

Sexo y dolor: la satisfacción sexual y la función sexual en una muestra de pacientes con dolor crónico benigno no pélvico

E. Gallach¹, A. de Juan², A. M. García-Blanco³, R. M. Izquierdo¹, R. Robledo¹, P. Fenollosa¹, J. Desé¹ y M. A. Canos-Verdecho¹

¹Unidad para el Estudio y Tratamiento del Dolor Crónico y ²Residente R2 del Servicio de Pediatría. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. ³Investigadora Fundación Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España

Gallach E, de Juan A, García-Blanco AM, Izquierdo RM, Robledo R, Fenollosa P, Desé J y Canos-Verdecho MA. Sexo y dolor: la satisfacción sexual y la función sexual en una muestra de pacientes con dolor crónico benigno no pélvico. Rev Soc Esp Dolor 2018;25(3):145-154.

ABSTRACT

Introduction: Most of research are conclusive when stating chronic pain and decreased life's quality relationship. However, sexual factor is not usually analysed in a specific path.

Desing and methods: The aim of this study is to undertake a bibliographic review divided by analgesic groups in order to determine in a certain way the painkiller influence over the sexual response, and in a second place, to describe the connection between pain and sexual response in not-oncological chronic pain patients.

Results: Results show that there is a high prevalence of sexual difficulties in patients of the Pain Units. These difficulties are related to psychological alterations, patients' type of pain and age.

Conclusions: These results suggest that a multidisciplinary intervention, centred on the exhaustive evaluation of this problem, health education and sexual counselling, could contribute to the improvement of the quality of life of our patients.

Key words: Sexual dysfunction, chronic pain, antidepressant drugs, fibromyalgia.

RESUMEN

Introducción: La mayoría de los estudios son concluyentes al trazar la relación entre dolor crónico y disminución significa-

tiva de la calidad de vida. No obstante, no suele analizarse el factor sexual de una forma específica.

Material y método: El objetivo de este estudio consiste en realizar una revisión bibliográfica pormenorizada por grupos analgésicos para determinar de modo concreto la influencia del fármaco sobre la respuesta sexual y, en segundo lugar, describir la asociación entre dolor y respuesta sexual en pacientes con dolor crónico no oncológico.

Resultados: Los resultados reflejan que hay una alta prevalencia de dificultades sexuales en pacientes de las Unidades de Dolor. Estas dificultades están relacionadas con alteraciones psicológicas, con la tipología del dolor, con la edad y con el sexo de los pacientes.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que desde las Unidades de Dolor se podría realizar una intervención multidisciplinar centrada en la valoración exhaustiva de esta problemática, educación sanitaria y asesoramiento en materia sexual, que contribuyese a la mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes.

Palabras clave: Disfunción sexual, dolor crónico, antidepresivos, fibromialgia.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los estudios son concluyentes al trazar la relación entre dolor crónico (DC) y disminución significativa de la calidad de vida. No obstante, no suele analizarse el factor sexual de una forma específica. La sexualidad forma parte integral del ser humano y conlleva una compleja interacción de factores intrapsíquicos, interpersonales y sociales que intervienen en su desarrollo y mantenimiento, una expresión psicofisiológica característica, un conjunto

de cambios físicos y mentales que constituye la llamada respuesta sexual y se asocia a calidad de vida.

En la respuesta sexual interviene el sistema endocrino, vascular, neurológico y musculoesquelético. Además, está influenciada por aspectos psíquicos, sociales, religiosos, familiares y factores individuales como la autoestima y la imagen corporal. Una enfermedad crónica puede afectar a la vida sexual tanto en el aspecto orgánico como en el psicológico (1).

Desde los primeros estudios sistematizados de la conducta sexual (de los cuales fueron pioneros Kinsey, y posteriormente Masters y Johnson) hasta la investigación contemporánea, se han obtenido resultados que ayudan a esclarecer los elementos de riesgo que contribuyen al establecimiento de una disfunción sexual (DS). Dichos estudios muestran que el 52 % de las mujeres y el 38,8 % de los hombres estudiados presenta una o más DS (2). Numerosas encuestas de población indican que la DS es muy prevalente en la población general y aumenta con la edad, aunque el estrés personal y la ansiedad reactiva disminuye. Estas encuestas muestran que en EE. UU. un 40 % de las mujeres y un 30 % de los hombres presentan DS. El estudio global más recientemente realizado, que incluyó más de 29 países y 27.500 individuos, el *Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors*, mostró cifras de DS prácticamente idénticas a las investigaciones previas. Encontraron que las más frecuentes en este estudio eran la eyaculación precoz (14 %) y la disfunción eréctil (10 %) en varones, y la falta de interés sexual (21 %), la incapacidad para alcanzar el orgasmo (16 %) y las dificultades de la lubricación (16 %) en las mujeres. De acuerdo con una revisión reciente de la epidemiología de la DS, este problema de prevalencia creciente con la edad a nivel mundial aumenta tanto en hombres como en mujeres.

Por otro lado, actualmente se cree que son los agentes farmacológicos la causa de más del 25 % de las DS y que dichos efectos se producen en todas las fases de la respuesta sexual, especialmente aquellos con propiedades inhibitorias de la receptación de la serotonina y la noradrenalina, de uso frecuente en las Unidades de Dolor (3).

