



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Trabajo

Final de Grado

Licenciatura en Psicología

Facultad de Psicología

Universidad De la República Uruguay.

**“Efecto no deseado de los ISRS en la sexualidad de personas con
depresión y ansiedad”.**

Monografía.

Prof.Tutor: Dra. Andrea Bielli.

Prof. Revisor: Dra. Valentina Paz.

Estudiante: Federico Behetti Delgado.

CI: 4787207-6.

2025

Montevideo- Uruguay.

Índice

1. Introducción.....	3
2. Qué son los ISRS	5
2.1 Aproximaciones teóricas sobre los ISRS.....	5
2.2 Cuadros psicopatológicos ansiedad y depresión.....	6
2.3 Breve recorrido histórico de los ISRS en Uruguay y en el mundo.....	7
3. Sexualidad y ISRS	9
3.1 Aproximaciones teóricas sobre sexualidad.....	9
3.2 Efectos secundarios de los ISRS en la sexualidad.....	11
3.3 Disfunciones sexuales.....	12
3.4 Tratamientos de los efectos no deseados de los ISRS en la sexualidad.....	13
3.5 Porque los ISRS continúan siendo los fármacos de primera elección.....	16
4. Experiencias de los consumidores de ISRS y su impacto en la esfera sexual.....	17
5. Reflexiones finales	21
6. Referencias.....	24

Resumen

El siguiente trabajo final de grado tuvo como objetivo principal describir los efectos no deseados de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina a nivel de la esfera sexual de personas con depresión y ansiedad. Para cumplir dicho objetivo se recurrió a una revisión bibliográfica narrativa también conocida como monografía donde se expusieron los últimos avances de la literatura científica sobre el tema. Los resultados mostraron la existencia de un aumento exponencial del consumo de estos fármacos a nivel mundial que requiere de ser estudiado en beneficio de la población a la que se le prescriben los ISRS. Muchos fueron los efectos no deseados a nivel de la sexualidad y se observó la carencia de la capacitación de los profesionales sobre estos efectos. Como propuesta se considera relevante la formación académica de los psicólogos sobre antidepresivos ISRS y sexualidad pudiendo contemplar al paciente de una manera integral que promueva su bienestar psicológico. A pesar de que se conocen los efectos adversos de los antidepresivos ISRS en la esfera sexual existen pocos estudios que contemplen el sufrimiento subjetivo de las personas que están consumiendo estos fármacos. Con esta monografía se pretende comprender las experiencias y las disfunciones sexuales muchas veces invalidantes que generan estos fármacos en la sexualidad.

Palabras claves: ISRS, Sexualidad, Disfunción sexual.

1. Introducción

El presente trabajo final de grado (TFG) pretende dar cuenta de los efectos no deseados de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) en la sexualidad masculina y femenina adulta con depresión y ansiedad.

Como antecedentes y justificación del tópico cabe destacar que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la salud sexual constituye un aspecto fundamental tanto para la salud como para el bienestar general de los individuos, las parejas y los entornos familiares (OMS, 2022). Este organismo propone un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, donde se reconoce que no debe haber discriminación ni violencia, asegurando la posibilidad de contar con experiencias sexuales placenteras y seguras. Por ende, es crucial poner atención a cualquier elemento o circunstancia que altere el adecuado funcionamiento de la sexualidad en los seres humanos (OMS, 2022).

A nivel internacional son numerosos los estudios científicos que evidencian los efectos colaterales no deseados de los ISRS a nivel de la sexualidad humana, como son la disfunción eréctil, la anorgasmia, anestesia genital, dispareunia (coito doloroso), eyaculación precoz, o retardo en la misma, dolor genital en pene, vagina y vulva, entre otros. De acuerdo con las investigaciones de las últimas dos décadas, los ISRS han causado varios tipos de disfunción sexual, sin embargo, dichos efectos eran muy subestimados, ya que los pacientes que reportaban experimentar algún tipo de problema, no sobrepasaba el 10% (Vercellino et al., 2020). El incremento en los últimos tiempos se debió a que en las entrevistas psiquiátricas y psicológicas, se preguntaba específicamente a los pacientes por las consecuencias de la ingesta de dichos fármacos en relación a la esfera sexual. (Clínica Mayo, 2019, Higgins et al., 2010, Soler et al., 2008).

Para Clínica Mayo (2019), Higgins et al., (2010) y Soler et al., (2008), uno de los riesgos importantes está constituido por el incumplimiento del tratamiento farmacológico para los cuadros clínicos, ansiedad y depresión, debido a los efectos adversos no deseados sobre la sexualidad. Por ende, es importante identificar los efectos negativos para disminuir la probabilidad de recaída y poder cumplir con el objetivo terapéutico. Es fundamental que los pacientes puedan retomar sus actividades diarias previo a la depresión recuperando el afecto positivo, el tono hedónico y el funcionamiento cognitivo lo que genera un bienestar psicológico muy importante para una buena calidad de vida. El tema de la sexualidad toma un rol fundamental en la recuperación funcional y muchas veces los médicos se centran en el alivio de los síntomas depresivos, sin tener en cuenta otros aspectos más generales del funcionamiento vital como son la sexualidad (Vercellino et al., 2020). El deseo sexual se refiere a la actividad sexual entendida como la motivación y excitación que resultan de un

estado emocional provocado por estímulos internos y externos que producen cambios psicofisiológicos y afectivos. (Sierra et al., 2019). Para los autores resulta interesante destacar que estos cambios producen un bienestar psicológico que mejora la calidad de vida. Cuando los efectos no deseados sobre la esfera sexual de los ISRS irrumpen en el tratamiento se compromete el bienestar psicológico de los sujetos.

De acuerdo a los autores especialistas en psicología social y evolucionista la sexualidad no aludo solamente al sexo como practica sexual sino también al acercamiento, conductas de cariño, comunicacion placer e intimidad asi como reproduccion. Por lo tanto cuando este aspecto se ve afectado de alguna manera los sujetos experimentan insatisfacción lo que produce diferentes manifestaciones y problemas vinculares en relación a su sexualidad. Si bien los fármacos prescritos por el psiquiatra (ISRS) mejoran el estado de ánimo también provocan efectos adversos sexuales, lo cual debe ser considerado por el psicólogo clínico. (Vogel et al.,2011, Nanda, 2000).

La importancia de la escucha cuidadosa y respetuosa por parte del psicólogo hacia el sujeto en relación a los efectos adversos sobre la sexualidad es fundamental para mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional. La empatía y sensibilidad por parte del terapeuta es algo que ambos géneros, varones y mujeres valoran como parte del tratamiento, ya que esto genera impactos positivos en la vida cotidiana y en la esfera de la sexualidad (Vogel et al., 2011).

Para facilitar la comprensión de este trabajo, el mismo se encuentra dividido en tres grandes apartados; introducción, desarrollo teórico y reflexiones finales.

2. Qué son los ISRS

2.1 Aproximaciones teóricas sobre los ISRS

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los antidepresivos prescritos con mayor frecuencia y recetados para aliviar la sintomatología depresiva ya que se consideran relativamente seguros por tener menos efectos secundarios que otros tipos de antidepresivos (Clínica Mayo, 2019).

Los ISRS son utilizados para el tratamiento de la depresión y la ansiedad y su mecanismo de acción se debe a que aumentan a nivel intersináptico la disponibilidad de serotonina ayudando a que esta permanezca más tiempo al bloquear la recaptura de la misma.

