

Sexualidad en los Trastornos de Ansiedad

Jesús J. de la Gándara

M. T. Álvarez Álvarez-Monteserín

Servicio de Psiquiatría

Hospital General Yagüe

Burgos, 2002

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.

La cuestión que nos ocupa es compleja y se puede abordar desde diferentes ópticas clínicamente relevantes.

En primer lugar sería necesario analizar las relaciones entre la sexualidad y la ansiedad normal asociada a su práctica, y entre las alteraciones de la conducta sexual y la ansiedad patológica “síntoma” o trastorno.

En segundo sería preciso estudiar las repercusiones de los diferentes trastornos de ansiedad (TA) sobre el comportamiento sexual, y su capacidad para inducir disfunciones sexuales (DS).

En estos contextos es necesario delimitar los siguientes aspectos:

- Con frecuencia el síntoma “ansiedad patológica” aparece de modo secundario a problemas sexuales, como disfunción eréctil, anorgasmia, etc.
- Por otra parte muchos casos de DS pueden ocultarse tras manifestaciones de ansiedad. De esa manera no son consultados, o son enmascarados por síntomas emocionales o ansiosos que resultan más fáciles de comunicar.
- También podría suceder, que tras aparentes DS se ocultasen trastornos específicos de ansiedad (pánico, ansiedad generalizada, fobias, etc.).

- Otra cuestión relevante es la existencia de problemas de ansiedad y sexuales relacionadas con problemas de relación o de pareja. En este contexto son relevantes los problemas sexuales secundarios a ansiedad anticipatoria relacionada con las expectativas de ejecución sexual.
- Igualmente estarían los problemas de ansiedad secundaria a parafilias, trastornos de identidad, homosexualidad y riesgo de VIH.
- Por último sería necesario tener en cuenta las relaciones entre determinados TA y el comportamiento sexual, en los siguientes términos:
 - Repercusiones de los TA sobre la sexualidad
 - Repercusiones de los tratamientos ansiolíticos
 - Repercusiones de los antidepresivos usados como ansiolíticos.

2. DELIMITACIÓN DEL ÁMBITO.

Los trastornos de ansiedad para los que se han descrito repercusiones sexuales clínicamente significativas son:

- Tr. de Ansiedad Generalizada
- Tr. de Pánico

- Tr. Postraumático
- Tr. Obsesivo Compulsivo
- Fobias
- Tr. desadaptativos por estrés
- Tr. Ansiedad orgánicos o tóxicos.

Los tratamientos ansiolíticos pueden afectar al rendimiento sexual, y en este sentido es preciso tener en cuenta los siguientes:

- Benzodiazepinas.
- Otros fármacos ansiolíticos (buspirona)
- Otros usados habitualmente:
 - ISRSs y otros AD
 - Neurolépticos sedantes
 - Nuevos anticomieles

3. EPIDEMIOLOGÍA y COMORBILIDAD CLÍNICA.

Dejando a un lado las cuestiones conceptuales, en este apartado trataremos de analizar la frecuencia de DS en diferentes trastornos específicos de ansiedad, dejando a un lado los TOC y las fobias que son analizadas en otros capítulos.

Lo primero a destacar es la penuria bibliográfica de datos, tanto en España como en el contexto internacional. Una posible explicación para ello es que se trata relacionar, de cruzar, dos grupos de trastornos de difícil análisis

y estudio, ya que ambos implican conceptos clínicos y epidemiológicos problemáticos. Sin embargo la cuestión es muy relevante ya que concurren:

- Una alta prevalencia de ambos grupos de trastornos en población general.
- Existen relaciones concausales mutuas y elevada comorbilidad.
- Es presumible que se den graves fenómenos de iceberg (los casos detectados en la clínica son sólo la parte más evidente y obvia del total)
- Hay una gran dispersión de intereses y habilidades profesionales, ya que en su detección y manejo clínico están implicados ginecólogos, urólogos, psiquiatras, psicólogos...
- Se dan relaciones particulares entre ansiedad y homosexualidad, homofobia, VIH, abuso de sustancias

En este sentido, en un trabajo sobre DS y trastornos psiquiátricos publicado por nosotros recientemente (1), hemos llamado la atención sobre la elevada frecuencia con la que la depresión y la ansiedad son causa de DS. El problema es importante, ya que los TA afectan a más del 30 % de la población, y cerca del 60 % de depresivos sufren ansiedad grave. Por otra parte los ansiolíticos pueden causar o agravar ansiedad, pero la pregunta clave es ¿cuántas disfunciones sexuales mejorarían con la aplicación de un ansiolítico a tiempo?.

