000. pág. 17.
2. Montejo L. Manual de la Asociación Española de sexualidad y salud Mental. Salamanca España. 2007. pág. 25
3. OMC. Guía de disfunciones sexuales. España 2007. pág.35.
4. Tarriga T. Disfunciones Sexuales y su Atención Primaria. SEMG 2007, España. pág. 150.
5. Goldman H. Psiquiatría general. Editorial manual moderna. 2001 págs. 433-435.
6. Taylor. R. Clínicas de urología de Norteamérica. 2007 Vol. núm. 34. págs. 575- 579.
7. Mejías C. Artículo de revisión. Disfunción sexual Madrid. 2007. pág. 78
8. W.w.w.updat-sofwer.com.
9. Sánchez C. Disfunciones Sexuales. Salud mental. Vol. 28, núm. 4. 2008. pág. 28
10. DSM IV. Editorial Masson. 2001. pág. 538
11. Chávez E. Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina. Salud Mental. Vol. 3 num. 1 págs. 307- 319.
12. Guyton. A. Tratado de fisiología medica. Editorial .Mc Graw Hill. 2006. pags. 1105-1106
13. López J. El libro de la sexualidad. Trillas. México 2004. pág. 213.
14. Máster W. La Sexualidad Humana. Grijalbo 7a. ed. México 2008. pág. 220.
15. Labrador F. Tratamiento Psicológico de las Disfunciones Sexuales. Madrid España. 2001 vol. 13 núm. 3 pág. 421.
16. Bousoño M. La disfunción sexual como pieza clave en los tratamientos con antidepressivos ISRS a largo plazo. Psiquiatría Biológica. Oviedo España vol. 6 sup. 1 2001. pág.15.
17. Otero S. Farmacocinética de los ISRS. Salamanca España 2007. pág. 529.
18. SEMERGEN. Documentos clínicos. 2008. México. pág. 45.

19. Blumel E. Índice de Función Sexual Femenina. Rev. Chilena. Ginecología. Vol. 2. págs. 118-125.
20. Carreño J. Indicadores psicológicos relacionados con dispareunia. Salud mental. 2010. Vol. 33. pág. 347.
21. Anzures L. Medicina familiar. . Editorial corinter. 1ª edición. pág. 51.
22. Huerta L. Medicina Familiar. Editorial alfil. 1ª edición. 2005. pág. 14.
23. González I. Revista Cubana Medicina Familiar. 2000. pág. 280.

XIV. ANEXOS.

ANEXO 1
CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES

EDAD _____ GENERO _____

OCUPACIÓN _____

ESTADO CIVIL _____

MEDICAMENTOS UTILIZADO

ENFERMEDAD

ANEXO 2

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.

ANEXO 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA			
Lugar y Fecha	H.G.R. , UMF 220 Toluca Edo. México / /2011 -2012		
Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:			
<p style="text-align: center;">“ DISFUNCIÓN SEXUAL Y CRISIS FAMILIARES EN PACIENTES DE 25 A 55 AÑOS QUE TOMAN ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTACIÓN DE SEROTONINA QUE ACUDEN ALA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 220 DEL IMSS TOLUCA 2012”</p>			
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:		F 2011/1502/021	
El objetivo del estudio es:	BUSCAR SI EXISTE DISFUNCION SEXUAL Y CRISIS FAMILIARES		
Se me ha explicado que mi participación consistirá en:	CONTESTAR UN CUESTIONARIO		
Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:			
<p>El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.</p> <p>Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.</p> <p>El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.</p>			
		Nombre y firma del paciente	
		R2MF. MIGUEL PICAZO HERNANDEZ Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.	
Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:			
7223045387			
Testigos			