Se asume que los efectos de los ATD se dan debido a que mejoran una anomalía química cerebral que es la disminución de serotonina, pero también se ha visto en otras investigaciones, que actúan mediante un efecto placebo amplificado a través de su capacidad para mitigar las emociones en general. Se observó que existen catorce receptores de serotonina diferentes y la mayoría de las investigaciones se centran solo en el receptor 5-HT1A, por lo tanto se ha concluido que no existen pruebas suficientes de que la depresión está asociada a menores concentraciones de serotonina (Moncrieff et al., 2022). Hasta el momento las investigaciones neuroquímicas tienden a señalar que los mismos receptores y neurotransmisores pueden estar involucrados en muchas enfermedades mentales y por otra parte que la acción específica de los psicofármacos sobre receptores concretos suelen ser tan solo el primer momento de una larga serie de efectos químicos que los psicofármacos producen cuando entran en el organismo (Bielli, 2012).

Según el Farmanuario (2009) los ISRS, son fármacos que inhiben selectivamente la recaptación de serotonina desde el terminal presináptico, con efectos adversos muchos menores que antidepresivos clásicos como los tricíclicos e IMAO, este tipo de fármacos se denominan selectivos ya que actúan sobre la serotonina un neurotransmisor central en la depresión y la ansiedad.

De acuerdo a Stahl (2013), las indicaciones clínicas de estos fármacos no son sólo en relación al trastorno depresivo mayor y ansiedad sino que son prescritos también para diferentes afecciones como trastornos alimentarios, disforia por trastorno premenstrual, eyaculación precoz entre otros.

Los ISRS más prescritos son el escitalopram, citalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina.

Aunque su mecanismo de acción esencial es la inhibición de la recaptura de serotonina cada uno de ellos presenta una particularidad en su actividad clínica, efectos secundarios y usos.

Depresión mayor y distimia: Todos los ISRS excepto la fluvoxamina.

Trastorno de angustia: Paroxetina, sertralina, fluoxetina.

Trastorno de ansiedad generalizada: Escitalopram y paroxetina .

TOC: todos los ISRS excepto citalopram y escitalopram.

Fobia social: Paroxetina y sertralina.

Trastorno por estrés postraumático: Paroxetina y sertralina.

Bulimia: Fluoxetina.

Trastorno disfórico premenstrual: Fluoxetina, paroxetina y sertralina (Chavez et al., 2008).

2.2 Cuadros psicopatológicos: Ansiedad y Depresión

Según el DSM V (APA, 2014), los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesiva así como modificaciones en la conducta. El miedo se caracteriza por una respuesta emocional de amenaza inminente real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. La ansiedad no se define como un trastorno mismo, sino como un conjunto donde se dan varios trastornos agrupados. Los principales trastornos de ansiedad definidos por el DSM son, trastorno de ansiedad por separación, fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancia o medicamentos y mutismo selectivo. La ansiedad es una respuesta adaptativa frecuente frente a situaciones que se perciben como amenazantes. El tratamiento a largo plazo de primera línea para este tipo de trastornos son los ATD ISRS. De acuerdo a los estudios científicos basados en la evidencia los trastornos de ansiedad (TA) constituyen los trastornos psiquiátricos más prevalentes.

Las directrices actuales no recomiendan el uso de benzodiacepinas como tratamiento de primera línea para este tipo de sintomatología a largo plazo por sus efectos adictivos, pero sí el uso de los ISRS (Marrero et al., 2019).

De acuerdo al DSM V (APA, 2014), los trastornos depresivos son los trastornos de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Se clasifican en el trastorno depresivo mayor

(episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual y el trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos. El rasgo común de todos estos trastornos son la presencia de un ánimo triste, vacío e irritable acompañados de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presencia temporal, o la etiología. Al igual que los trastornos de ansiedad los fármacos utilizados en una primera instancia son los ISRS. Estos fármacos hoy en día se utilizan para tratar la depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico entre otros.

Según Clínica Mayo (2019), la depresión puede experimentarse una sola vez en la vida, o por el contrario repetirse a lo largo de la misma varias veces sin necesidad de medicación u otro tipo de tratamiento. Según Henry Ey (2013) existen las depresiones psicógenas y endógenas. Las primeras son reactivas a algún evento como una pérdida afectiva, separaciones entre otras. Las segundas son propias del individuo y no responden a situaciones concretas son de orden genético y muy difíciles de revertir aun con la medicación y la psicoterapia.

2.3 Breve recorrido histórico de los ISRS en Uruguay y en el mundo

Los ISRS comenzaron a utilizarse a finales de la década de los 80 con la incorporación de la fluvoxamina y la fluoxetina, y lograron desplazar progresivamente a los antidepresivos tricíclicos debido a su mejor tolerancia y seguridad hacia finales de la década de los 90, hasta el momento los antidepresivos tricíclicos constituían el grupo de fármacos más utilizado en el tratamiento de los trastornos depresivos (Otero Santos et al., 1996 p-74).

En 1987 se introdujo en el tratamiento de la depresión la fluvoxamina primer representante comercializado en Europa de una nueva clase de antidepresivos denominados inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), seguido por la incorporación de la fluoxetina en 1988, luego por la sertralina y la paroxetina.

En Estados Unidos el primer ISRS utilizado autorizado por la FDA fue la fluoxetina en 1988, desde la fecha los ISRS han ido desplazando a los antidepresivos tricíclicos, y actualmente se consideran de primera elección en el tratamiento de la depresión leve a moderada y de los trastornos de ansiedad (Otero Santos et al., 1996 p-75).

En Uruguay los antidepresivos hicieron su ingreso hacia la mitad del siglo XX con el mismo tipo de sustancia que lo habían hecho en los países centrales es decir con los tricíclicos e IMAO (inhibidores de la monoaminooxidasa), ya que la industria farmacéutica del momento ya operaba a nivel mundial (Bielli, 2012).

A principios de los años setenta los psicofármacos ya se presentaban como una de las líneas medicamentosas de mayor venta en el mercado farmacéutico del país, uno de los

antidepresivos tricíclicos que comenzó a usarse en Uruguay a principios de los años setenta fue la imipramina, con los IMAO sucedió algo similar la iproniazida del laboratorio Roche fue uno de los primeros pero se sacó de circulación por sus efectos secundarios (Bielli, 2012).

De acuerdo con la autora, los ISRS en cambio llegaron a principios de los años noventa al Uruguay como antidepresivos de última generación, fueron pensados como nuevas sustancias que aumentarían la eficacia y que producirían menos reacciones adversas que antidepresivos más antiguos. Por otra parte, la autora menciona que la zimelidina fue el primer ISRS desarrollado y luego siguieron las demás sustancias con perfil farmacológico similar. Uno de los primeros antidepresivos en el mercado nacional fue la fluoxetina (Prozac) 1990, y el último incorporado fue la fluvoxamina, este tipo de antidepresivos tardan un poco más en llegar al país en relación a los tricíclicos.

En relación a los efectos adversos cada uno de ellos presenta particularidades en su perfil farmacocinético, pero con efectos secundarios similares como pueden ser apatía o embotamiento emocional, trastornos gastrointestinales, cefaleas, irritabilidad, disminución o aumento de peso y alteraciones en la sexualidad. (Perez et al., 2016, Farmanuario 2009, Daray et al., 2012, Barbosa, 2023). Luego de los ISRS llegaron otros antidepresivos como alternativas a los efectos adversos que estos empezaron a producir por ejemplo en relación a la esfera sexual, estos nuevos fármacos fueron la mirtazapina y el bupropion (Bielli, 2012).