La DS podemos definirla como un conjunto multifactorial de condiciones asociadas con múltiples factores anatómicos, fisiológicos, biológicos, médicos y psicológicos que pueden tener un gran impacto en la autoestima, la calidad de vida, el estado de ánimo y las relaciones. Esta complejidad se ve aumentada por la presencia de enfermedades crónicas. Los efectos sexuales negativos se informan ampliamente en los estudios de mujeres con enfermedades crónicas (como el síndrome metabólico, la diabetes mellitus, la enfermedad renal crónica, el cáncer, la lesión de la médula espinal, el lupus, las enfermedades reumáticas, la enfermedad de Parkinson, la fibromialgia y el DC). Los problemas físicos, los problemas emocionales y las dificultades de asociación que surgen del estrés relacionado con la

enfermedad contribuyen a una vida sexual menos activa y menos satisfactoria. El DC, la fatiga, la baja autoestima y el uso de ciertos fármacos pueden también reducir la función y la satisfacción sexual. Sin embargo, este efecto de las enfermedades crónicas sobre la respuesta sexual continúa siendo un gran desconocido, existiendo pocas investigaciones sobre la influencia del DC sobre las DS, a excepción de aquellas dolencias específicamente asociadas a suelo pélvico (4).

La actualidad clínica demuestra que cada vez más son los pacientes que acuden a las Unidades Especializadas de Dolor y presentan malestar clínicamente significativo asociado a las relaciones sexuales, que requiere intervención desde la Psicología Clínica.

El objetivo de este estudio consiste en determinar las relaciones entre el dolor y la respuesta sexual en pacientes con diagnóstico de DC no oncológico. Se excluye diagnóstico de *dolor de suelo pélvico* y otras algias directamente relacionadas con patologías sexuales, como vulvodinia, proctalgia, vaginismo y dispareunia.

La relación entre algunos fármacos analgésicos y la respuesta sexual está bien documentada. Ciertas sustancias como (5) las tiazidas, los antagonistas del calcio, los inhibidores de la enzima precursora de angiotensina, los anticolinérgicos, los antidepresivos, los antiandrógenos, el ketoconazol y la espironolactona pueden causar DS (6).

En el caso de pacientes con tratamientos de gabapentina, pregabalina y anticonvulsivantes, la aparición de DS es un secundarismo frecuente. La gabapentina y el topiramato se han asociado con disfunción orgásmica en hombres y mujeres, y con disminución de la libido en mujeres. Los anticonvulsivantes de segunda generación cuentan entre sus ventajas con una menor incidencia de efectos secundarios, incluidos los de la esfera sexual. El aumento de la concentración de serotonina podría ser el origen de la DS relacionada con el tratamiento con gabapentinas en dosis superiores a 1.800 mg/día. La disminución progresiva mejora la sintomatología sexual. Es decir, parecen producir un efecto dosis-dependiente (7).

Respecto a los antidepresivos (AD), disponemos de suficiente evidencia que sugiere que causan DS tanto en hombres como en mujeres, particularmente aquellos con fuertes propiedades serotoninérgicas. Sin embargo, es difícil estimar una prevalencia exacta, ya que hasta un 70 % de los pacientes con depresión puede tener también una DS que puede afectar a cualquier fase de la actividad sexual. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina, como la venlafaxina, desvenlafaxina y la mirtazapina, inhiben el deseo, causan disfunción eréctil y disminución de la lubricación vaginal. Asimismo, limitan el orgasmo en 5-71 % de los pacientes. Respecto a los tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs), se asocian con la DS, específicamente sobre el

deseo sexual y el orgasmo. Los efectos de los fármacos específicos varían en función de su mecanismo de acción. Por ejemplo, clorimipramina se asocia con dificultades orgásmicas en hasta el 90 % de los pacientes, mientras que la nortriptilina causa más disfunción eréctil, pero tiene menos efecto sobre el orgasmo.

Los únicos datos sobre la utilización de antidepresivos y la función sexual en pacientes con fibromialgia proceden de los estudios de Prins y cols. y Orellana y cols. (8,9). Mientras Orellana y cols. (8) no encontraron que el tratamiento con AD se asocia a la DS, Prins y cols. (9) relataron un mayor impacto en la fase de excitación en las mujeres que recibía tratamiento con AD.

También se ha constatado que la terapia a largo plazo con opioides tiene un fuerte impacto en el eje hipotálamo-pituitario-gonadal que se puede manifestar clínicamente por DS. Este evento es rara vez reportado por los pacientes y, por lo tanto, suele pasar desapercibido y subtratado (10).

También se ha demostrado que el tratamiento con estos fármacos afecta los niveles plasmáticos de testosterona. Por lo tanto, su administración crónica puede generar deterioro de la testosterona y de los medios disponibles para restaurar y mantener los niveles fisiológicos de dicha hormona. Los cambios endocrinos que ocurren durante el tratamiento pueden participar en las disfunciones corporales (11). Los efectos relatados en la función sexual del varón son las alteraciones del interés sexual, el retraso en la eyaculación y el fracaso en la erección, y en la mujer la alteración en el interés sexual.

