

Depresión y Disfunción Sexual

Autores: Fernando Rico-Villademoros¹, Margarida Garcia¹

¹ *Biométrica, Madrid y Barcelona*

Las alteraciones de la función sexual son un problema frecuente en la población general así como en aquellos sujetos que padecen trastornos psiquiátricos y/o reciben tratamiento psicofarmacológico. A pesar del impacto que estos trastornos pueden tener sobre las relaciones interpersonales y la calidad de vida^{1,2}, la investigación epidemiológica en esta área ha sido relativamente escasa y presenta limitaciones importantes; así, por ejemplo, los estudios realizados en población general no evalúan morbilidad psiquiátrica y los grandes estudios americanos sobre epidemiología psiquiátrica, el *Epidemiological Catchment Area Study*³ y la *National Comorbidity Survey*⁴, no incluían una evaluación de la morbilidad sexual.

El interés público y profesional por la disfunción sexual se ha desarrollado recientemente probablemente debido a los avances habidos en nuestro entendimiento de los mecanismos neurovasculares de la respuesta sexual humana y el desarrollo de fármacos, como el sildenafil, con eficacia demostrada en el tratamiento de algunos tipos de disfunción sexual⁵. A continuación se revisan los datos que hemos considerado más relevantes de la literatura sobre la prevalencia de la disfunción sexual en población general, que nos permitan tener unos ciertos datos normativos, para posteriormente comentar la prevalencia de estos problemas en pacientes con depresión.

DISFUNCIÓN SEXUAL EN LA POBLACIÓN GENERAL

Nathan reanalizó los hallazgos de 22 encuestas de población general realizadas entre 1929 y 1981, que incluían las Encuestas Kinsey y el Informe Hite, para evaluar la prevalencia y distribución de las disfunciones sexuales definidas por el DSM-III⁶. Los resultados reflejan algo que veremos es

constante a lo largo de la literatura: la prevalencia de disfunción sexual era más alta en mujeres que en hombres (Tabla 1).

Los datos de la encuesta sobre la conducta sexual en EEUU, la *National Health and Social Life Survey (NHSLs)*, realizada en 1992 en 1410 hombres y 1749 mujeres de 18-59 años representativos de la población de ese país muestran globalmente una elevada prevalencia de disfunción sexual en población general, más alta en mujeres (43%) que en hombres (31%)⁵; en mujeres se encontró una prevalencia del 22% de disminución del deseo sexual y del 14% de problemas de excitación, mientras que en hombres la disminución del deseo estaba presente en el 5%, la disfunción eréctil en el 5% y un 21% tenían eyaculación precoz. La NHSLs ofrece además un dato de gran interés, extensible a otras poblaciones como la depresiva: a pesar de que la disfunción sexual estaba altamente asociada con experiencias negativas en las relaciones sexuales y el bienestar general, solamente un 10% y 20% de los hombres y mujeres con disfunción sexual buscaban ayuda médica para sus problemas sexuales. Resultados muy similares habían sido comunicados por Dunn y cols⁶ en una muestra aleatoria de población general adulta constituida por 789 hombres y 979 mujeres; la prevalencia de disfunción sexual fue del 34% y 41% respectivamente.

En el *Massachusetts Male Aging Study (MMAS)*⁷, una encuesta comunitaria de 1709 hombres de 40 a 70 años centrada en el problema de la disfunción eréctil, un 52% de los hombres tenía en algún grado este problema (10% tenían disfunción eréctil completa).