Según la Junta Nacional de Drogas (2024), los antidepresivos se encuentran en el quinto lugar de las sustancias psicoactivas con 7,3% de consumo por lo cual sigue estando entre las drogas más consumidas en el país, el 14 % de la población ha consumido alguna vez en la vida antidepresivos, el 7% lo han hecho en el último año y la prescripción médica alcanza el 99%. El consumo de ATD se comparó con el consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, y opioides entre otros.

3. Sexualidad y ISRS

3.1 Aproximaciones teóricas sobre sexualidad

La sexualidad según la OMS (2022), es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales, por lo tanto la sexualidad comprende todos estos aspectos que interactúan constantemente entre sí.

La sexualidad se vive y se experimenta en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos en relación a nuestra identidad como individuos, por lo tanto es difícil definir a la sexualidad debido a todas las dimensiones que la componen, y que varían según la cultura y la sociedad donde esté inmerso el sujeto. Es un producto de procesos históricos y culturales, que se configuran en contextos sociales específicos, y que se manifiestan o expresan a través de discursos, como plantea Foucault sexualidad es dispositivo (Frinco, 2018).

A lo largo del tiempo se han desarrollado diferentes modelos para explicar la respuesta sexual, Master y Johnson (1966), proporcionaron un modelo que consiste en cuatro elementos, excitación, meseta, orgasmo y resolución, luego Kaplan en (1979) introdujo el deseo sexual antes de la fase de excitación, proponiendo un modelo trifásico aplicable a ambos sexos. Por otra parte Schnarch (1991), defiende que el deseo sexual no solo está compuesto por un componente previo a la excitación, sino que está presente en el ciclo de respuesta sexual.

El deseo sexual se refiere al interés en las relaciones y actividad sexual, y se entiende como la motivación para participar de una actividad sexual ya sea solo o acompañado. Por otra lado, la excitación sexual se refiere a un estado emocional motivacional que puede ser impulsado tanto por estímulos externos como internos lo que ocasiona cambios psicofisiológicos y afectivos. En relación a la excitación sexual subjetiva, se refiere a la percepción de la excitación a nivel psicológico es decir a la experiencia cognitiva afectiva, por lo tanto es conveniente diferenciar desde el pensamiento psicológico cuál es la relación entre deseo sexual y excitación lo cual no es nada fácil ya que se dan juntas y de forma solapada (Sierra et al., 2019).

La forma de expresar y sentir la sexualidad humana ha ido evolucionando a lo largo de la historia según los acontecimientos sociales y culturales de cada época, por lo que la sexualidad está estrechamente vinculada con una cuestión epocal (Zapata y Gutierrez, 2016).

De acuerdo con los autores, la sexualidad es diversa y es entendida de diferentes formas por la diferentes culturas, religiones, ideales políticosociales, mandatos sociales y modelos educacionales, es individual vivenciada y comprendida de diferentes modos según cada persona, y es compartida con quien cada persona quiera, es polémica debido a la segregación por género como herramienta de control, no se puede concebir la sexualidad de forma aislada pues las personas son seres holísticos e indivisibles (Zapata y Gutierrez, 2016). Los seres humanos somos seres sexuados, lo somos desde que nacemos hasta que morimos y la sexualidad se va moldeando según nuestras experiencias vitales. En la vida diaria la sexualidad cumple un papel muy importante ya que desde el punto de vista emocional, afectivo y social va mucho más allá de una simple finalidad reproductiva y compromete la vida de pareja, familia y lazos afectivos interpersonales.

La sexualidad es parte fundamental de todo ser humano, su ejercicio pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto e intimidad, expresión emocional, placer ternura y emoción. La sexualidad se vincula a una dimension que incluye genero, sexo, identidad sexual y de genero, orientacion sexual erótica, sentimientos afectivos y reproducción, la misma es una dimensión propia del ser humano por lo tanto es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos espirituales (Zapata y Gutierrez, 2016).

Con respecto a la actividad sexual es una manifestación conductual de la sexualidad personal donde la manifestación erótica de la sexualidad se hace presente, la actividad tiene como objetivo los comportamientos que producen el erotismo y el comportamiento sexual (Zapata y Gutierrez, 2016).

A través de estas aproximaciones podemos afirmar que el sexo biológico no esta ligado al sexo emocional y que la sexualidad no es solo el ejercicio de la genitalidad. (Zapata 2016).

La sexualidad como fenómeno humano compete no solo a la condición reproductiva sino además a la función de goce y lúdica, por lo tanto es percibida como una de las formas más íntimas de relación con el otro, es por eso que no debe ser subestimada ya que el placer no es solamente físico sino la satisfacción de necesidades psicosexuales Rengifo (2017).

De acuerdo a los estudios antropológicos y psicológicos existe una estrecha realción biológica entre el humano y el primate, por lo que existen puntos de encuentro que sugieren uno origen biológico común para las categorías de sexo y genero. El concepto de sexualidad refiere a pensamientos deseos y prácticas eróticas sumado a las identidades socioculturales asociadas. La forma en que las personas experimentan sus propios cuerpos y perciben su propio género contribuyen a los comportamientos físicos para alcanzar placer, intimidad y o reproducción, y existen normas culturales que regulan las prácticas (Buunk et al., 2007, Nanda, 2000).

Vance (1997), parte desde una perspectiva antropológica para estudiar la sexualidad, donde se hace énfasis en la construcción social de la misma. Desde esta perspectiva es indiscutible que la sexualidad vista desde la fisiología puede tener puntos de encuentro comunes pero existen diferencias en los significados desde el punto de vista social y subjetivo de la misma, la sexualidad es entendible según la cultura donde está inmersa.

De acuerdo a la autora la sexualidad debe ser entendida no solo desde el punto de vista biológico el cual ha generado un reduccionismo de la misma, sino también debe incorporar diferentes visiones teóricas, como el feminismo, la teoría queer y contemplar una visión de sexualidad como dispositivo como definió Foucault.

Una sexualidad saludable es aquella donde el individuo se acepta, conoce, expresa y vivencia su erótica de modo satisfactorio, la sexualidad es el resultado de diversos procesos biopsicosociales, que incluyen el cuerpo desde lo reproductivo, el erotismo y el placer, el amor y lo vincular la identidad y el género.

3.2 Efectos secundarios de los ISRS en la sexualidad

De acuerdo con los estudios de Gibson et al., (2016), acerca de las experiencias de conflicto humano con los antidepresivos, es posible ver la presencia de un gran monto de angustia y adormecimiento emocional debido a la disfunción sexual. Los estudios muestran que los efectos negativos de los antidepresivos van más allá de las reacciones químicas.

Se advierte que existe una sensibilidad distinta tanto para hombres como para mujeres, ya que las ideas de rendimiento sexual masculino se asocian a la falta de potencia debido a los ATD, mientras tanto en las mujeres predominaba la vergüenza por la baja del deseo sexual así como también las experiencias de estrés y el riesgo de la visibilidad de su problemática. Según el estudio la necesidad de validación de la sintomatología negativa era un aspecto a tener en cuenta por las mujeres, mientras que en los hombres fue asociado al rendimiento sexual, autonomía y control. De acuerdo a los estudios el efecto negativo de los antidepresivos estuvo más relacionado con la concepción masculina y femenina de la relación de intimidad con la pareja que con los efectos químicos, ya que los estudios muestran que la emoción se relaciona más con la empatía y la sensibilidad que con el alto rendimiento fisiológico. En suma la discusión de estas investigaciones giran y evitan las posiciones polarizadas simplistas sobre la emocionalidad de las mujeres y la racionalidad de los hombres, sino que ambos géneros valoran el papel de las emociones en su vida sexual y cotidiana (Gibson et al 2016., Vogel et al, 2011., Gough, 2013).