Un caso especial es el tramadol, analgésico de acción central que combina activación de los receptores opioides e inhibición de la recaptación de serotonina y noradrenalina, que combina los secundarismos de ambos procesos fisiológicos, retrasa la eyaculación en varones (12) y afecta al deseo y a la excitación (13).

En el caso de las benzodiazepinas, los resultados resultan más débiles; se han relacionado con retardo orgásmico y con disfunción eréctil en varones y con inhibición del deseo y retardo orgásmico en mujeres (13).

La respuesta sexual humana fue conceptualizada por primera vez por Master y Johnson en 1966 tras observar el comportamiento sexual de más de 300 hombres y otras tantas mujeres en un total de 10.000 secuencias sexuales, que representó un gran avance en el campo de la medicina y la sexología. Describieron las siguientes etapas:

- a) **Excitación:** surge a partir de estímulos físicos o psicológicos y se manifiesta fisiológicamente por lubricación y erección. Es un fenómeno de congestión vascular.
- b) **Meseta:** en esta fase se intensifican y mantienen altos niveles de excitación. Tiene una duración variable y se manifiesta por incremento tasa cardiaca y de tensión arterial y muscular, sudoración, tumefacción de genitales externos e internos y su consecución

depende de diferentes interacciones psicológicas, neurales, endocrinas y vasculares.

- c) **Orgasmo:** resultado final de la relación sexual. Punto máximo de tensión máximo e irrefrenable, acumulada desde el inicio. Sensación máxima de placer.
- d) **Resolución:** etapa final de la conducta sexual caracterizada por la recuperación de valores basales, la flacidez de órganos externos y disminuye la congestión vascular. Se acompaña de una relajación intensa y de gran cansancio físico, con una duración variable entre varios minutos y una hora. Durante esta etapa es frecuente que los varones no puedan mantener una nueva relación sexual.

Posteriormente, Kaplan, en 1978, incluyó una nueva etapa, fase de **Deseo**, previa a las anteriores, caracterizada por pensamientos, conductas y ganas de mantener relaciones sexuales. Se produce una activación cerebral con liberación de hormonas y neurotransmisores responsables de la respuesta sexual.

En las investigaciones referenciadas, se agrupa la fase de Excitación-Meseta y no se constata la influencia sobre la Fase de Resolución.

A continuación mostramos, a modo de esquema en las Figuras 1 y 2, la repercusión de los diferentes fármacos sobre cada una de estas etapas, segregado por sexo.

En el caso de los varones, la evidencia científica muestra que los opioides afectan a la totalidad de las etapas, disminuyendo tanto el deseo como la excitación, la meseta y el orgasmo, frente a los AD que son responsables de la disminución en capacidad de excitación y de la inhibición o retardo orgásmico. Los anticonvulsivantes influyen especialmente en esta última etapa.

En el caso de las mujeres, la evidencia es similar respecto a la influencia de los opioides, sin embargo, parecen más vulnerables con AD, con interferencia también sobre la

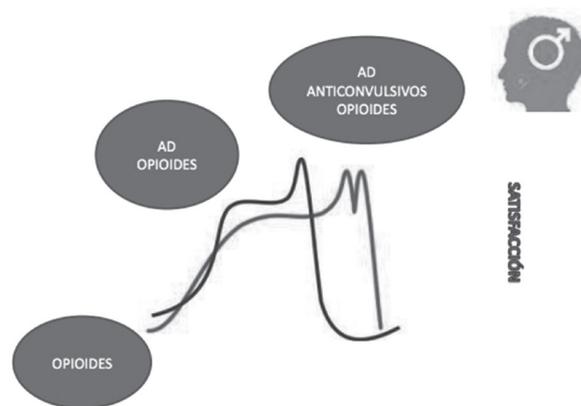


Fig. 1. Influencia de los fármacos sobre la respuesta sexual en varones.

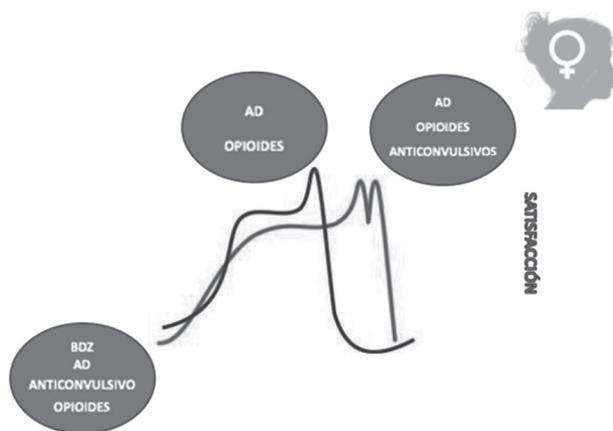


Fig. 2. Influencia de los fármacos sobre la respuesta sexual en mujeres.

fase de deseo, excitación, orgasmo, generando como consecuencia una disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales y de la satisfacción sexual con menor deseo, disminución de lubricación y excitabilidad y orgasmos de baja intensidad o anorgasmia.