Aunque parece claro que la presencia de disfunción sexual puede afectar a las relaciones de pareja así como al bienestar de la misma, algunos estudios parecen poner en duda esta afirmación. Frank y cols⁸ analizando las respuestas a un cuestionario autoaplicado de 100 matrimonios "*felizmente casados y con una buena formación*" encontraron que, aunque más del 80% de las parejas comunicaron que sus relaciones matrimoniales y sexuales eran felices y satisfactorias, 40% de los hombres presentaban disfunción eréctil o eyaculatoria y 63% de las mujeres una disfunción de la excitación o el

orgasmo. Esta aparente discrepancia ha sido atribuida a que el soporte psicológico de la disfunción sexual y de la satisfacción sexual son distintos, estando esta última más relacionada con la relación emocional de la pareja que con la relación sexual⁹

La información disponible en España (Tabla 2) muestra cifras dentro de los límites de los estudios anteriormente comentados. Más concretamente, los datos de una encuesta de carácter fundamentalmente periodístico, realizada en 1986 a 2500 personas de 14 años o más, mostraban que un 17,1% de las mujeres *“nunca o casi nunca”* conseguían el orgasmo, un problema (¿eyaculación?) que era mucho menos frecuente en hombres (5,3%). En general, un 14% de las mujeres y un 13,5% de los hombres decían haber tenido *“algún tipo de problema sexual”*¹⁰. Más recientemente, en el estudio EDEM, un estudio transversal que incluyó 2476 varones de 14 CCAAs, la prevalencia de disfunción eréctil estimada fue del 12,1% cuando es percibida por el paciente y del 18,9% si se objetiva mediante cuestionario¹¹.

DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES DEPRESIVOS

La disfunción sexual es un hallazgo frecuente en diversas patologías psiquiátricas, sin embargo parece ser significativamente más frecuente en pacientes depresivos que en no depresivos¹²; quedaría por aclarar si esta mayor frecuencia se debe a la enfermedad en si misma o a la disfunción secundaria al tratamiento farmacológico que reciben los pacientes.

Entre disfunción sexual y depresión, aunque en muchos casos desconozcamos la relación de causalidad, parece existir una relación biunívoca; no solamente se ha visto, como describiremos más adelante, que la depresión se acompaña de disfunción sexual sino que las personas con disfunción sexual pueden presentar con más frecuencia síntomas depresivos. En un estudio en el que se comparaban pacientes con disfunción eréctil (DE) con una cohorte de control de pacientes con hipertrofia benigna de próstata, un 54% de los pacientes del grupo con DE presentaban síntomas depresivos comparado con el 26% en el grupo control¹³. Del mismo modo, en un estudio

caso-control se encontró un aumento de las tasas de prevalencia de trastornos afectivos en pacientes con inhibición del deseo sexual¹⁴.

La enfermedad depresiva se asocia en mayor o menor medida con alteraciones de todas las fases del ciclo sexual: deseo, excitación/erección y orgasmo/eyaculación (Tabla 2). Sin embargo, el trastorno más reconocido es la alteración de la libido; así, en uno de los primeros trabajos en este campo, Cassidy y colaboradores¹⁵ encontraron una disminución de la libido en el 83% de los hombres y el 53% de las mujeres con enfermedad maníaco-depresiva*. De forma similar, Beck¹⁶ primero y Casper¹⁷ con posterioridad también hallaron una elevada frecuencia de pérdida de interés por el sexo en pacientes depresivos (61 y 72% respectivamente) con respecto a controles (Tabla 2). Aunque más elevadas que en el grupo control, cifras notablemente inferiores (alrededor de un 30%) de disminución de la libido fueron encontradas por Mathew y Weinman¹⁸ en un estudio controlado y por Angst en el Estudio de Cohortes de Zurich¹⁹, si bien en este último la muestra estaba representada por individuos jóvenes de 28 a 35 años. En un estudio no controlado Kennedy y cols²⁰ comunicaron una frecuencia de disminución del deseo sexual superior al 40% en hombres y 50% en mujeres utilizando un cuestionario de función sexual. En España el estudio Disorder, un estudio transversal realizado en 1235 pacientes con trastorno depresivo mayor según criterios del DSM-IV, la frecuencia de alteración de la libido de acuerdo al ítem 14 de la Escala de Hamilton para Evaluación de la Depresión fue del 87%²¹. En general, parece que, excepto en mujeres mayores de 70 años, un cambio en la libido es un indicador de depresión²².

