



CÁPSULAS DE FORMACIÓN en depresión

Cursos rápidos online de resolución de dudas clínicas sobre la depresión

Disfunción sexual por antidepresivos ¿Qué se puede hacer?

Ángel Luis Montejo* - Susana Majadas**

*Profesor Titular de Psiquiatría. Director Científico Asociación Española Sexualidad y Salud Mental. Salamanca.

**Psiquiatra. AESEXSAME

1. Introducción

Los antidepresivos serotoninérgicos (ISRS, ISRSN y clomipramina) se asocian frecuentemente con la aparición de Disfunción Sexual (DS) en pacientes sexualmente activos superando el 70%. Otros no serotoninérgicos provocan escasos adversos sexuales (bupropion, agomelatina, mirtazapina). Lamentablemente la incidencia real de la disfunción está subestimada por los clínicos ya que las fichas técnicas de los medicamentos muestran cifras inferiores al 25% y las comunicaciones espontáneas de los pacientes no superan el 20-40%. En España se creó y validó un cuestionario específico para este fin (Cuestionario PRSexDQ, también conocido como -SALSEX, -Montejo AL 2000) que ha sido utilizado en amplias muestras de más de 4.000 pacientes. Los estudios con el SALSEX sobre voluntarios sanos demuestran una frecuencia del 80% de DS en varones con vida sexual activa con paroxetina frente a placebo (5%).

La DS influye notablemente en la adherencia y entre 20-36% consideran el abandono del tratamiento cuando se mide específicamente (cuestionario SALSEX).

Sin embargo recientes estudios concluyen que el uso de algunos antidepresivos (duloxetina) mejora la función sexual cuando remite la sintomatología depresiva por lo que la vida sexual queda ligada íntimamente a la situación clínica.

Las distintas posibilidades de manejo de la DS incluyen la espera de la remisión espontánea, (frecuentemente utilizada pero muy poco eficaz), reducción de dosis, cambio por otro fármaco con menor perfil de afectación de la función sexual o

empleo de "antídotos" como sildenafil, tadalafilo y similares.

Debido a la elevada frecuencia del problema, el deterioro de la calidad de vida y la posibilidad de abandono del tratamiento, es necesario que el médico investigue directamente este problema de forma rutinaria en todos los pacientes que reciben antidepresivos.

2. La Disfunción Sexual por antidepresivos

2.1 Frecuencia

Existen varios grupos en el mundo que han analizado este problema con detenimiento durante los últimos 20 años. El gran uso generalizado de los antidepresivos ha permitido obtener datos clínicos de numerosos grupos de pacientes. Recientemente un meta-análisis ha ratificado estas cifras que podríamos resumir en:

- Efectos a corto plazo (pocos días): retraso de orgasmo (70%) y anorgasmia (30%)
- Efectos a medio plazo (2-8 semanas): descenso del deseo sexual (80%) y disfunción eréctil/lubricación vaginal (30%)

Los problemas más frecuentes son el **retraso del orgasmo** y la **disminución del deseo sexual**. En el primer caso los varones con eyaculación precoz se benefician del retraso y no suelen quejarse inicialmente de DS. Sin embargo más adelante lo hacen cuando comienzan a notar un descenso del deseo. La aparición de anorgasmia/anejaculación suele ser mal tolerada fundamentalmente por los varones, comprometiendo el cumplimiento de la medicación.

El descenso del deseo es el problema más frecuente (80%) aunque puede pasar inadvertido si no se explora de forma rutinaria. En muchos casos la falta de deseo cumple criterios de aversión al sexo, esto es, evitación sistemática de los contactos sexuales y sentimientos de culpa secundarios. Resulta mejor tolerado por las mujeres mayores de 55 años y mucho peor admitido por las más jóvenes con vida sexual satisfactoria previa al tratamiento. Cuando aparece aversión al sexo (al menos 1/3 del total) las parejas suelen sufrir y si no es adecuadamente tratado puede contribuir al deterioro y posible final de aquéllas que no estaban sólidamente fundamentadas.

2.2. Causas

Es obvio que la propia depresión podría explicar la DS si bien los pacientes suelen notificar empeoramientos definidos desde el inicio (o poco después) del tratamiento antidepresivo. La medicación concomitante (algunos antipsicóticos, antihipertensivos, hipolipemiantes, betabloqueantes, entre muchos otros) o el abuso de alcohol y drogas empeora 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. Sin embargo cuando se estudian muestras seleccionadas con criterios de inclusión y exclusión donde no existen estos problemas citados, el antidepresivo aparece como el mayor factor responsable de la DS.