Los anticonvulsivos parecen influir en la primera y última etapa, disminuyendo el deseo, pero con un buen funcionamiento vasomotor, aunque con una respuesta final atenuada o retardada.

No se muestran resultados respecto a la fase de resolución con ninguno de los fármacos estudiados.

Los factores farmacológicos o fisiológicos asociados al diagnóstico o al tratamiento del DC son muy relevantes, sin embargo también existe una influencia determinante sobre la función sexual asociada a otros factores biológicos, como la edad, y a factores sociales y afectivos. Por ejemplo, la falta de intimidad y confianza, las dificultades de comunicación con la pareja, los cambios de rol y la regulación de energía asociados con el dolor, incapacidad para aproximarse sexualmente al compañero, la hospitalización prolongada y la no aceptación cultural de la sexualidad durante la enfermedad, o durante el proceso de envejecimiento.

Además, mientras que la función sexual se ve afectada por las sensaciones físicas, la movilidad y los cambios fisiológicos en la región genital, la apreciación de la intimidad es mucho menos dependiente de las capacidades físicas. Por lo tanto, la insatisfacción sexual en las enfermedades crónicas es muy variable y está fuertemente modulada por factores personales, sociales y de relación (13,14). Ryan y cols. muestran que el 73 % de los encuestados presentaba dolor y otras molestias durante la actividad sexual, como problemas durante la excitación, posición, exacerbación del dolor, baja confianza, problemas de desempeño

y problemas de relación. Todas, excepto las dificultades de posición, se asociaron con una actividad sexual menos frecuente, encontrando pocas diferencias entre hombres y mujeres.

También las vértebras fracturadas, la artritis y la inflamación pueden causar estrechamiento de los espacios en la columna vertebral y donde esto conduce a los nervios pellizcados pueden surgir innumerables síntomas, incluidos los relacionados con disfunciones sexuales. Por otro lado, los problemas sexuales desencadenados por estenosis espinal y dolor de espalda también afectan a la pareja de los pacientes (15). La frecuencia y la intensidad de la actividad sexual puede disminuir, alcanzar la conducta orgásmica puede ser más problemática de lo habitual (por ejemplo, una pareja puede ser reacia a iniciar el cortejo sexual o responder a las señales habituales y el compañero libre de dolor puede estar preocupado por lastimar a su pareja). Alcántara y cols. (15) señalan que el 80 % de las personas afectadas por lumbalgia afirman que su vida sexual se ha visto afectada. Las principales quejas son dos: temor al incremento en la intensidad del dolor durante o tras la actividad sexual y el descenso de su deseo sexual.

En artritis reumatoide, así como en otras enfermedades inflamatorias, los problemas sexuales afectan, según diversos estudios, entre un 31 y un 76 % de los pacientes. La discapacidad sexual en estos casos cursa con dificultad para ciertas posiciones durante el coito, especialmente cuando hay afectación de cadera, dispareunia debido a sequedad vaginal en síndrome de Sjögren secundario, artralgia y cansancio durante el coito. Los determinantes más significativos de discapacidad sexual en mujeres se han asociado a discapacidad física. Por otro lado, también se ha reportado una disminución del deseo en un 50 %, disminución de la frecuencia del coito en un 73 % y disminución de la satisfacción sexual comparado con niveles de antes de la enfermedad. Todo determinado principalmente por el dolor, la edad y la depresión reactiva a la discapacidad funcional (5).

Existen escasos estudios controlados publicados sobre la afectación sexual en las diversas enfermedades reumáticas y es un tema poco tratado en las consultas tanto de enfermería como de reumatología. En general, la afectación sexual puede ser ocasionada por: 1) discapacidad sexual como la dificultad para realizar el coito, y 2) disminución del apetito sexual con disminución tanto del deseo como de la satisfacción.

En una revisión sistemática, Tristiano (16) constata que, en pacientes con artritis reumatoide y espondilitis anquilosante, el dolor y la depresión podrían ser los principales factores que contribuyen a la DS. Por otro lado, en las mujeres con síndrome de Sjögren, el lupus eritematoso sistémico y la esclerosis sistémica, la DS está aparentemente más asociada a malestar vaginal o al dolor durante las relaciones sexuales.

La fibromialgia es una enfermedad paradigmática en la que se estudia con detalle la repercusión sobre las relaciones sexuales. Ryan y cols. (14) indican que el dolor, la rigidez, la fatiga y otros síntomas asociados tienen un efecto negativo sobre el disfrute sexual y sobre el impulso sexual y el impacto de la terapia con fármacos son las principales razones. Los síntomas asociados con la fibromialgia tuvieron un efecto negativo en el disfrute sexual. Hill (17) determinó que es la depresión asociada a la fibromialgia la principal responsable de la aparición de DS; los efectos negativos que tiene la fibromialgia sobre la función sexual en las mujeres se agravan con la sintomatología depresiva. En la investigación realizada por Burri (4), las mujeres con DC generalizado reportaron más dificultades con lubricación, más dolor sexual y mayores niveles de angustia sexual. Los potenciales predictores de problemas sexuales fueron heterogéneos, y la relación de insatisfacción se asoció con niveles más bajos de función sexual en todos los dominios. Prins (8) examinó el funcionamiento sexual en las fases específicas del ciclo de respuesta sexual en la fibromialgia. Los resultados indicaron que las mujeres con fibromialgia no difirieron de las mujeres sanas de un grupo de referencia de edad con respecto al funcionamiento en las fases de excitación y orgasmo, pero informaron más problemas con el deseo sexual y la satisfacción, más dolor en su cuerpo y la insensibilidad (pero no el dolor) en sus genitales antes,