Al igual que ocurre con la población general las alteraciones en la fase excitación sexual en la mujer depresiva están muy poco estudiadas. En el estudio de Kennedy y cols²⁰ un 50% y 40% de las mujeres presentaron disminución de la excitación y dificultades en la lubricación vaginal respectivamente. En hombres la frecuencia de impotencia es relativamente elevada en estudios controlados (35% vs 0% en el estudio de Mathew y

* NOTA: a lo largo de este texto hemos utilizado la terminología original de las fuentes consultadas tanto al referirnos a enfermedades psiquiátricas como a los distintos tipos de disfunción sexual.

Weinman¹⁸); cifras también superiores a las ya mencionadas en población general fueron encontradas por Woodruff y cols (23%)²³ y mucho más elevadas en el estudio Disorder (53,6%)²¹ y en el estudio canadiense de Kennedy y cols en el que el 46,3% de los hombres eran incapaces de mantener una erección. Los estudios realizados con pruebas más objetivas como la tumescencia peneana nocturna arrojan resultados similares: de un 25 a un 30% de los varones con un episodio de depresión mayor presentan una disminución del tiempo de tumescencia y una reducción de las medidas de rigidez del pene^{24,25}

Finalmente, las alteraciones de la eyaculación en el hombre y del orgasmo en la mujer parecen también ser frecuentes en los pacientes depresivos. La frecuencia de eyaculación precoz y eyaculación retardada fueron muy similares y relativamente altas (alrededor del 40%) en el estudio de Mathew y Weinman y más modestas y diferenciadas en el de Kennedy y cols (12,2 y 22% respectivamente); los datos del estudio Disorder, al igual que el de Kennedy y cols, también apuntan a una mayor frecuencia de retraso en la eyaculación (34,6% la presentaron con frecuencia) que de eyaculación precoz (fue frecuente en el 10,6% de los pacientes). Las cifras de alteraciones en el orgasmo parecen modestas en algunos estudios (15% según Kennedy y cols). Sin embargo, Mathew y Weinman hallaron un 34% de anorgasmia y en el estudio Disorder este problema se presentaba frecuentemente en el 60% de las mujeres; más aún, en este último estudio el 84,2% de las mujeres depresivas tenían un escaso o nulo grado de satisfacción con su capacidad para llegar al orgasmo.

CONCLUSIONES

La literatura disponible sobre disfunción sexual tanto en población normal como en pacientes depresivos presenta numerosas limitaciones. Existen muy pocos estudios controlados y, en el caso de los estudios con pacientes depresivos, en varios de ellos el grupo control está compuesto por sujetos con otras patologías. Son muy pocos los estudios que utilizan una herramienta validada para la evaluación de la disfunción sexual y ello se traduce, entre otros, en que la mayoría de los estudios disponibles no se

evalúa de forma completa las diversas fases del ciclo sexual; en este sentido llama la atención la escasez de datos sobre alteraciones de la excitación en mujeres. Con algunas excepciones el tamaño muestral de los estudios es escaso. Todo ello junto a las distintas metodologías utilizadas puede explicar la gran diversidad de resultados de unos estudios a otros.