3.3 Disfunciones sexuales

Según el DSM V (APA, 2014), las disfunciones sexuales (DS) incluyen la eyaculación retardada, el trastorno eréctil, el trastorno orgásmico femenino, el trastorno del interés/excitación sexual femenino, el trastorno de dolor genito-pélvico / penetración, el trastorno del deseo sexual hipoactivo en el varón, y la eyaculación precoz.

Las disfunciones sexuales por lo tanto son un grupo de trastornos heterogéneos típicamente caracterizados por una alteración clínicamente significativa de la capacidad de la persona para responder sexualmente o para experimentar placer sexual (DSM-V, APA, 2014).

Por lo tanto las disfunciones sexuales son alteraciones que se generan en cualquiera de las etapas definidas por Master y Jhonson en relación a la respuesta sexual, (deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución).

Es necesario tener en cuenta los efectos adversos sobre la sexualidad que producen los ISRS, ya que muchos profesionales se centran solo en el alivio de los síntomas depresivos y ansiosos, mientras que los pacientes se centran en la restauración del afecto positivo (Vercellino et al., 2020). Uno de los órganos más importantes en la sexualidad es el cerebro, sabemos que muchos de los pacientes que tienen algún trastorno depresivo o ansioso y que consumen algún ISRS tienen altas tasas de disfunciones sexuales, ya que estos fármacos afectan el sistema nervioso central. Para que la DS sea clasificada adecuadamente se exige haber descartado primero algún trastorno orgánico u otras sustancias como causa. Los pacientes con patologías blanco para la prescripción de ISRS tienen prevalencia mayor de DS que la población general, lamentablemente este grupo de síntomas muchas veces no son tomados en cuenta por el clínico (Vercellino et al., 2020).

Es importante diferenciar (DS) de efectos adversos sexuales (EAS). Las DS pueden deberse a EAS de un psicofármaco, los médicos clínicos, en general no informan del riesgo de padecer EAS y los pacientes al no contar con información previa terminan angustiándose y deteriorándose la calidad de sus relaciones sexuales. Los ISRS son los antidepresivos (ATD) que más causan EAS debido a la disminución de la libido, dificultades para mantener la erección en caso del hombre o el incremento de la latencia del orgasmo. Esto se debe a que estos fármacos al incrementar la disponibilidad de la serotonina en la hendidura sináptica y tener un efecto agonista sobre los receptores 5 HT2 producen una inhibición del deseo sexual, a diferencia de otros ATD como en bupropion que actúa sobre dopamina. (Vercellino et al., 2020).

Se puede ver cierta diferencia en relación a las disfunciones sexuales en hombres y mujeres, a partir de esto es posible decir que el ciclo de respuesta sexual en mujeres está

más vinculado con la relación en general y el vínculo con la potencial pareja sexual, mientras que en hombres está más relacionado a la capacidad para lograr y mantener una erección (Kruger, 2023).

Como plantea la autora se puede mencionar que el ciclo de respuesta sexual puede verse afectado por diferentes factores lo que puede desencadenar en un DS. Entre las causas más comunes de DS se encuentran los problemas psicológicos/psiquiátricos, (ansiedad, depresión) con mayor frecuencia. Entre los medicamentos que pueden afectar esta esfera, se encuentran los ISRS que provocan ya en las primeras tomas un impacto negativo en la sexualidad, afectando la respuesta sexual en cualquiera de sus fases llevando a la persona a un malestar en su vida íntima que se agrega a su trastorno de ansiedad o depresión (Kruger, 2023).

Es fundamental tener en cuenta el papel de los neurotransmisores en la función sexual, los principales involucrados en la respuesta sexual son la dopamina, la serotonina, la noradrenalina y acetilcolina. Sin embargo, son los agentes serotoninérgicos los que están más implicados en la sexualidad. Los ISRS presentan efectos inhibitorios sobre la dopamina haciendo que se afecte la esfera sexual. Los hombres reportaron principalmente problemas en el deseo y el orgasmo con más frecuencia que las mujeres mientras que las mujeres informaron tener mayor disminución de la excitación (Kruger, 2023).

3.4 Tratamientos de los efectos no deseados de los ISRS en la sexualidad

Cabe destacar que los ISRS no solamente se utilizan para el tratamiento de la depresión para lo que son usados por una gran parte de la población, por lo cual la DS pasa a ser un aspecto crítico que precisa de ser estudiada. Se destaca la necesidad de evaluar métodos más eficaces para comprender la salud sexual de los pacientes. La prevalencia de la DS junto con otros efectos colaterales no deseados fue estudiada y documentada en países Europeos en el año 2006. Autores como Kronstein et al., (2015), Rothmore, (2020), hacen hincapié en que este efecto colateral debe ser monitorizado para lograr un tratamiento eficaz de los pacientes. El estudio destaca que los efectos colaterales deben ser abordados por estrategias adecuadas, ajuste de medicación o cambio de la misma. Los profesionales de la salud mental requieren abordar esta cuestión de una manera creativa y cuidadosa para mitigar el efecto negativo de los ISRS en los pacientes antes que el tratamiento se torne intolerable debido a los efectos adversos. Los estudios destacan la importancia de una comunicación clara y eficaz por parte del terapeuta sobre la calidad del tratamiento ofrecido.

De acuerdo a los estudios científicos el cumplimiento del tratamiento con ISRS puede verse afectado debido a los efectos no deseados en la sexualidad, lo que ocasiona el

abandono (Soler et al., 2008). Los autores no encontraron diferencias significativas por sexo o por género en la edad de los pacientes. Para ambos géneros en los sujetos de mayor edad se encontró mayor frecuencia de anorgasmia, problemas de impotencia, disminución de la libido y sofocaciones. Los varones manifestaron impotencia mientras que las mujeres refirieron tener más sofocaciones. Sin embargo, estas diferencias fueron atribuidas a las condiciones fisiológicas de cada sexo y no por el fármaco mismo.

Según (Morentin et al., 2013) se vio que el aumento de peso puede tener consecuencias graves a mediano y largo plazo no solamente por el aumento de glicemia, colesterol y diabetes etc que causan disminución del deseo sexual sino también la propia disfunción sexual producida por el fármaco. Por estas razones los individuos abandonan el tratamiento ya que evalúan como negativos estos efectos. Cuando aparecen los descontrolados alimentarios y el ansia incontenible por los dulces se crean sentimientos de culpa en el sujeto ya que puede generar críticas por parte del entorno próximo. Al sentirse menos atractivos los sujetos suelen comunicar esto al médico en conjunto con la DS lo que afecta su bienestar psicológico. Muchas veces los individuos se sienten frustrados porque el clínico no toma en cuenta su malestar físico y psíquico restando importancia y priorizando el objetivo del fármaco. La importancia de tomar en cuenta las DS ya que estas ocasionan hipersensibilidad, vergüenza y culpa sintiéndose la persona frustrada y no comprendida (Van Geffen et al., 2008). De acuerdo con (Whyte et al., 2002), existe un problema en la relación eficacia/percepción del poder de las sustancias químicas. Se observa una naturaleza simbólica sobre el significado de los medicamentos. La dependencia de cualquier sustancia farmacológica suele ser más subjetiva que fisiológica.