durante o después de tener relaciones sexuales. La angustia mental, pero no el dolor, fue un predictor significativo de prácticamente todos los aspectos de la DS. Bazzichi (18), en 2013, investigó a 140 mujeres (100 con fibromialgia y 40 sanas) la influencia de la comorbilidad psiquiátrica sobre la satisfacción sexual. Los resultados sugieren que la comorbilidad psiquiátrica tiene más influencia sobre la satisfacción sexual de los pacientes con fibromialgia que la presencia de la misma enfermedad reumática. Este hallazgo sugiere que los aspectos emocionales pueden jugar un papel crucial en la respuesta sexual y en particular aquellas mujeres con fibromialgia y comorbilidad psiquiátrica. Otros estudios (5,19) reflejan que la mitad de las pacientes con fibromialgia tienen alteración de la DS, sobre todo disminución del deseo sexual, disminución del orgasmo y dolor con el coito. Los factores implicados son la depresión, vejiga irritable, vaginismo, abuso sexual y dolor miofascial.

En resumen, existe una alta prevalencia de DS en pacientes con DC que asisten al tratamiento en las Unidades de Dolor. Estas dificultades no están simplemente relacionadas con el estado de ánimo o la discapacidad. La gama de problemas y disfunciones expresadas por los pacientes sugieren que se requiere una intervención multidisciplinaria.

En la Tabla I se recoge una síntesis de la información previa.

TABLA I
INFLUENCIA DE LAS ENFERMEDADES QUE CURSAN CON DOLOR Y FUNCIÓN SEXUAL

<i>Dolor crónico</i> (Basson, 2007) (Nicholas, 2001)	Alta prevalencia de problemas sexuales 50 % más que entre la población general Con comorbilidad con ansiedad/depresión, mayor DS
<i>Estenosis de canal</i>	Influye sobre la frecuencia e intensidad de la actividad sexual Genera un retraso en el orgasmo Causa mecánica: influye también en la pareja por temor a dañar
<i>Lumbalgia</i>	El 80 % de los pacientes informan de alteraciones en la función sexual
<i>Reumáticas</i>	Producen mayores niveles de insatisfacción Informan de disminución del deseo (50 %) y de disminución de la frecuencia (73 %) La DS está influenciada por: dolor, cansancio, rigidez, discapacidad funcional, depresión, ansiedad, imagen negativa del propio cuerpo, alteraciones hormonales y farmacoterapia Dos causas identificadas: – Discapacidad funcional para realizar el coito – Disminución de la satisfacción por menor apetito sexual
<i>Fibromialgia</i> (Yilmaz, 2012) (Prins, 2006) (Juvani, 2010) (Orellana, 2013)	Es la enfermedad más estudiada y más prevalente con respecto a DS El 50 % de los pacientes refiere disminución del deseo, retardo orgásmico y dolor durante el coito La sintomatología se asocia a: dolor, rigidez y disminución del deseo Todo ello se asocia a: insatisfacción sexual y disminución de la frecuencia en las relaciones Se constata: menor lubricación, mayor dolor de suelo pélvico, mayor ansiedad sexual No hay diferencias respecto a la población general entre niveles de excitación y orgasmo Si aparecen diferencias en satisfacción y deseo

MATERIAL Y MÉTODOS

Los casos fueron reclutados en la Unidad de Dolor y los controles por aviso en la comunidad y estratificados por sexo y edad respecto al grupo de casos.

Se realizó un muestreo aleatorio para seleccionar al grupo experimental de aquellos pacientes que acudieron durante el mes de marzo de 2017 a la Unidad Terapéutica para el Estudio y Tratamiento del Dolor del Hospital Universitario y Politécnico la Fe de Valencia, siguiendo los siguientes criterios:

- Pacientes diagnosticados de DC. Los diagnósticos de los informantes se agruparon en la siguiente distribución para facilitar el análisis estadístico:
 - Neuropático puro (comprende diagnósticos de dolor de plexo braquial, neuralgia del trigémino y síndrome doloroso regional complejo).
 - Nociceptivo (comprende diagnósticos de algias multinivel, metatarsalgia, poliartralgia y bursitis trocántera).
 - Mixto (comprende diagnósticos de lumbociatalgia, espondilitiasis, capsulitis, gonalgia).
 - Miofascial (comprende diagnósticos de dolor miofascial y fibromialgia).
- Sexualmente activos.
- Mayores de 18 años.
- Y que no cumplieren ninguno de los criterios de exclusión, que son los citados a continuación:
 - DC asociado a suelo pélvico.
 - Enfermedad física grave en fase aguda.
 - Enfermedad mental grave.
 - No deseo participación.
 - No firma del consentimiento informado.