En la evaluación de la frecuencia de disfunción sexual en pacientes depresivos, además de las dificultades ya mencionadas, nos encontramos que, con la excepción de la disfunción eréctil, carecemos de datos normativos de la población general y ello tiene una gran importancia en este caso dado que todo apunta a que los problemas de la función sexual en población general son bastante frecuentes por lo que a la hora de evaluarlos en pacientes depresivos estamos enfrentándonos a un importante ruido de fondo. A pesar de esta carencia de datos normativos los resultados de los estudios controlados y del resto de trabajos comentados permiten afirmar que la disfunción sexual es un problema frecuente en pacientes depresivos y que, con la probable excepción de la eyaculación precoz, afecta a todas las fases del ciclo sexual con mayor frecuencia que en la población general. No obstante, parece que la alteración de la libido es la más frecuente y distintiva de la depresión; el estudio controlado de Mathew y Weinman solo encontró diferencias significativas en severidad de la alteración para los trastornos de la libido, pérdida o exceso, con independencia de que todas las disfunciones sexuales fueran aparentemente más frecuentes en el grupo de pacientes depresivos¹⁸. Algunos datos también sugieren que la disfunción eréctil también podría ser distintiva de la depresión; En un estudio con tumescencia peneana nocturna, un 25-33% de los pacientes depresivos presentaron disminución del tiempo de tumescencia y una reducción de la rigidez del pene que, sorprendentemente, no se veían afectados por los cambios en la sintomatología depresiva (esto es, estos cambios se mantenían en los pacientes en remisión)²⁶; estos resultados no han sido replicados hasta la fecha.

Es necesaria una mayor y mejor investigación de este aspecto de la enfermedad depresiva y una mayor atención por parte de los clínicos a un problema que es expresado espontáneamente por el paciente en pocas ocasiones. En especial desconocemos que influencia, si hubiera, tiene la

presencia de disfunción sexual sobre el resultado del tratamiento y cual es su repercusión sobre la calidad de vida del paciente.

Tabla 1
Disfunción sexual en 22 encuestas de población general*

Categoría	Hombres	Mujeres
Inhibición del deseo sexual	1-15%	1-35%
Inhibición de la excitación sexual	10-20%	Indeterminada
Inhibición del orgasmo	5%	5-30%
Eyacuación precoz	35%	--

*Datos de la referencia 6

Tabla 2
Disfunción sexual en población general en España*

	Malo de Molina (1988)	Ballester&Gil (1995)	Hurtado (1996)	Martín-Morales (2001)
Hombres				
T. Libido				
D. Eréctil	2.4%**			18.9%
T. Eyaculación	5.3%			
Mujeres				
T.Libido		37%	45%	
T. Excitación		22%		
T. Orgásmico	17.1%	42%	21.25%	
Dispareunia		29%	11.25%***	

*Datos de las referencias 10,11, 27

**Encuesta a universitarios

***Incluye dispareunia y vaginismo

Tabla 3
Disfunción sexual en pacientes depresivos en estudios con grupo control

Categoría	Frecuencia		Autor, año
	Depresivos	Control	
Alteración del deseo			
• Disminución de la libido	61%	27%	Beck,1967
	31%	6%	Mathew,1982
	72%	5%	Casper, 1985
	32%	17,9	Angst,1998
• Aumento de la libido	22%	0%	Mathew,1982
	14,6%	5,2%	Angst,1998
Alteración de la excitación			
• Impotencia	35%	0%	Mathew,1982
Alteración del orgasmo/eyaculación			
• Eyaculación precoz	38%	0%	Mathew,1982
• Eyaculación retardada	47%	6%	Mathew,1982
• Anorgasmia (♀)	34%	11%	Mathew,1982
Otras			
• Disminución de la función sexual	63% ^a	39% ^a	Cassidy,1957
• Cualquier problema sexual	45.1%	25,8%	Angst,1998