Las causas fundamentales incluyen cambios en neurotransmisores y hormonales.

Las **hormonas sexuales** (testosterona, estrógenos y progesterona) son básicas ya que la testosterona es pro-sexual (el deseo y la puesta en marcha), mientras los estrógenos juegan un papel modulador de permisividad en las mujeres. La progesterona influye en la receptividad sexual de la mujer y su elevación disminuye el deseo. Se ha descrito descenso de testosterona e incremento de prolactina en pacientes con antidepresivos aunque no de forma significativa (5-7%).

Los **neurotransmisores**. La dopamina facilita globalmente la función sexual. Por el contrario la serotonina es un gran inhibidor del deseo sexual, la eyaculación y el orgasmo, mediada por los receptores postsinápticos 5HT₂. La sensación de orgasmo y el proceso eyaculatorio están mediados por re-

ceptores que fluyen desde el aparato genital a través de la médula espinal y que retrasan la llegada de sus señales a núcleos hipotalámicos del SNC encargados del orgasmo. Los ISRS originan retraso de diferente intensidad en el orgasmo y la eyaculación.

La noradrenalina y su equilibrio con el sistema colinérgico es responsable de la capacidad de erección/lubricación vaginal. Por otra parte el Oxido Nítrico (ON) es un mediador muy importante en la excitación sexual. Los antidepresivos serotoninérgicos disminuyen liberación del ON. Sildenafil y tadalafilo resultan útiles en el tratamiento de los problemas de excitación secundarias a psicofármacos.

2.3. Manejo Clínico

El procedimiento más práctico para manejar el problema es seguir una secuencia sencilla:

- 1º PREVENCIÓN PRIMARIA: evitar la DS desde el inicio en población susceptible.
- 2º DETECCIÓN de la DS de forma rutinaria en todos los pacientes sexualmente activos
- 3º INTERVENCIÓN si la DS es un problema para el paciente o riesgo de abandono.

1º PREVENCIÓN PRIMARIA:

El primer paso sería pensar en que la DS 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 6-12 meses). En pacientes que consideren importante conservar la función sexual deberíamos comenzar con antidepresivos de baja incidencia de DS como primera opción: agomelatina o bupropion. Podrían ser considerados como primera elección en población sexualmente activa y muy sensibles a su deterioro por el riesgo de abandono. El uso de otros fármacos como trazodona, mianserina, maprotilina y 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 efectos anti-colinérgicos a medio y largo plazo.

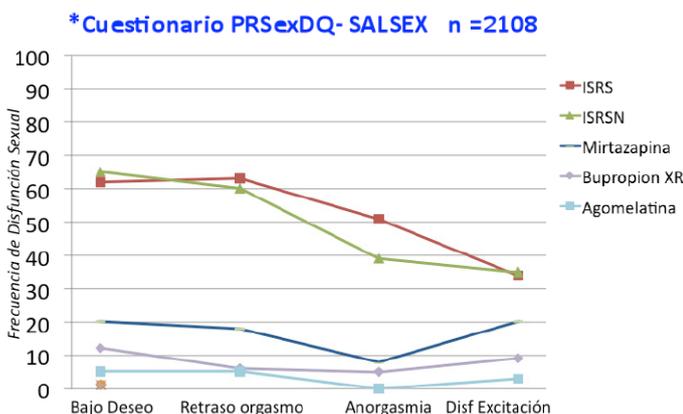
2º DETECCIÓN- EXPLORACIÓN:

Descubrir el problema mediante una pregunta rutinaria clara y sencilla del tipo ¿Cómo va su vida sexual desde que inició el tratamiento?, ¿Ha notado algún cambio que le preocupe?. Algunos pacientes (no muchos) pueden sorprenderse por la pregunta y no dicen nada hasta que se les pregunta específicamente por cada apartado en particular de forma sucesiva. Si la respuesta a la primera pregunta es “NO”, conviene asegurarnos mediante una segunda pregunta: ¿Ha notado problemas en su deseo sexual, en el orgasmo/eyaculación, o en su excitación desde que toma el tratamiento?. Muchos pacientes identifican el problema solo al preguntarle por cada uno de los posibles síntomas asociados.