La comorbilidad entre DS y TA ha sido analizada en varios trabajos derivados del estudio NEMESIS (Netherlan Mental Health Survey and Incidence Study). Concretamente Van Lankveld y Grotjohann en el 2000 (2),

investigan la frecuencia de comorbilidad psiquiátrica en casos de DS, mediante un protocolo muy exhaustivo con diversas escalas para evaluar el comportamiento sexual y la salud mental (CIDI, GRISS, DSM IV). Estudian concretamente a 382 personas que consultan por DS y los comparan con población general, de acuerdo con los datos del estudio NEMESIS (Bijl et al. 1998) (3). Los resultados más significativos fueron:

- En hombres con DS se observa un aumento de prevalencia actual (11.6 %, $p=.005$) y prevalencia vida (19.9 %, $p=.01$) de TA.
- En mujeres con DS se observa un aumento de prevalencia actual (20.4 %, $p=.002$) y prevalencia vida (37.3 %, $p=.0001$) de TA.

Otro estudio interesante sobre trastornos psiquiátricos en general homosexuales comparados con heterosexuales, es el realizado por Sandfort y colaboradores, publicado en 2001 (4). Para ello estudiaron a una muestra de población general de origen germánico, de 18 a 54 años, 2878 varones y 3120 mujeres. La frecuencia de homosexualidad fue del 2,8 % en los varones y del 1,8 % en las mujeres. Los resultados más destacados fueron:

- Mayor prevalencia global de trastornos psíquicos en homosexuales que en heterosexuales independientemente de la edad y el género.
- En los hombres se observa una mayor prevalencia anual y de por vida de trastornos del humor y TA en homosexuales que en heterosexuales.
- En las mujeres también se observa una mayor prevalencia anual y de por vida de Tr. humor, TA y trastornos por uso de sustancias.
- Cuando se comparan los casos con 2 o más diagnósticos psiquiátricos se observa mayor acumulación en homosexuales que en heterosexuales.

- En conclusión, la homosexualidad se asocia con mayor riesgo de padecer más TA en particular, y trastornos psiquiátricos en general.

En nuestro país, Sanz-Carrillo y colaboradores (1994) (5) analizaron las relaciones entre comportamiento sexual y Tr. de Pánico en una muestra de 45 casos comparados con 45 controles sanos. Sus resultados muestran que estos pacientes sufren más problemas psicosexuales de lo esperable para la población sana, y sobre todo bajos niveles de satisfacción sexual y frecuentes sentimientos de culpa en relación con su propia DS.

Un aspecto particular de las relaciones entre ansiedad y sexualidad es la presencia de DS y de pareja secundaria a la existencia de disfunción eréctil del varón, tanto de origen orgánico ó psicógeno. En este sentido, Speckens y colaboradores, 1995 (6) comparan el comportamiento sexual de parejas de 34 hombres con DE psicógena y 71 hombres con DE orgánica. Los resultados evidencian que las parejas de los casos de origen psicógeno tienen más problemas de relación, más vaginismo, más dispareunia, pero también más deseo sexual expresado. Ante estas observaciones se plantean el siguiente modelo etiológico teórico: “Los problemas de relación, asociados a una disfunción sexual, y a altas expectativas sexuales y deseo sexual, dan lugar a más DS psicógena y a problemas de pareja secundarios”. En ese modelo, la ansiedad juega un papel muy relevante, ya sea como causa de DS, o como consecuencia de la misma, ya que en ambos casos hace que se perpetúe un círculo vicioso patológico.

Otro aspecto particular sumamente relevante en la actualidad es la presencia de ansiedad patológica síntoma y TA en pacientes VIH positivos. En

este sentido, Sewell y colaboradores (2000) (7) comparan la incidencia de ansiedad y TA entre 173 varones homosexuales VIH positivos frente a 84 homosexuales VIH negativos. No detectaron diferencias estadísticamente significativas. No obstante, ambos grupos presentaron más ansiedad y estrés que lo esperable para la población general de referencia. En los VIH positivos se observaron que los niveles más elevados de ansiedad se asociaban a mayor presencia de síntomas somáticos, como fatiga y limitación física.

4. ANSIOLÍTICOS Y DS.

De nuevo se trata de un tema insuficientemente abordado por la investigación psiquiátrica. Los pocos datos disponibles a nivel internacional han sido exhaustivamente revisados y analizados por Sáiz y Zabala (2000) (8), por lo que tomaré esta publicación como fuente para los siguientes párrafos.