Los instrumentos utilizados, validados para la población española y de reconocidas propiedades psicométrica, se trata de cuestionarios autoadministrados, con una duración de implementación máxima de no más de 15 minutos.

- **Cuestionario ad hoc** diseñado para recoger variables descriptivas: nivel de estudios, situación laboral, tipo de convivencia, antecedentes médicos y psicológicos y naturaleza de los mismos, tipo de dolor y fármacos en el momento de completar el cuestionario.
- **EVA:** escala analógica del dolor.
- **CSFQ (20) Mujeres/CSFQ Varones:** valora la función sexual global y las diferentes fases, deseo, excitación y orgasmo. En el baremo correspondiente a la población española, la puntuación media 67,3 y la DT = 12,8. El rango de puntuaciones es el siguiente:
 - 29-59: bajo.
 - 60-69: medio.
 - 70-79: alto.
 - 80-89: muy alto.
- **NSSS (21) nueva escala de satisfacción sexual:** ofrece una puntuación global y 5 puntuaciones fac-

toriales (sensación, conciencia, intercambio, apego y actividad sexual). No existe una puntuación criterio, a mayor puntuación, mayor nivel de satisfacción sexual.

El análisis de datos se realizó con el paquete SPSS versión 22. Las diferencias entre los grupos (caso-control) en variables demográficas y clínicas fueron analizadas con la prueba Chi-cuadrado para variables categóricas y con un ANOVA univariante para variables continuas. Posteriormente, analizando el grupo de casos, se llevó a cabo un ANCOVA incluyendo como variable independiente intersujeto el sexo (hombre-mujer) y como covariables el tratamiento farmacológico (antidepresivos, benzodiazepinas, opiáceos y antiepilépticos) y la función y la satisfacción sexual como variables dependientes. Se realizó otro ANCOVA para analizar la influencia del tipo de dolor (neuropático, nociocectivo, mixto y miofascial) sobre la función y la respuesta sexual, empleando las mismas covariables. También se realizó un ANCOVA con las mismas covariables y variables dependientes para analizar la influencia de los antecedentes psicológicos. Finalmente se realizó una correlación entre la intensidad del dolor de los pacientes y la satisfacción y respuesta sexual.

RESULTADOS

En la Tabla II se muestran las diferencias entre grupos y controles en las variables sociodemográficas y clínicas. Han participado en la investigación un total de 85 personas ($n = 36$ varones y $n = 49$ mujeres). Un 30 % de ellos tiene estudios universitarios y el 33 % tiene estudios primarios o menos. El 45 % se encuentra en activo en el momento de la investigación. El 83 % convive con su propia familia.

Respecto a los **antecedentes médicos**, el 23 % de la muestra presenta antecedentes médicos de naturaleza crónica ($n = 19$) como diabetes, problemas oncológicos o respiratorios, etc. Y presentan antecedentes relacionados con la salud mental 28,2 % ($n = 24$) de naturaleza ansioso-depresiva y equivalentes adaptativos.

El **índice de satisfacción** medio de toda la muestra resulta ligeramente inferior a la de la población española, ($X = 58,35$, $SD = 19,84$), que se sitúa en 67,3 y la $DT = 12,8$ aunque sí que estaría más próximo al del grupo control.

Respecto a la **función sexual** no existen valores de referencia para la población española. Los valores de nuestra muestra se sitúan ($\min = 15$ y $\max = 77$) en una $x = 46,21$.

En el análisis ANOVA existen diferencias significativas entre **varones y mujeres** en la función sexual, en deseo ($F = 11,18$ y $a = 0,0001$) y una tendencia hacia la significación tanto en excitación ($F = 8,38$ y $a = 0,005$) como en orgasmo ($F = 6,05$ y $a = 0,016$), y en menor medida respecto al índice de satisfacción ($F = 1,62$, $a = 0,20$).

TABLA II
RESUMEN DE LOS RESULTADOS

	<i>Grupo control</i>	<i>Grupo experimental</i>	<i>Total</i>	
<i>Sexo</i>	38,8 % (n = 33) H: 13 M: 20	61,2 % (n = 52) H: 23 M: 29	N = 85 42,4 % (H: 36) 57,6 % (M: 49)	
<i>Edad</i>	X = 50,07 (SD = 11,31)	X = 51,45 (SD = 11,11)	X = 50,27 (SD = 11,21) Mín. = 23 Máx. = 73	T-T mayores 50 años satisfacción t = -5,21 p = 0,000* Función sexual t = 4,63 p = 0,000 *
<i>Diagnóstico:</i> <i>Neuropático puro</i> <i>Nocioceptivo</i> <i>N. mixto</i> <i>Miofascial</i>		5,76 % (n = 3) 23,07 % (n = 12) 51,92 % (n = 27) 19,23 % (n = 10)		Satisfacción sexual Función sexual
<i>Antecedentes médicos</i>			N = 85 77,6 % (n = 66)	
<i>Antecedentes psicológicos</i>			N = 85 71,8 % (n = 61)	Función sexual f = 10, p = 0,002**
<i>Dolor (EVA)</i>		X = 7,53(SD = 1,65) Min. = 4 Max. = 9,8		Sexo e intensidad de dolor f = -0,21 y p = 0,125
<i>Índice de satisfacción</i>	X = 69,42 (SD = 16,49)	X = 51,31 (SD = 18,65)	X = 58,35 (SD = 19,84)	Sexo/satisfacción f = 0,44 p = 0,5 Dolor/satisfacción t = -4,55 p = 0,000*
<i>Función sexual</i>	X = 51,70 (SD = 9,65)	X = 42,73 (SD = 13,75)	X = 46,21 (SD = 13,02)	Sexo/función sexual f = 6,4 p = 0,013*** Dolor/función sexual t = -2,45 p = 0,0002
<i>Deseo</i>	X = 15,64 (SD = 3,81)	X = 13,08 (SD = 5,16)	X = 14,07 (SD = 4,82)	Sexo/función sexual f = 7,69 p = 0,007** Dolor/función sexual t = -2,45 p = 0,016***
<i>Excitación</i>	X = 16,03 SD = 3,58	X = 12,90 SD = 4,09	X = 14,02 SD = 4,17	Sexo/función sexual f = 1,2 p = 0,27 Dolor/función sexual t = -3,59 p = 0,0001*
<i>Orgasmo</i>	X = 16,36 SD = 2,58	X = 13,75 SD = 3,69	X = 14,76 SD = 3,53	Sexo/función sexual f = 9,66 p = 0,003** Dolor/función sexual t = -3,54 p = 0,001*