Para cuantificar mejor la disfunción y medir su grado de aceptación por el paciente podemos utilizar el cuestionario validado PRSexDQ (Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire), también conocido como SALSEX (Montejo AL 2000) que incluye la exploración global de forma breve en 5 ítems y que puede aplicarse en no más de 2-3 minutos. La puntuación máxima de DS es de 15 puntos y se subdivide en grados de disfunción: leve (0-5 puntos); moderada (6-10) e intensa (11-15). Puede descargarse libremente de internet en la web de la Asociación Española de Sexualidad y Salud Mental (AESexSAME): www.sexualidadysaludmental.com

Una vez identificado el problema y siempre que el paciente (o su pareja) lo tolere mal o que suponga un deterioro de su calidad de vida deberemos intervenir dependiendo de cuál sea el problema específico de cada uno (Figura 1).

Figura 1: Frecuencia de la Disfunción Sexual con Antidepresivos



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

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

3º INTERVENCIÓN:

Si no se ha podido evitar la DS es necesario intervenir para que desaparezca o al menos se atenué. Por regla general los métodos más utilizados y contrastados en la práctica con sus pros y contras son los siguientes:

1. No hacer nada. Espera de la remisión espontánea de la disfunción sexual
2. Reducción de dosis o retirada del tratamiento:
3. Adición de un “antídoto” o tratamiento coadyuvante.
4. Interrupción por periodos cortos o vacaciones de fin de semana”.
5. Cambio de medicación antidepresiva.

1. - No hacer nada. Espera de la remisión espontánea de la disfunción sexual:

Es el método más utilizado por los médicos y sin embargo el menos efectivo. Algunos pacientes pueden experimentar mejoría parcial o total de su disfunción con el paso de algunas semanas o meses. Desafortunadamente la mayoría (80%) no presenta ninguna mejoría a los 6 meses.

2.- Reducción de dosis o retirada del tratamiento:

Existe una gran variabilidad individual dependiendo de la dosis. Algunos pacientes padecen DS con dosis bajas mientras otros pacientes no muestran alteraciones sexuales con dosis altas. Por regla general revisar la dosis suele ser bastante útil y cuando se disminuye la dosis a la mitad aparece mejoría en un 75% de los casos. Cuando se retira el tratamiento la mejoría suele ser completa en pocos días o semanas. Es preciso seleccionar cuidadosamente estos pacientes para evitar las recaídas.

En ocasiones al reducir la dosis de un serotérgico el paciente mejora de la DS pero empeora de su T. depresivo. En este caso la reducción de dosis junto con la asociación con otro no serotérgico (agomelatina, bupropion, mirtazapina) puede ser muy útil.

3.- Adición de un “antídoto” o tratamiento coadyuvante:

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 (Tabla 1).

Tabla 1: Tratamiento coadyuvante en la anorgasmia por antidepresivos

Fármaco	Mecanismo	Dosis (mg/día)
Ciproheptadina	Antagonismo 5HT	4-8
Buspirona	Agonista parcial 5HT _{1A}	14-45
Yohimbina	Antagonismo adrenérgico (alfa 2)	5-10
Amantadina	Agonista Dopaminérgico	100-400
Metilfenidato	Agonista Dopaminérgico	10-30
Bupropion	Efecto dopaminérgico y adrenérgico	150-300
Mirtazapina	Antagonismo 5HT ₂	15-45

Sin embargo estos métodos presentan resultados muy dispares, muchos no tienen una eficacia claramente contrastada y algunos pueden ocasionar otros efectos adversos incluso peor tolerados. Lamentablemente y hasta el momento estas alternativas muestran escasa evidencia médica. La adición de bupropion parece ser una excepción y muestra utilidad clínica con mayor evidencia científica.

La combinación de sustancias con efecto bloqueante 5HT₂ parece eficaz (mianserina y mirtazapina) y muchos clínicos lo utilizan en su práctica diaria con buenos resultados. El incremento de peso que se suele obtener tras la suma de estos tratamientos puede ser un efecto adverso mal tolerado por algunos pacientes, sobre todo mujeres.