Pese a ser éste un tema relevante, dado que las benzodiacepinas son uno de los grupos de fármacos más vendidos en el mundo, la mayor parte de los estudios publicados son comunicaciones de casos anecdóticos, y no estudios controlados (9,10,11,12).

Se puede dar la paradoja de que los efectos sexuales indeseables de las BZD aumenten la ansiedad para la que se habían prescrito, y se motive de abandono de la medicación. Por debemos estar atentos a la detección de estos efectos indeseables, y de acuerdo con lo que afirman Possidente y colaboradores (12), modificar “la idea defendida por muchos clínicos de que las benzodiacepinas no producen efectos negativos en la función sexual...”.

Según diversos estudios revisados por Sáiz y Zánbala (8) las benzodiacepinas pueden producir disminución de la libido, dificultades en la erección, trastornos en la eyaculación y anorgasmia. Al revisar la literatura no encontraron referencias al mecanismo de acción responsable de estos efectos colaterales. Se sabe que estas sustancias tienen un efecto depresor del sistema nervioso central, sin efecto específico sobre los centros sexuales (13), y este efecto sedante podría favorecer una disminución de la libido. La acción a nivel central parece ser también la explicación más plausible para la posible aparición de disfunción eréctil. Las benzodiacepinas, además, son relajantes musculares lo que, a su vez, podría interferir con la eyaculación (10). No obstante, todo esto hay que tomarlo con precaución ya que la mayoría de los datos proceden de informes casuísticos, y no existen estudios controlados. Incluso se han notificado resultados contradictorios, como ocurre en el estudio de Lydiart y cols.(14) en el que se aplicó un cuestionario a pacientes ambulatorios tratados con alprazolam. El 47 % de ellos refirieron disminución de la libido, pero algunos presentaban mejoría del funcionamiento sexual. Esto podría explicarse por las DS psicógenas en las que la ansiedad es un componente importante, en esos casos el tratamiento ansiolítico resultaría beneficioso (15).

En este sentido, también se han publicado estudios sobre la utilización de benzodiacepinas en el tratamiento de DS. Por ejemplo, Maneksha y Harry (16) trabajaron con 40 pacientes de entre 19 y 38 años, que presentaban trastornos de la función sexual (fundamentalmente alteración de la libido y de la erección) asociados a ansiedad. Al cabo de 4 semanas de tratamiento, el Lorazepam fue hallado significativamente superior al placebo no solo en el

alivio de la ansiedad medida según al escala de Hamilton, sino también en la mejoría de la disfunción sexual. Incluso hay autores que propugnan la utilización de benzodiacepinas en determinadas DS, basándose en los efectos secundarios de estos fármacos. En el caso de Segraves (17), que utilizó el Lorazepam (hasta 1 mg, administrado media hora antes de la actividad sexual) para el tratamiento de un varón de 71 años que padecía eyaculación precoz. A este respecto, Possidente y cols. (12) señalan que esta estrategia terapéutica sólo estaría indicada si no hubiera respuesta a otros tipos de tratamientos, ya que puede originar otros efectos adversos, además del riesgo de producir dependencia.

En relación con los efectos sexuales indeseables de las benzodiacepinas parecen ser más frecuentes con las de alta potencia como el alprazolam o el clonazepam (12), y la incidencia también se ha relacionado con la dosis empleada y la duración del tratamiento (9). En cuanto a las dosis, un ejemplo lo constituirían los dos casos expuestos por Cohen y Rosenbaum (18), un varón tratado con 2 mg diarios de clonazepam que experimentó incapacidad para eyacular, la cual desapareció al bajar a 1'5 mg al día; y una mujer que presentó anorgasmia con 7 mg diarios, desapareciendo esta al bajar a 4 mg/día. Parece, por tanto, que se podría realizar ajustes de dosis de en caso de aparición de DS secundaria a benzodiazepinas, especialmente si se usan junto con otros fármacos.

En cuanto al tiempo de tratamiento, Fosey y Hammer (9) encontraron que en los pacientes tratados con clonazepam la aparición de DS se asociaba con mayor duración del tratamiento. Por el contrario, otros autores (19) han

señalado que la probabilidad de DS secundaria a benzodiazepinas se atenúa con el tiempo, aunque se continúe el tratamiento.