Para los autores los productos farmacéuticos tienen un carácter social además de médico por lo que la sociedad convive haciendo uso de los mismos y sus consecuencias. Los fármacos proporcionan contexto y significado dado que poseen características sociales y culturales comunes.

Para la biomedicina existe una asociación simbólica sobre la esperanza de tener el control, el escepticismo, la falta de regulación estricta en los sistemas de salud, los intereses comerciales y la seducción por la tecnología. Esto constituye un punto fundamental para estudiar respecto a la prescripción de medicamentos en la población (Whyte et al., 2002).

De acuerdo con Van Geffen et al.(2008), el miedo a los efectos secundarios por parte de los pacientes sobre la disminución de la sexualidad junto con otros efectos no deseados son las principales razones por la cual abandonan los ISRS. Son múltiples las formas en que los médicos manejan los inconvenientes en la sexualidad por ISRS. La estrategia más utilizada es esperar a la remisión de forma espontánea aunque es la menos efectiva ya que los síntomas prevalecen. Esta se da en relación al tiempo que necesita el organismo para

adaptarse al fármaco, pero es una manera muy pasiva de intervención del médico. Misa (2020). Según (Montejo, Prieto et al., 2019) una de las recomendaciones para mejorar la DS es cambiar por otro fármaco no serotoninérgico como el bupropión y reducir la dosis de 48 a 72 hs durante el fin de semana (weekend holidays) en personas que tienen pareja. Otro mecanismo usado por los médicos para tratar las disfunciones sexuales es agregar un “antídoto” o proporcionar otro tratamiento. El “antídoto” consiste en agregar otro fármaco que tiene un mecanismo diferente por ejemplo agonistas dopaminérgicos. En los hombres es frecuente usar sildenafil, vardenafil o tadalafil (Viagra) para disfunción eréctil. Según (Daray et al., 2012) el problema de estas estrategias es que al agregar un nuevo fármaco hay mayor riesgo que aparezcan nuevos efectos adversos o que ocurran interacciones farmacológicas. Todas estas alternativas mostradas en estas investigaciones como son el agregar otro fármaco la mayoría de las veces no llega al éxito, ya que producen nuevos efectos adversos, como por ejemplo el uso de otro grupo de ATD. Se ha visto que el uso de mirtazapina mejora la esfera sexual pero produce un aumento de peso significativo.

Algo que alerta a una parte de la comunidad médica es el abandono del tratamiento así como la poca adherencia al mismo, debido a los efectos adversos en la sexualidad, por lo que la mayoría de las investigaciones se basan en ver cuál medicamento tiene mayor o menor impacto negativo en la sexualidad. (Misa 2020). Otros se centran en la poca adherencia a los ATD y proponen diferentes tratamientos para abordar la DS iatrogénica que consiste en su mayoría en agregar otro fármaco (Daray et al., 2012). Como mencionan (Montejo, Prieto et al., 2029, O Mullan et al., 2014), es importante hablar con el paciente sobre los posibles efectos adversos sobre la sexualidad que producen los ISRS. También mencionan la importancia de saber sobre la vida sexual del paciente, muchos profesionales omiten informar sobre posibles molestias sexuales por miedo a la no adherencia al tratamiento.

Por este motivo los profesionales de la salud deben asegurarse que la psicoeducación en relación a posibles efectos no deseados del fármaco, llegue a todos para poder lidiar con estos y así poder evaluar la mejor opción.. La comunicación negativa sobre las experiencias de los pacientes hace referencia a que no se les advierte sobre estos efectos no deseados y se deja de lado la esfera sexual no dándole la importancia que merece priorizando al cuadro psicopatológico. Por esta razón existen varias limitaciones a la hora de medicar con ISRS, por lo que se hace necesario contemplar al paciente desde la globalidad (salud física, psíquica, social y espiritual).

3.5 Porque los ISRS continúan siendo los fármacos de primera elección en el tratamiento de la depresión y la ansiedad a pesar de los efectos adversos sobre la esfera sexual

Considero que los ISRS continúan siendo los fármacos de primera elección para tratar diversos cuadros psicopatológicos como son la depresión y la ansiedad a pesar de sus efectos adversos sobre la sexualidad, debido a que existe un reduccionismo biológico en el personal médico en solo centrarse en el alivio rápido de los síntomas depresivos y ansiosos, no considerando la integralidad del sujeto y dejando por fuera a la sexualidad si esta no es mencionada por el usuario. David Healy en *Let them eat prozac* (2004), plantea que los ensayos clínicos llevados adelante por la industria farmacéutica a menudo minimizan o directamente omiten los efectos adversos de estos fármacos entre ellos el de la sexualidad. Healy considera que la causa principal por la que los ISRS siguen siendo los fármacos de primera línea a pesar de los efectos adversos sobre la esfera sexual, es debido al poder de la industria farmacéutica. También el autor plantea que estos fármacos promueven una solución rápida y estandarizada del malestar psíquico actual, lo que es funcional al sistema de salud. Un sistema sobrecargado y con poco tiempo para intervenciones psicoterapéuticas que pueden ser útiles para depresiones leves o moderadas priorizando las soluciones farmacológicas rápidas pero con efectos adversos que muchas veces pueden ser invalidantes.

4. Experiencias de los consumidores de ISRS y su impacto en la esfera sexual

Los estudios de Whyte et al.,(2002), refieren al consumo de psicofármacos como un fenómeno dentro de una sociedad con un contexto y significado tanto social como cultural. Desde que la medicación es consumida por los sujetos, altera o modifica al organismo, la psique e influye en el comportamiento. Desde la antropología Martin (2006), advierte sobre el término “persona farmacéutica” referido a las experiencias de los consumidores y el impacto de la producción de psicofármacos.

En la medida que se acepta consumir un psicofármaco se acepta el concepto de la psiquiatría biológica que refiere a un desequilibrio neuroquímico generando un terreno fértil para la medicalización con ISRS. Las personas consideran a los ATD como un medio adecuado de tratamiento para restablecer el equilibrio. (Fullagar,2009). Según Jenkins (2011), existe un imaginario farmacéutico donde los medicamentos cobran un rol importante en la persona y la sociedad. Aquellos consumidores de ISRS lidian con los efectos adversos según su experiencias y muchos consumen varias combinaciones de fármacos con el objetivo de disminuir estos efectos sobre la sexualidad.

La autora advierte que existen paradojas farmacéuticas respecto a la experiencia. Los efectos no deseados van desde el aumento o pérdida de peso disminución del deseo sexual hasta la experimentación de ansiedad y depresión pudiendo tornarse insalubre el consumo de los mismos. Muchas veces los consumidores se ven obligados a elegir entre “volverse loco o tolerar y padecer los efectos no deseados”. Por esta razón el “manejo farmacéutico” se torna complejo y muchas intangible coexistiendo dentro de una comunidad farmacológica que lejos de sanar a partir de la integración social se dedica únicamente a disminuir la sintomatología para lo que fueron diseñados ansiedad, depresión estrés postraumático sin contemplar el resto (efectos no deseados). La autora expresa que las condiciones paradójales de la experiencia de enfermedad irónicamente tienden a crear más sufrimiento en los individuos los que quedan inmersos en una cultura de consumo como parte de la globalización.