Sildenafil y tadalafilo han demostrado su eficacia frente a placebo en la disfunción eréctil secundaria a psicofármacos (69%) y resultan muy bien tolerados. No parece útil sin embargo en el alivio del bajo deseo sexual ni en los problemas de retraso eyaculación/anorgasmia. El inconveniente es la necesidad de planificación previa de la actividad sexual si bien tadalafilo tiene una vida media que supera las 36 horas evitando este problema.

4.- Interrupción por periodos cortos o “vacaciones de fin de semana”:

Es muy útil en pacientes donde no se puede interrumpir el tratamiento y el síntoma primordial es la anorgasmia. El procedimiento consiste en suspender el antidepresivo 48-72 horas antes de la relación sexual reiniciándolo posteriormente. Resulta útil con todos los ISRS pero no con fluoxetina debido a su prolongada vida media. Existen inconvenientes tales como fomentar el incumplimiento terapéutico y la aparición de Síndrome de discontinuación tras la interrupción brusca de la medicación por lo que los pacientes deben estar sobre aviso.

Una posible variante podría ser la reducción de dosis a la mitad durante un par de días consecutivos 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 la reducción de la dosis los niveles en sangre son menores) pero no es útil en la falta de deseo.

5.- Cambio de fármaco por otro NO Serotonérgico:

Es el procedimiento más útil si se toman precauciones para evitar el S. de Discontinuación. Los pacientes con DS no mejoran al ser cambiados a otro ISRS diferente debido a que poseen un mecanismo de acción similar. El cambio a otros no serotonérgicos, (agomelatina, bupropion, etc.) es muy útil a corto y medio plazo aunque hay que vigilar la respuesta terapéutica cuidadosamente.

La alternativa al S. de discontinuación es la reducción lenta del serotonérgico (a veces varias semanas) o bien sustituirlo por Fluoxetina durante 7-14 días ya que por su larga vida media evita la aparición de síntomas al tiempo que se introduce lentamente el nuevo antidepresivo.

5.1.- Cambio a bupropion

Es el antidepresivo más utilizado por su amplia experiencia en USA. Los datos de cambio en estudios controlados con fluoxetina demuestran una gran eficacia. La frecuencia de DS es similar al placebo e incluso puede mejorar la función sexual previa a la toma del fármaco mediante el incremento del deseo sexual. Es útil al combinarlo con un ISRS para combatir la DS cuando no sea posible la sustitución.

5.2.- Cambio a agomelatina

Agomelatina estimula los receptores de melatonina MT1 y MT2 y antagoniza receptores 5HT₂, consiguiendo un efecto noradrenérgico y dopaminérgico. Su influencia sobre la función sexual ha sido estudiada profusamente durante el desarrollo del fármaco e incluso en voluntarios sanos concluyendo que no provoca DS al compararlo con ISRS, venlafaxina y placebo.

Se realizó un estudio doble ciego en voluntarios sanos con características muy concretas con objeto de eliminar los factores de confusión sobre los problemas sexuales (sujetos varones entre 18 y 30 años, no fumadores, no consumidores de drogas ni de alcohol, que mantuvieran relaciones sexuales satisfactorias al menos durante seis meses con la misma pareja y una frecuencia mínima de cuatro relaciones sexuales al mes). Los resultados muestran que más del 80% de las personas del grupo que recibió paroxetina a la primera semana presentaban ya problema sexuales del tipo retraso eyaculatorio y anorgasmia. Sin embargo, la cifra en los dos grupos que recibieron agomelatina era similar a placebo.

No existen publicaciones sobre la utilidad del cambio a agomelatina pero la experiencia demuestra que el procedimiento es útil en la práctica clínica.

5.3.- Cambio a mirtazapina

Antidepresivo de acción dual noradrenérgica y serotoninérgica bloqueando 5HT₂ y 5HT₃. Aunque la frecuencia real de DS encontrada (25%) resulta ligeramente mayor que las cifras que aparecen en su ficha médica, los trastornos orgásmicos y la disfunción eréctil son claramente menores que con ISRS y duales. Los estudios de cambio demuestran mejorías entre el 70-90% aunque pueden aparecer incremento de peso y somnolencia tras el cambio. Es necesario valorar adecuadamente los candidatos idóneos para realizar el cambio ya que muchas mujeres parecen especialmente sensibles ante el aumento de peso con baja tolerancia a este acontecimiento.