También hay diferencias entre distintas benzodiazepinas en cuanto a la incidencia y gravedad de los efectos adversos sexuales. Algunos autores afirman que no hay ninguna especificidad de ninguna de ellas en este sentido (18). Sin embargo, lo que si se ha comunicado es que algunos pacientes presentan DS con una benzodiazepina pero no con otra, por lo que ser beneficioso para el paciente hacer cambios de fármacos. En el estudio de Fosey y Hammer (9), los pacientes con DS por clonazepam pasaron a ser tratados con diazepam, sin que ninguno de ellos volviera a presentar efectos adversos sexuales. Sin embargo, esos resultados no son coincidentes con los de estudio previos, en los cuales el diazepam produjo efectos indeseables sexuales. Por ejemplo, Balón y cols. (20) notificaron dos pacientes varones que presentaron DS con diazepam, pero no con clonazepam. Parece, por tanto que se requieren estudios más concretos y sobre esta cuestión.

En algunos casos las DS podrían ser secundaria a la concurrencia de la propia psicopatología (fobias, obsesiones, depresión secundaria a la ansiedad...) más el efecto del tratamiento. En este sentido es ilustrativo el caso referido por Sangal y citado por Sáiz (21,8) de una paciente diagnosticada de trastorno límite de la personalidad, tratada con 7 mg diarios de alprazolam, que desarrolló anorgasmia y por eso abandonó el tratamiento, recuperando la capacidad sexual. Al agravarse la ansiedad y la depresión de base reinició el tratamiento, hasta 5 mg diarios, y nuevamente desarrolló anorgasmia que volvió a desaparecer al suspender la medicación.

Otro aspecto poco estudiado es la interacción entre benzodiacepinas y otros psicofármacos. Al respecto es ilustrativo el estudio de Ghadirian y cols. (22), con 104 pacientes bipolares. Los efectos adversos sexuales aparecieron en el 49 % de los pacientes tratados con litio y benzodiacepinas, si tomaban litio más antidepresivos o neurolépticos el porcentaje era del 17 %, mientras que únicamente los referían el 14 % de los que sólo tomaban litio. En esta misma línea, Fosey y Hammer (9) observaron que los pacientes que presentaban DS secundaria a clonazepam tenían el doble de riesgo de presentarla cuando este fármaco se asociaba a antidepresivos.

En nuestro país, en el contexto de varios trabajos encadenados sobre psicofármacos y sexualidad, dirigidos por Montejo (1999) (23), se pueden extraer datos de DS en pacientes ansiosos tratados con ISRSs y con BZD asociadas. Concretamente de un total de 658 casos, aproximadamente el 10 % sufrían un trastorno de pánico o de ansiedad generalizada. La incidencia global de DS en todos los pacientes fue del 62,9 %, explicable por los efectos de la propia patología y de los tratamientos antidepresivos, mientras que la repercusión de la asociación de BZD sobre esta incidencia fue mínima, y en ningún caso estadísticamente ni clínicamente significativa.

En definitiva, parece recomendable tener más en cuenta los tratamientos con benzodiazepinas como posible origen de DS. En caso de aparición de ésta es importante valorar la dosis, el tiempo y el tipo de fármaco administrados, y hacer los ajustes y recomendaciones oportunas. Puede ser útil recomendar que se tome el fármaco después de mantener la relación sexual y no antes, disminuir las dosis globales, fraccionarlas o sustituir una benzodiacepina por otra. Por último es importante tener en cuenta que el riesgo de DS puede

aumentar si se administran benzodiazepinas junto con otros fármacos, como antidepresivos, antipsicóticos o litio.

5. CONCLUSIONES.

Las relaciones entre ansiedad y sexualidad son constantes y complejas. Es más, podría decirse que sin ansiedad no hay verdadera sexualidad, sino simplemente sexo reproductivo. Ahora bien, si la ansiedad que precede a la sexualidad puede ser emocionalmente estimulante, también puede interferir con el rendimiento y la gratificación sexual. En ese caso las relaciones entre ansiedad y sexualidad pueden ser negativas y motivar la entrada en un círculo vicioso patológico, deteriorante de la sexualidad o causante de TA más graves.

Ciertas condiciones asociadas al comportamiento sexual, como los problemas de identidad sexual, ciertas parafilias, la homosexualidad, la homofobia o el riesgo de contagio VIH, se asocian con elevada frecuencia de TA y de otros trastornos emocionales que cursan con ansiedad. En estos casos la evaluación clínica debe prestar especial atención a la detección y manejo de la ansiedad patológica.

Por otro lado, los TA específicos pueden causar o agravar DS. La frecuencia e intensidad de las DS asociadas a los TA es poco conocida aunque los datos existentes sugieren una elevada comorbilidad entre ambos.

Por otra parte, los tratamientos ansiolíticos más utilizados, las benzodiazepinas, pueden causar o agravar DS, especialmente si se usan en

asociación a antidepresivos u otros psicofármacos. En este sentido, tenerlo en cuenta, y simplemente hacer ajustes de tomas, dosis, tiempos o tipos de fármacos puede solucionar el problema.