Los estudios de Jenkins (2011), advierten que esta paradoja se ve amplificada de acuerdo a la cultura de receptividad de la droga, la distribución y el acceso a los agentes psicofarmacológicos. Esta tendencia forma parte de una sociedad tecnológica donde el self queda sin posibilidades de alivio tratando de lidiar con la enfermedad mental el control social del tratamiento la cultura psicofarmacéutica y la legitimación de la práctica de consumo. Dentro de la industria farmacéutica el imaginario social sólo concibe a los ISRS como una

representación de la enfermedad mental y su mejora, sin embargo otros aspectos clínicos no son tenidos en cuenta como son los efectos sexuales.

Por lo tanto la opción libre de consumir un ISRS (conociendo los efectos no deseados sobre la sexualidad) es una opción muchas veces preferida por lo pacientes en vez de padecer el “estigma” de sufrir depresión o ansiedad, el cual resuena más en la sociedad qué otros efectos adversos por ejemplo los sexuales, que estos fármacos provocan. En este campo la experiencia social y la cultural están ligadas a la industria farmacéutica y no a la experiencia subjetiva del individuo.

La autora considera a la psicofarmacología como un fenómeno de marketing no considerándose los efectos adversos que esta produce. Si bien se reconocen la utilidad de los psicofármacos en cuadros como ansiedad, depresión y estrés postraumático el marketing de los psicotrópicos tiene mayor peso que los efectos positivos sobre estos cuadros. Cabe destacar que existe un prejuicio sobre el trastorno de identidad y el self farmacéutico dado que el individuo que consume no sabe donde colocarse sin cuestionar la prescripción médica así como tampoco a los mandatos sociales sobre la medicación psicotrópica. Es posible entender el sufrimiento desde un self farmacéutico y un imaginario farmacéutico dentro del campo de la psiquiatría, el desafío es construir un entendimiento a partir de un campo social etnográfico, cultural y de la experiencia subjetiva sobre la medicación psicofarmacológica. Desde el punto de vista de la psiquiatría el problema está en la queja del paciente, desde la perspectiva antropológica el problema está en la fuerza de la subjetividad por lo que cada caso debe ser evaluado de forma particular (Jenkins, 2011).

Muchos estudios sugieren que la prevalencia de efectos no deseados sobre la sexualidad ha sido subestimada. Sin embargo existe una preocupación significativa sobre el tema, ya que el 14% de los pacientes reporta voluntariamente efectos no deseados y 58% lo reporta cuando fueron cuestionados por el médico.

Es necesario considerar a la sexualidad y a sus síntomas no solo desde un punto de vista biomédico. Como plantean Mitchell et al., (2011), el modelo de Master y Johnson seguido por muchos años basado en el “ciclo de respuesta sexual humana” universalizó el concepto de función sexual normal. Para los autores existen múltiples significados en los criterios que utilizan las personas para evaluar su vida sexual. A través de la teoría “Sexual Scripts” definida por los sociólogos Simon y Gagnon en 1984, los autores pudieron evaluar las experiencias sexuales de los sujetos, no solo desde el modelo biomédico. Esta teoría trata de los guiones intrapsíquicos que son el manejo de los deseos según las experiencias de los sujetos. A través de esta teoría se puede ver y evaluar cómo las personas interpretan una vida sexual funcional o disfuncional. Se destacan tres guiones que describen las experiencias sexuales, guión biomédico centrado en la función genital (orgasmo), guión relacional,

relacionado al encuentro y la intimidad emocional, y el guión erótico centrado en el placer y la novedad. Esta concepción permite ver las experiencias de los sujetos desde una perspectiva holística, no solo centrada en la funcionalidad o disfuncionalidad sexual.

Las experiencias de malestar en la esfera sexual debida a los ISRS no se puede generalizar sino que es propia de cada sujeto, está atravesada por factores epocales, familiares, culturales y de creencia de cada persona, y se va constituyendo a través de vivencias positivas y negativas. Implica como nos sentimos con nuestro cuerpo, el deseo, la pareja, la edad, el erotismo y la sensualidad. Misa (2020).

Cada individuo crea a lo largo de su vida su propia concepción en relación al sexo, por lo tanto cuando percibe cambios negativos en la sexualidad esto lleva a un incremento del malestar psíquico que es particular a cada sujeto y en relación a su propia historia. La vida vincular de los pacientes que están bajo tratamiento con un ISRS se ve afectada no solo a nivel sexual, sino que también los sujetos experimentan sentimientos de angustia, culpa y vergüenza en la intimidad con sus parejas, y por otro lado las personas que están solas evitan iniciar una relación debido a dichos problemas. Misa (2020). Muchas veces el personal de salud no prioriza estos síntomas comunicando que son pasajeros o que es propio del cuadro clínico, o que se necesita de un tiempo para que el organismo se adecue al fármaco (Montejo, Prieto et al., 2019, Daray et al., 2012).

Estos medicamentos producen efectos paradójales ya que los usuarios afirman que les ayuda a sentirse “normales” pero por otro lado acentúa la sensación de que algo va mal en sus vidas, como por ejemplo la sexualidad y el embotamiento emocional, quedando sin respuesta por parte del personal sanitario esperando a que estos síntomas remitan. En los hombres muchas veces se receta viagra, pero en Uruguay no es común el uso de fármacos para aumentar el deseo sexual en la mujer por lo que las alternativas son más limitadas. Algo común para ambos géneros es el cambio que perciben en su sexualidad, lo que produce interrogantes, si desean continuar el ISRS o continúan con la DS. Se ven obligados a elegir entre su sexualidad y su bienestar emocional. Gibson et al., (2018) plantean que los usuarios se debaten entre la esperanza de que los ATD eliminen su angustia emocional y el temor de volverse dependiente de la medicación y sufrir sus efectos adversos.

En suma el manejo de la DS involucra no solamente la estrategia farmacológica sino terapia comportamentales personalizadas de acuerdo a la gravedad de los síntomas preferencias del paciente y respuesta al tratamiento ATD. El sufrimiento psicológico por la DS ha sido ampliamente tratado por las terapias cognitivo comportamentales tanto a nivel individual como sexual y de pareja ya que ayuda a que el sujeto sustituya pensamientos y conductas negativas por aquellas más adaptativas. Enfrentar las situaciones desagradables a

nivel sexual (disfunción eréctil, anorgasmia, retardo en la eyaculación) depende del cambio de la cognición para obtener un cambio de conducta (Espinosa y Del Río 2024).

Si bien la TCC puede ser una alternativa para tratar los efectos adversos sexuales no es la única opción, ya que se ha visto que aún después de suspender el fármaco debido a que se finalizó el tratamiento o porque se decidió cambiar a otro ATD las DS continúan por periodos prolongados de tiempo.

Actualmente en los Estados Unidos se encuentra un grupo activista de personas que sufrieron y que aún padecen efectos adversos en la esfera sexual post ISRS. (PSSD network - Post SSRI Sexual Dysfunction). Lo que se expresa en la mayoría de los testimonios es cómo a pesar de haber discontinuado el tratamiento, los efectos negativos sobre la sexualidad continúan en el tiempo. La mayoría de las personas que relatan su experiencia son adultos jóvenes que refieren que su sexualidad se ha visto afectada por el uso de estos fármacos, y que el personal médico no brinda ayuda sobre estos síntomas una vez que irrumpen en la vida cotidiana, generando dificultades para desarrollar una vida sexual plena.