5.4.- Cambio a otros antidepresivos de perfil no serotoninérgico

El cambio a moclobemida, un inhibidor reversible de la MAO A mejora la función sexual de los pacientes (73.3%) entre 450 y 600 mg/día. No existen

apenas estudios sobre otros antidepresivos como trazodona (agonista de receptores 5HT_{1A}), o de fármacos de perfil noradrenérgico como reboxetina, maprotilina y mianserina. Reboxetina demostró menor incidencia de DS en estudios comparativos con ISRS y podría ser una elección adecuada para el cambio. Sin embargo no parece que estos fármacos puedan utilizarse en aquellas indicaciones donde los ISRS son de primera elección: T. obsesivo compulsivo o T. de pánico, aunque sí en el T. depresivo.

De entre todos los métodos citados no resulta fácil seleccionar uno en concreto para la generalidad de los pacientes. Más bien se trata de una elección individualizada teniendo en cuenta cada síntoma y la tolerabilidad de cada paciente.

Sugerimos procedimientos de intervención según el tipo de patología (Tabla 2):

Tabla 2: Procedimientos de intervención según el tipo de patología

Síntoma	Alternativa 1	Alternativa 2
Descenso del deseo	Cambio de fármaco	Reducción de dosis
Retraso de orgasmo	Reducción de dosis	Cambio de fármaco
Anorgasmia	Protocolo Fin de semana	Cambio de fármaco
Disfunción eréctil	Cambio de fármaco	Sildenafil, Tadalafilo
Baja lubricación vaginal	Cambio de fármaco	Reducción de dosis, Lubricantes

3. Conclusiones

- Existe acuerdo en que la incidencia de la disfunción sexual secundaria al uso de antidepresivos está actualmente subestimada por el clínico y que el psiquiatra (bien por falta de tiempo, de preparación o de interés) apenas interroga a sus pacientes acerca de la actividad sexual. Por fortuna la tendencia está cambiando entre los más jóvenes.
- Existe el riesgo de sobrevalorar la depresión como única causa de la DS. Sin embargo y a la vista de los datos es imprescindible realizar una historia psicosexual previa al inicio de un tratamiento antidepresivo, detectar cambios posteriores y seleccionar

una estrategia individualizada para el manejo de la disfunción sexual secundaria al tratamiento cuando aparezca y sea mal tolerada por el paciente o su pareja.

- Los tratamientos con antidepresivos, muchas veces necesarios a largo plazo o incluso indefinidamente, pueden comprometer el cumplimiento de la medicación empeorando la calidad de vida del paciente y su pareja y fomentando las recaídas y recurrencias.
- Lamentablemente no existe una formación homogénea ni estandarizada para los médicos sobre sexualidad humana por lo que su abordaje queda supeditado al interés de cada profesional dejando la exploración del paciente casi siempre incompleta.
- Finalmente y como prevención primaria, el inicio con fármacos que respeten la función sexual debería ser la primera elección en aquéllos sexualmente activos que necesiten tratamientos a largo plazo donde sea importante conservar la función sexual previa.

- Reducir dosis o cambio de fármaco a otro no serotoninérgico son las estrategias contrastadas más eficaces.

5. Alternativas para el manejo de la disfunción sexual

Tabla 3: Alternativas para el manejo de la Disfunción Sexual por antidepresivos

Procedimiento	Comentarios
1. ESPERAR REMISIÓN ESPONTÁNEA	Poco útil. Solo 20% éxito a los 6 meses.
2.-REDUCCIÓN DE DOSIS	Con mitad de dosis: 75% mejoría
3. RETIRADA DEL TRATAMIENTO	Mejoría 100% Riesgo de recidivas
4.- ASOCIACIÓN DE ANTÍDOTOS:	
4.1. Antagonistas Serotonina mirtazapina, mianserina.	Bloquean 5HT ₂ postsinápticos
4.2. Agonista parcial 5HT₁: buspirona	No mejor que placebo
4.3. Antagonistas alfa-2: yohimbina	En disfunción eréctil. Efectos 2 ^a : ansiedad, insomnio.
4.4. Agonistas colinérgicos: Neostigmina, betanecol	En disfunción eréctil.
4.5. Agonistas dopaminérgicos: Amantadina, ropinirol, dextroanfetamina	En disf, orgásmica. Pocos datos. Otros efectos secundarios
4.6. Favorecedores Oxido Nítrico: Sildenafil, tadalafino, vardenafilo	Útil en disf eréctil. No útil en anorgasmia ni descenso libido
5.- VACACIONES DE FIN DE SEMANA.	
5.1 Retirada de dosis 2 días / semana	Mejoría en 50%. No útil con fluoxetina. Riesgo S. Discontinuación
5.2 Reducción de dosis 2 días/semana	Mejoría del orgasmo y erección evitando S. discontinuación
6.- SUSTITUCIÓN POR OTROS FÁRMACOS:	
- Bupropion	Mejoría >70% Efectos 2 ^a : ansiedad, insomnio.
- Agomelatina	Mejoría importante Disf Sexual = placebo
- Mirtazapina	Mejoría 70-90% Somnolencia o aumento de peso
- Otros Antidepresivos: Mianserina Reboxetina Maprotilina Moclobemida	Pocos datos. Menor incidencia DS Otros efectos adversos. Perfil noradrenérgico principal Eficacia a largo plazo?