^aEn pacientes con enfermedad maniaco-depresivo

BIBLIOGRAFIA

1. Morokoff PJ, Gilliland R. Stress, sexual functioning, and marital satisfaction. *J Sex Res* 1993;30:43-53.
2. Fugl-Meyer AR, Lodner G, Branholt IB, Fugl-Meyer KS. On life satisfaction in male erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 1997;9:141-148.
3. Robins LN, Reiger DA. *Psychiatric Disorders in America. The Epidemiological Catchment Area Study*. New York, The Free Press, 1990.
4. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey Arch Gen Psychiatry 1994;51:8-19.
5. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and Predictors. *JAMA* 1999;281:537-544.
6. Nathan SG. The epidemiology of the DSM-III Psychosexual Dysfunctions. *J Sex & Marital Ther* 1986;12:267-281.
6. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Sexual problems:a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Fam Pract* 1998;15:519-524
7. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994;151:54-61.
8. Frank E, Anderson C, Rubinstein D. Frequency of sexual dysfunction in 'normal' couples. *NEJM* 1978;299:111-115
9. Nettelbladt P, Uddenberg N. Sexual dysfunction and sexual satisfaction in 58 married Swedish men. *J Psychosom Res* 1979;23:141-147
10. Malo de Molina C, Valls Blanco JM, Pérez Gómez A. *La conducta sexual de los españoles*. Ediciones B, Barcelona, 1988.
11. Martín-Morales A, Sánchez-Cruz JJ, Saenz de Tejada I et al. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Erétil Masculina study. *J Urol* 2001;166:569-575.
12. Lare SB, Labbate LA. Unrecognized comorbid sexual dysfunction. In New Research Program and Abstracts of the American Psychiatric Association Annual Meeting; May 13-18 2000; Chicago, Illinois. Abstract Nr97.
13. Shabsigh R, Klein LT, Seidman S, Kaplan SA, Lehrhoff BJ, Ritter JS. Increased incidence of depressive symptoms in men with erectile dysfunction. *Urology* 1998;52:848-852.
14. Schreiner-Engel P, Schiavi RC. Lifetime psychopathology in individuals with low sexual desire. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:646-651.
15. Cassidy WL, Flanagan NB, Spellman M, Cohen ME. Clinical observations in manic-depressive disease. *JAMA* 1957;164:1535-1546
16. Beck AT. *Depression. Clinical, experimental and theoretical aspects*. Staples Press, London, 1967.
17. Casper RG, Redmon E, Katz MM, Schaffer CB, Davis JM, Koslow SH. Somatic symptoms in primary affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:1098-1104.
18. Mathew RJ y Weinman ML. Sexual Dysfunctions in Depresión. *Arch Sex Behav* 1982;11:323-328.
19. Angst J. Sexual problems in healthy and depressed patients. *Int Clin Psychopharmacol* 1998;13(suppl 6):S1-S4.

-
20. Kennedy SH, Dickens SE, Eisfeld BS, Bagby RM. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J Affect Disord* 1999;56:201-208.
21. Ayuso JL, Bobes J, Gibert J, Sáiz J, Vallejo J (Comité Científico). Monografía de resultados del estudio de prevalencia de alteraciones sexuales, del sueño y del peso en la depresión. Estudio Disorder, Disfunciones Orgánicas en la Depresión. Grupo Bristol-Myers Squibb, Madrid, 1998.
22. Kivela SL, Pakkala K. Symptoms of depression in aged Finns. *Int J Soc Psychiatr* 1988;34:274-284
23. Woodruff RA, Murphy GE, Herjarc M. The natural history of affective disorders: I. Symptoms of 72 patients at the time of index hospital admissions. *J Psychiatr Res* 1967;5:255-263
24. Thase ME, Reynolds CF, Glanz LN, Jennings JR, Sewitch DE, Kupfer DJ, Frank E. Nocturnal penile tumescence in depressed men *Am J Psychiatry* 1987;144:89-92.
25. Thase ME, Reynolds CF, Jennings JR, Frank E, Howell JR, Houch PR, Berman S, Kupfer DJ. Nocturnal penile tumescence is diminished in depressed men. *Biol Psychiatry* 1988;24:33-46.
26. Nofzinger EA, Thase ME, Reynolds III CF et al. Sexual function in depressed men. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:24-30.
27. Carrasco MJ. Disfunciones sexuales femeninas. Editorial Síntesis S.A., Madrid, España, 2001.