Una vez que los efectos adversos sexuales aparecen pueden durar años en desaparecer por completo e incluso ser permanentes. A pesar de los estudios que avalan los efectos negativos de los ISRS en la sexualidad se siguen minimizando por parte de la comunidad médica, no dando una solución a las personas que los consumen e incluso se agregan más fármacos para contrarrestar los efectos sobre la sexualidad (Melcangi et al., 2023).

6. Reflexiones finales

De acuerdo con el desarrollo teórico del trabajo puede observarse que la salud sexual conforma un aspecto importante para el bienestar psicológico y general de los individuos. Por ende es fundamental prestar atención a cualquier circunstancia que pueda comprometer o alterar a la misma.

En el transcurso del trabajo se han podido ver numerosos estudios científicos que muestran los efectos colaterales no deseados de los ISRS en la salud sexual humana. Cabe destacar que en las últimas décadas la salud mental ha experimentado un incremento en las consultas psicológicas debido a las consecuencias que producen los ISRS en la esfera sexual. Si bien los psicólogos clínicos han intentado subsanar durante el tratamiento este aspecto es imperioso destacar que falta capacitación por parte de los profesionales de la psicología para un abordaje más eficaz de estos síntomas.

Si bien los psiquiatras y psicólogos tienen formación académica para tratar diferentes cuadros psicopatológicos, la importancia de una escucha cuidadosa sobre los efectos negativos de estos fármacos no alcanza para lograr mitigar el sufrimiento de los pacientes en relación a las disfunciones sexuales. Mucho se ha estudiado sobre el impacto negativos de los ISRS sin embargo no existe un protocolo estandarizado para abordar esta problemática de manera eficaz. La gran mayoría de los pacientes reportan no sentirse entendido más allá de haber sido tratados con empatía.

De cara a la salud mental es necesario profundizar más sobre el estudio de los efectos adversos de los ISRS en la sexualidad humana de forma tal que los pacientes puedan tratar sus cuadros psicopatológicos sin dejar de tener en cuenta el impacto negativo que los ISRS producen en su sexualidad.

A lo largo de los años es posible ver que tanto en Estados Unidos y Europa así como a nivel nacional los ISRS son los fármacos de primera elección para el tratamiento de la depresión y la ansiedad. La investigación científica se ha esforzado por descubrir tratamientos eficaces para los pacientes afectados por los ISRS.

Dentro de los subgrupos que experimentan trastornos debilitantes en la sexualidad por ISRS se ha visto la pérdida total de libido, deterioro cognitivo y embotamiento emocional que perduran en el tiempo. Cabe notar que las investigaciones apuntan a la endocrinología, psiquiatría, sexología y neurología dejando de lado a la psicología clínica. Viendo y considerando estas carencias se hace necesario incluir en los planes de salud mental la capacitación psicológica específica sobre posibles efectos adversos de los ISRS y otros psicofármacos.

Durante el relevo de la literatura científica se ha visto que la información que existe alude en su mayor parte a lo médico en varias especialidades incluyendo la psiquiatría y dejando un vacío de información en lo que respecta a las corrientes psicológicas y psicoterapéuticas.

Desde la perspectiva personal considero a la sexualidad como un elemento importante para el bienestar psicológico del individuo por lo cual debe ser tomada en cuenta en todo tratamiento psicológico y psicofarmacológico. Sin embargo, contemplar los cuadros psicopatológicos como la ansiedad y la depresión constituye un pilar fundamental para el tratamiento adecuado tanto psicológico como médico. Es necesario un abordaje multidisciplinario para tratar al sujeto con sufrimiento psíquico no dejando de lado la esfera sexual y su adecuado funcionamiento.

Como trabajador de salud en el área de la Licenciatura en Enfermería he podido observar el sufrimiento de los pacientes que padecen trastornos en el estado de ánimo como ansiedad y depresión y que se niegan a tomar ATD por temor a los efectos adversos y la posible dependencia al fármaco. Muchos son los testimonios de los pacientes en relación a la polifarmacia y el hecho de agregar también un ATD con todo el estigma que muchas veces esto conlleva. Una carencia a nivel del sistema de salud es la falta de acompañamiento psicológico que asesore a los pacientes sobre este tema en cuanto a beneficios y perjuicios. Es importante reconocer que si bien los ISRS son una herramienta en el tratamiento de la depresión y la ansiedad así como con otros cuadros psicopatológicos, sus efectos adversos en la sexualidad pueden afectar considerablemente a la calidad de vida y al bienestar emocional. La sexualidad no solo se limita a las prácticas sexuales sino también a aspectos de cercanía, comunicación afecto y satisfacción que son esenciales para una vida plena y relaciones saludables. Por eso es importante abordar las DS para minimizar su impacto. Es relevante entender a la sexualidad no solo desde el pensamiento médico sino que debe abordarse de manera integral. Los efectos adversos de los ISRS revelan la importancia de escuchar y validar las experiencias de quienes padecen estos efectos, ya que estos síntomas pueden incidir negativamente en la autoestima y las relaciones afectivas. Es conveniente que los profesionales de la salud mental brinden información clara y apoyo integral evitando minimizar estos efectos.

Considero que la administración de ISRS debe ser cuidadosa y respetuosa del paciente, evaluando riesgos y beneficios en relación a posibles efectos secundarios sobre la sexualidad. Como integrante del equipo de salud creo relevante la formación de los profesionales de la psicología en relación a posibles efectos secundarios de los psicofármacos en general y en especial de los ISRS. Considero que existe mucho estigma en relación al consumo de ATD. He observado en mi trabajo como personal de salud que

muchos pacientes no quieren tomar estos fármacos por miedo a la posible dependencia que pueden causar. Los pacientes comienzan el tratamiento y lo abandonan y la mayoría de los relatos se centran en el miedo a la adicción, desconociéndose casi por completo los posibles efectos secundarios en la sexualidad.

Como propuesta para futuros trabajos sería interesante visibilizar sobre este tópico desde la formación académica así como también investigar sobre la medicalización que existe en relación a estos fármacos.

7. Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Barbosa, G. (2023). Apatía emocional por ISRS?. Una revisión de la literatura. Vertex revista Argentina de psiquiatría. Vol 34 Num 161. <https://doi.org/10.53680/vertex.v34i161.486>
- Bielli, A. (2012). La introducción de los antidepresivos en Uruguay (1950-2000). Transformación de los saberes psicológicos. Biblioteca Plural.
- Buunk, A. P., Massar, K., y Dijkstra, P. (2007). A social cognitive evolutionary approach to jealousy: The automatic evaluation of one 's romantic rivals. En J. Forgas, M. Haselton, & W. Von Hippel (Eds.), Evolution and the social mind: Evolutionary psychology and social cognition (pp. 213–228). New York: Psychology Press.
- Chavez Leon, E., Uribe Ontiveros, P., y Gomez. (2008). Los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS, ISR-5HT). R. Salud mental, 31(4), 307-319.
- Clínica Mayo. (2019). Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/depression/in-depth/ssris/art-2004482> 5.
- Daray, F., Pérez, L., y Rebok, F. (2012). Efectos adversos sexuales inducidos por antidepresivos: detección y manejo. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 17(3), 213-226. <https://www.alcmeon.com.ar/17/67/indice67.html>
- Espinosa, A. y Del Río, J. (2024). Análisis de la efectividad de las Terapias de Tercera Generación en las Disfunciones Sexuales: Una Revisión Sistemática. Revista de Psicoterapia, 35(128), 48-55.
- Farmanuario. (2009). Farmanuario 2009: Guía terapéutica del medicamento (19ª ed.). Edifarma. <https://www.farmanuario.com>
- Fausto-Sterling, A. (1992). Myths of Gender: Biological Theories About Women and Men. New York: Basic Books.
- Frinco, V. (2018). Sexualidad, género y educación sexual. UMCE. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7862367>