4. Implicaciones prácticas

- La disfunción sexual por antidepresivos serotoninérgicos (todos) es muy frecuente (>70%) pero subestimada por los médicos
- Provoca sufrimiento en los pacientes y sus parejas y puede conducir al abandono por mala tolerancia
- Los fármacos NO serotoninérgicos apenas provocan problemas sexuales y deben ser considerados como primera elección en pacientes y parejas sexualmente activas donde se considere relevante mantener la función sexual o exista riesgo de abandono.
- Los problemas más frecuentes son retraso de orgasmo / eyaculación y anorgasmia a corto plazo (días) o descenso importante del deseo a medio largo plazo (semanas o meses).
- Es fundamental la exploración rutinaria a los pacientes antes y después del tratamiento con antidepresivos
- La intervención es necesaria cuando se detecten problemas sexuales. La simple espera de la remisión espontánea NO es útil.

Bibliografía recomendada

Abler B, Seeringer A, Hartmann A, Grön G, Metzger C, Walter M, Stingl J. Neural correlates of antidepressant-related sexual dysfunction: a placebo-controlled fMRI study on healthy males under subchronic paroxetine and bupropion. *Neuropsychopharmacology*. 2011 Aug;36(9):1837-47

Arnott S; Nutt D. Successful treatment of fluvoxamine-induced anorgasmia by cyproheptadine. *British J of Psychiatry*, 1994 ,164:838-9

Clayton AH, Croft HA, Horrigan JP, Wightman DS, Krishen A, Richard NE, et al. Bupropion extended release compared with escitalopram: effects on sexual functioning and antidepressant efficacy in 2 randomized, double-blind, placebo-controlled studies. *J Clin Psychiatry*. 2006 May;67(5):736-46.

Clayton AH, Zajecka J, Ferguson JM, Filipiak-Reisner JK, Brown MT, Schwartz GE. Lack of sexual dysfunction with the selective noradrenaline reuptake inhibitor reboxetine during treatment for major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2003 May;18(3):151-6.

Dueñas H, Brnabic AJ, Lee A, Montejo AL, Prakash S, Casimiro- Querubin ML, Khaled M, Dossenbach M, Raskin J. Treatment-emergent sexual dysfunction with SSRIs and duloxetine: effectiveness and functional outcomes over a 6-month observational period. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2011 Nov;15(4):242-54.

Fava M, Ranking MA, Alpert JE et al. An open trial of oral sildenafil in antidepressant-induced sexual dysfunction. *Psychother Psychosom* 1998, 67 (6):328-31.

Fisher, M. What are the treatment options for SSRI-related sexual dysfunction? Evidence-based answer *The Journal of Family Practice*. August 2002, 51, 8 .

Gitlin, M.J. Treatment of sexual side effects with dopaminergic agents (letter). *J Clin Psychiatry* 1995(March);56,3: 124.

Hollander, E.; Mccarley, A. Yohimbine treatment of sexual side effects induced by serotonin reuptake blockers. *J. Clin. Psychiatry*, 1992, 53: 207-209.

Jacobsen, F.M. Managing sexual Dysfunction and SSRIs. *Psychiatric Times*, 1995 (February),12:38-39

Kennedy SH, Rizvi SJ. Agomelatine in the treatment of major depressive disorder: potential for clinical effectiveness. *CNS Drugs*. 2010 Jun;24(6):479-99.