*significativa al p = 0,001; ** significativa al p = 0,01; ***significativa al p = 0,05.

No obstante, sí parece existir una tendencia a la significación que podría conseguirse incrementando la muestra. En términos generales, en todas las funciones las puntuaciones son más elevadas en varones. En resumen: los varones obtienen puntuaciones más elevadas aunque la diferencia no es significativa entre hombre y mujeres más que en deseo, a favor de los varones.

Si realizamos el estudio utilizando como punto de corte la media de **edad** ($X = 50$), concluimos que: $n = 47$, mayores de 50; $n = 38$, menores de 50). La satisfacción sexual ($x = 49,53$ y $SD = 18,17$) en mayores de 50 años es menor que en menores de 50 años ($X = 69,24$ y $SD = 16,22$), y esto mismo sucede con la función sexual y sus etapas ($X = 40,94$ y $SD = 12,25$; frente a $X = 52,74$ y $SD = 10,91$). Es decir, en general, las personas de menor edad presentan índices de satisfacción sexual y función sexual más elevados, siendo esta diferencia significativa en todas las variables (T-Test para dos muestras independientes).

Satisfacción sexual, respuesta sexual y DC. El análisis ANOVA muestra la diferencia entre ambos grupos como significativa con $\alpha = 0,001$, en todas las variables tanto en satisfacción como en función sexual, y en esta última variable, tanto en la función general, como en las diversas etapas (Tabla III).

Respecto al **tratamiento farmacológico**, realizado un análisis ANOVA, no aparecen diferencias significativas ni con respecto al índice de satisfacción ni a la función sexual entre personas con tratamiento antidepressivo. Para determinar la relación entre satisfacción y función sexual y fármacos, realizamos un diseño unifactorial con cada uno de los grupos farmacológicos, no apareciendo diferencias significativas en ninguna de las asociaciones estudiadas, únicamente cierta tendencia a la significación entre función sexual y antidepressivos, no siendo relevante ninguna de los otros grupos de fármacos, anticonvulsivos, benzodiacepinas y opioides (Tabla IV).

La **respuesta sexual y satisfacción sexual en función de la tipología del dolor** se ha analizado a través del aná-

lisis multivariante, controlando los fármacos. Obtenemos una relación significativa en satisfacción ($f = 5,15$, $\alpha = 0,001$), en función sexual $f = 5,05$, $\alpha = 0,001$, en excitación ($f = 3,97$, $\alpha = 0,006$) y cierta tendencia a la significación en deseo ($f = 2,46$ y $\alpha = 0,052$) y en orgasmo ($f = 3,16$ y $\alpha = 0,018$). Todo ello a favor del dolor neuropático puro, sobre el miofascial, el mixto y el nociocectivo.

La satisfacción y la función sexual están más preservadas entre los pacientes con dolor neuropático puro, por delante de los pacientes con dolor miofascial, mixto y nociocectivo. En función sexual, si la analizamos por etapas, detectamos que el deseo y la excitación sexual sigue este mismo patrón, pero en el caso del orgasmo se altera ligeramente a favor de nociocectivo por delante del mixto.

Respecto a **antecedentes psicológicos**, controlando los fármacos, no demuestran incidencia respecto a satisfacción ($f = 3,58$ y $p = 0,64$) pero sí parece existir una tendencia a la significación en la función sexual en el grupo experimental ($f = 10$, $\alpha = 0,002$), concretamente en deseo ($f = 16,11$ y $p = 0,000$). Sin embargo, si incluimos los antecedentes médicos, controlando los fármacos, no tienen incidencia respecto a satisfacción ($f = 0,81$, $p = 0,37$) ni en la función sexual ($f = 0,23$, $p = 0,62$).