- Fullagar, S. (2009). Negotiating the neurochemical self: anti-depressant consumption in women's recovery from depression. *Health*, 13(4), 389–406.
<https://doi.org/10.1177/1363459308101809>
- Geffen, E. C. van, Hulten, R. van, Bouvy, M. L., Egberts, A. C., y Heerdink, E. R. (2008). Characteristics and Reasons Associated with Nonacceptance of Selective Serotonin-Reuptake Inhibitor Treatment. *Ann Pharmacother* 42(2):218-25. DOI: 10.1345/aph.1K516
- Gibson, K., Cartwright, C., y Read, J. (2018). Conflict in Men's Experiences With Antidepressants. *American Journal of Men's Health*, 12(1), 104-116.
<https://doi.org/10.1177/1557988316637645>
- Gough, B. (2013). The psychology of men's health: Maximizing masculine capital. *Health Psychology*. *Health Psychol.*32(1):1-4. DOI: 10.1037/a0030424
- Healy David. (2004). Let them eat prozac.
<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n95/v25n3a11.pdf>
- Henry Ey. (2013). *Tratado de psiquiatría*, octava edición Masson.
- Higgins, A., y Nash, M. (2010). Disfunción sexual asociada a antidepresivos: Impactos y tratamientos. <https://doi.org/10.2147/DHPS.S7634>
- Jenkins, J. (2011). *Pharmaceutical self: the global shaping of experience in an age of psychopharmacology*. Santa Fe, NM: School for Advanced Research Press.
- Junta Nacional de Drogas. (2024). 8ª Encuesta Nacional de consumo de drogas en población general. <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/>.
- Kronstein, Ph. (2015). Summary of Findings From the FDA Regulatory Science Forum on Measuring Sexual Dysfunction in Depression Trials. *J Clin Psychiatry*, 76(8), 1050-1059.
- Kruger, C. (2023). Lo que nunca nadie me dijo sobre los antidepresivos: disfunciones sexuales inducidas por antidepresivos ISRS en personas adultas jóvenes de Lima metropolitana.
<https://tesis.pucp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/f3c4659e-000c-4b01-b8e2-fe346d06eec5/content>
- Marrero, R. R., & del Rivero, E. D. P. F. (2019). Trastornos de ansiedad. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4911-4917.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.001>

- Martin, E. (2006). The Pharmaceutical Person. *Biosocieties*, 1, 273-287.
<https://doi.org/10.1017/S1745855206003012>
- Melcangi, C., Scoska, A., y Witt-Doering, J. (2023). Post-SSRI Sexual Dysfunction.
<https://www.pssdnetwork.org/>
- Misa, C. (2020). Antidepresivos y sexualidad: Experiencias de usuarios de ISRS ante los efectos adversos en la esfera sexual. (Tesis de grado, Facultad de Psicología, Universidad de la República).
- Mitchell, K. R., Wellings, K., Nazareth, I., King, M., Mercer, C. H., y Johnson, A. M. (2011). Scripting sexual function: a qualitative investigation. *Sociology of health & illness*, 33(4), 540-553. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01318.x>
- Moncrieff, J., Cooper, R. E., y Amendola, S. (2022). La teoría de la serotonina en la depresión: Una revisión de las pruebas. *Mol Psychiatry* 28(8):3243-3256. DOI: 10.1038/s41380-022-01661-0
- Montejo, A. L., Prieto, N., de Alarcón, R., Casado-Espada, N., de la Iglesia, J., & Montejo, L. (2019). Management Strategies for Antidepressant-Related Sexual Dysfunction: A Clinical Approach. *Journal of clinical medicine*, 8(10), 1640.
<https://doi.org/10.3390/jcm8101640>
- Morentin Aldabe, B. E. M., de Eguílaz, M. H. R., Díez, S. P., & Hernández, J. A. M. (2013). Influencia de la administración de psicofármacos en el aumento del peso corporal. *Revista española de nutrición humana y dietética*, 17(1), 17-26.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4321990>
- Nanda, S. (2000). *Cultural Anthropology*. Van Nostrand.Cengage Learning.
- OMS (2022). La sexualidad humana.
https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
- O'Mullan, C., Doherty, M., Coates, R., & Tilley, P. J. M. (2014). Women's experiences of coping with the sexual side effects of antidepressant medication. *Psychology and Health*, 29(12), 1388-1406. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.940951>
- Pérez, V., Speranza, N., Tomosiunas, G., & Ormaechea, G. (2016). Perfil de riesgo de los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). *Revista Uruguaya de medicina interna*, 3, 25-33.

- Otero, J., y Santos, L. (1996). Farmacocinética clínica de los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. *Farm Hosp* 20 (2): 73-85 <https://www.researchgate.net/publication/268346326>
- Rengifo, G. (2017). Aproximaciones al estudio de la disfunción sexual desde la investigación. (Tesis de grado, Universidad de Caracas).
- Rothmore, J. (2020). Antidepressant-induced sexual dysfunction. *The Medical Journal of Australia* 12(7) <https://doi.org/10.5694/mja2.50522>
- Sierra, J. C., Díaz, G., Álvarez-Muelas, A., Calvillo, C., Granados, R., y Arcos-Romero, A. I. (2019). Relación del deseo sexual con la excitación sexual objetiva y subjetiva. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 24(3), 173-180. <https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD66213.pdf>
- Soler Pere, A., y Martin Simon, O. (2008). Efectos secundarios de los ISRS sin importancia para la salud que pueden contribuir al mal cumplimiento o al abandono del tratamiento. *Revista científica Elsevier*, 14(4). <https://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-pdf-13125760>
- Stahl. (2013). *Psicofarmacología esencial de Stahl: Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas*. Aula Médica.
- Vance, C. (1997). La antropología redescubre la sexualidad: un comentario teórico. *Estudios demográficos y urbanos*, 12(1), 101-128. <http://dx.doi.org/10.24201/edu.v12i1.989>.
- Vercellino, M., y Philippi, R. (2020). Sexualidad, Depresión y Antidepresivos. ¿Cómo enfrentar este dilema? Revisión comprensiva del uso de psicofármacos en Trastorno Depresivo Mayor y Sexualidad. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 58(4), 400-412. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272020000400400>
- Vogel, D. L., Heimerdinger-Edwards, S. R., Hammer, J. H., y Hubbard, A. (2011). "Boys don't cry": Examination of the links between endorsement of masculine norms, self-stigma, and help-seeking attitudes for men from diverse backgrounds. *Journal of Counseling Psychology*, 58(1), 368-382. <https://doi.org/10.1037/a0030424>
- Rosa Zapata, y Maria Isabel Gutierrez. (2016). *Salud sexual y reproductiva*. Editorial Universidad de Almería. https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=zq2SCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=definici%C3%B3n.+sexualidad.+oms&ots=X7B1da8U0F&sig=pSx_JxdjDKzLE

hgDT_VkeKPIC3Y&redir_esc=y#v=onepage&q=definici%C3%B3n%20sexualidad%20OMS&f=true

Whyte, S.R., Van der Geest, S., & Hardon, A. (2002). *Social Lives of Medicines*. Cambridge, United Kingdom, Cambridge University Press.