La implicación de diferentes profesionales (ginecólogos, urólogos, psiquiatras, psicólogos) en el manejo clínico de ambos grupos de trastornos, dificulta el proceso de detección y tratamiento, ya que los que están preparados para una de las facetas no lo están tanto para la otra. Por todo ello, parece adecuado recomendar que se preste más atención a la evaluación de la ansiedad patológica en el ámbito de las DS, y de la conducta sexual en el ámbito de los TA.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. De la Gándara, JJ. Detección y diagnóstico de la disfunción eréctil en psiquiatría. Actas Esp Psiquiatr 1999, 27 (supl. 1): 8-15.
2. Van Lankveld JJ, Grotjohann Y. Psychiatric comorbidity in heterosexual couples with sexual dysfunction assessed with the composite international diagnostic interview. Arch Sex Behav 29(5):479-98, 2000.
3. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998 Dec;33(12):587-95

4. Sandfort TG, de Graaf R, Bijl RV, Schabell P. Same sexual behavior and psychiatric disorders: findings from the Netherlands Mental Health And Incidence Study (NEMESIS). *Arch Gen Psychiatry*, 2001, 58(1):85-91.
5. Sanz-Carrillo C, Sánchez Blanqué A, García-Campayo JJ. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1994 May-Jun;22(3):131-6.
6. Speckens AE, Hengeveld MW, Lycklama a Nijeholt G, van Hemert AM, Hawton KE. Psychosexual functioning of partners of men with presumed non-organic erectile dysfunction: cause or consequence of the disorder? *Arch Sex Behav*. 1995 Apr;24(2):157-72.
7. Sewell MC, Goggin KJ, Rabkin JG et al. Anxiety syndromes and symptoms among men with AIDS: a longitudinal controlled study. *Psychosomatics*, 2000, 41(4):294-300.
8. Sáiz, J, Zábala S: Ansiolíticos benzodiazepínicos y función sexual. En J. Bobes y cols., "Psicofármacos y función sexual". Díaz de Santos, Madrid, 2000.
9. Fosey MD, Hammer MB. Clonazepam-related sexual dysfunction in male veterans with PTSD. *Anxiety* 1994; 1: 233-236.
10. Goldstein I, Krane RJ. Drug-induced sexual dysfunction. *World J Urol* 1983; 1: 239-243.

- 11.Soutre E, Achard F. (Impact of therapeutics on sex. Value of measurements of quality of life). *Therapie* 1993; 48(5): 461-464.
- 12.Possidente E, Figueira I, Marques C, Nardi AE, Fontellini L, Versiani M. Efeitos sexuais indesejáveis dos benzodiazepínicos. *J Bras Psiqu* 1997; 46(10): 557-561.
- 13.Rejasse S, Drogues et sexualite: N'aidez plus vos malades a devenir impuissants. *Revue de Med de Tours* 1985; 19(10): 1065-1068.
- 14.Lydiard RB, Howell EF, Laraia MT, Ballenger JC. Sexual side effects of alprazolam. *Am J Psychiatry* 1987; 144(2): 254-255.
- 15.Kaplan HS. Anxiety and sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry* 1988; 49 (suppl): 21-25.
- 16.Maneksha S, Harry TVA. Lorazepam in sexual disorders. *Br J Clinical Practice* 1975; 29(7): 175-176.
- 17.Segraves RT. Treatment of premature ejaculation with lorazepam. *Am J. Psychiatry* 1987; 144(9): 1240 (letter).
- 18.Cohen LS, Rosenbaum JF. Clonazepam: new uses and potential problems. *J Clin Psychiatry* 1987; 48(10 suppl): 50-55.

- 19.Uhde TW, Tancer ME, Shea ChA. Sexual dysfunction related to alprazolam treatment of social phobia. Am J Psychiatry 1988; 145(4): 531-532.
- 20.Balon R, Ramesh C, Pohl R. Sexual dysfunction associated with diazepam but not with clonazepam. Can J Psychiatry 1989; 34(9): 947-948.
- 21.Sangal R. Inhibited female orgasm as a side effect of alprazolam. Am J Psychiatry 1985; 142(10): 1223-1224.
- 22.Ghadirian AM, Annable L, Belanger MC. Lithium, benzodiazepines, and sexual function in bipolar patients. Am J Psychiatry 1992; 149(6): 801-805.
23. Montejo AL y cols.: Disfunción sexual asociada al uso de psicofármacos. Importancia actual y posibilidades terapéuticas. Actas Esp Psiquiatr 27 (supl. 1): 22-35, 1999.