Kennedy, S.H., McCann, S.M., Masellis, M., McIntyre, R.S., Raskin, J., McKay, G., Baker, G.B. (2002) Combining bupropion SR with venlafaxine, paroxetine, or fluoxetine: a preliminary report on pharmacokinetic, therapeutic, and sexual dysfunction effects. *J Clin Psychiatry*. 63(3), 181-186.

Kikuchi T, Suzuki T, Uchida H, Watanabe K, Kashima H. Subjective recognition of adverse events with antidepressant in people with depression: a prospective study. *J Affect Disord*. 2011 Dec;135(1-3):347- 53. Epub 2011 Aug 6.

Lee KU, Lee YM, Nam JM, Lee HK, Kweon YS, Lee CT, Jun TY. Antidepressant- Induced Sexual Dysfunction among Newer Antidepressants in a Naturalistic Setting. *Psychiatry Investig*. 2010 Mar;7(1):55-9. Epub 2010 Feb 8. PubMed PMID: 20396434

Montejo AL, Perahia DG, Spann ME, Wang F, Walker DJ, Yang CR, Detke MJ. Sexual function during long-term duloxetine treatment in patients with recurrent major depressive disorder. *J Sex Med*. 2011 Mar;8(3):773-82.

Montejo AL; Majadas S. Sexual disturbances associated with antidepressant treatment. *WPA Bulletin on Depresión* 2004, 9,28:8-10

Montejo, A.L.; Llorca, G; Izquierdo, J:A. y cols. Disfunción Sexual Secundaria a ISRS. Análisis comparativo en 308 pacientes. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr*. 1996; 24, 6:311-321

Montejo, A.L.; Llorca, G; Izquierdo, JA. y cols : "SSRI-induced sexual dysfunction. Fluoxetine, Paroxetine, Sertraline and Fluvoxamine in a prospective, multi-center and descriptive clinical study of 344 patients ". Journal of Sex & Marital Therapy. vol 23 (3), 176-184. Autumn 1997.

Montejo, Al.; Garcia,, M.; Espada, M., Rico-Villademoros, F; Llorca, G.,;Izquierdo, J.A. et al. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos. Actas Esp Psiquiatr 2000, 28,3:141-150.

Montejo, Al.; Llorca, G.;Izquierdo, J.A.; Rico-Villademoros, F. et al. Incidence of Sexual Dysfunction associated to different antidepressant agents. A prospective and multicentric study in 1022 patients. Journal of Clinical Psychiatry 2001 (Suppl 3, February) 62,10-21

Rothschild, A.J. Selective serotonin reuptake inhibitors-induced sexual dysfunction: efficacy of a drug (and sex) Holiday. American Psychiatric Association. Abstracts of 148th Annual Meeting. Miami, Florida. May-20-25, 1995. NR 454.

Sáiz J, Ibáñez A, Díaz Marsá M, et al. Evaluación de la función sexual en el tratamiento antidepresivo con mirtazapina. Presentado en el V Congreso Nacional de Psiquiatría, Zaragoza, 18-21 Octubre de 2000.

Segraves Rt. Reversal by Bethanechol of imipramine-induced ejaculatory dysfunction. Am J Psychiatry 1987, 144: 1243-1244.

Segraves RT. Treatment of drug-induced anorgasmia. British J of Psychiatry 1994 (oct), 165: 554.

Serretti A, Chiesa A. Sexual side effects of pharmacological treatment of psychiatric diseases. Clin Pharmacol Ther. 2011 Jan;89(1):142-7. Epub 2010 Jul 28. Review.

Shrivastava Rk, Shrivastava S, Overweg N. Amantadine in the treatment of sexual dysfunction associated with selective serotonin reuptake inhibitors (letter). J Clin Psychopharmacol 1995, 15(1):83-84

Thase ME, Haight BR, Richard N, Rockett CB, Mitton M, Modell JG, et al. Remission rates following antidepressant therapy with Bupropion or selective serotonin reuptake inhibitors: a meta-analysis of original data from 7 randomized controlled trials. J Clin Psychiatry. 2005 Aug;66(8):974-81

Curso desarrollado por:

MASS+
MARKETING AID SYSTEMS & SERVICES S.L.

ESCYM00361



Respuestas que importan.