La **intensidad del dolor**, medido con la EVA, obtenemos que existe una correlación entre función sexual e índice de satisfacción ($f = 0,79$, $\alpha = 0,000$), no obstante no existe una asociación entre intensidad de dolor y función sexual ($f = -0,215$ y $p = 0,125$), ni tampoco entre EVA y satisfacción sexual ($f = -0,21$ y $p = 0,134$).

En nuestra investigación hemos analizado las variables independientes a través de la estadística descriptiva y los resultados son coherentes con los presentados por Basson y cols. (1); al tratar de describir el funcionamiento sexual y su relación con medidas psicológicas en pacientes con DC no encontró relación entre la intensidad del dolor, la duración y antecedentes médicos, aunque sí que se encontró una relación entre el estado de discapacidad, la edad, varias variables psicológicas y diversos dominios del funcionamiento sexual. Concluyeron que los problemas sexuales son comunes en pacientes con DC, especialmente aquellos que reportaron síntomas de depresión y angustia. Del mismo modo, el peor funcionamiento sexual no parece estar relacionado con gravedad del dolor, sino con la edad superior a los 50 años, con el sexo y con antecedentes de depresión y ansiedad. Estos resultados son coherentes con la literatura. Sin embargo, cuando introducimos las variables relacionadas con el funcionamiento y la satisfacción sexual, estos son realmente sorprendentes en nuestro ámbito de estudio.

La influencia de los fármacos no ha mostrado una especial relevancia, salvo cierta tendencia a la significación estadística en los fármacos antidepressivos (AD) sobre la satisfacción sexual ($f = 2,31$ y $p = 0,13$) y la respuesta sexual humana ($f = 5,12$, y $p = 0,028$). En cualquier caso,

TABLA III
TEST GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN
SATISFACCIÓN Y FUNCIÓN SEXUAL

T-TEST para muestras independientes	t	df	Sig. (2 tailed)
Índice de satisfacción	-4,559	85	0,000
Función sexual	-3,267	85	0,002
Deseo sexual	-2,452	85	0,016
Excitación	-3,598	85	0,001
Orgasmo	-3,544 -3,831	85	0,001

TABLA IV
UNIFACTORIAL MANCOVA FÁRMACOS
ANTIDEPRESIVOS

	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
<i>Índice de satisfacción</i>	2,311	0,135
<i>Función sexual</i>	5,123	0,028

la literatura sobre el impacto de la utilización de **antidepressivos** en la función sexual es muy amplia y señala que la mayor parte de antidepressivos, pero en especial los ISRS y los IRSN (estos comúnmente utilizados en la fibromialgia), se asocian a una frecuencia elevada de DS. La DS relacionada con psicotrópicos es bastante común con los compuestos serotoninérgicos y los antipsicóticos hiperprolactinémicos (50-70 %). El deterioro de la libido, el orgasmo y el funcionamiento de la excitación son quejas frecuentes que causan deterioro de la calidad de vida. En contraste, en los AD noradrenérgicos, melatoninérgicos o dopaminérgicos no ha podido evidenciarse DS tal como señalan otros autores (3), donde los pacientes que recibían antidepressivos presentaban una función sexual peor en todas las dimensiones a excepción del deseo y frecuencia, siendo las diferencias con los controles sanos más marcadas en la erección y el orgasmo, lo que apoyaría nuestra hipótesis. En mujeres con fibromialgia que recibían antidepressivos también presentaban una función sexual peor en las dimensiones de placer y deseo-interés (14,18). También otros AD usualmente utilizados como coadyuvantes en dolor neuropático de constatada evidencia (4) por sus secundarismos en la respuesta sexual como la amitriptilina o la carbamazepina, no hemos conseguido demostrarlo.

Respecto al resto de fármacos, no hemos conseguido obtener dicha relación y parece que (12) la satisfacción en la relación sexual puede estar significativamente determinada por la edad en la satisfacción con la relación sexual y la satisfacción general. Concluyeron que la dosis de morfina se correlaciona significativamente con la intensidad de la DS. Aquí podría estar la clave de la falta de significación, el no haber considerado ni el tiempo de administración ni tampoco la dosis.

Respecto a la tipología del dolor, los resultados son coherentes con la bibliografía actualizada, encontrando que la satisfacción sexual y la función sexual están más preservadas entre los pacientes con dolor neuropático puro, por delante de los pacientes con dolor miofascial, mixto y nociocéptico. Tristiano (16) constata que en pacientes con artritis reumatoide y espondilitis anquilosante, el dolor y la depresión podrían ser los principales factores que contribuyen a la DS. Parece, pues, que cuando el DC es de naturaleza neuropática, presenta una función sexual más preservada que cuando es de naturaleza miofascial o nociocéptica.

CONCLUSIONES

El DC repercute de modo decisivo en la calidad de vida de las personas que lo padecen y de su entorno. Especialmente vulnerable es la función sexual en todas sus etapas (deseo, excitación, orgasmo y satisfacción), como lo constatan en las consultas habituales al menos el 50 % de ellos y, sin embargo, es uno de los parámetros menos investigados. Este trabajo pretende aportar las claves para determinar los factores que puedan intervenir, como la edad, la tipología del dolor, los antecedentes psicológicos comunes como ansiedad y depresión, pero no con la gravedad del dolor o con los fármacos a bajas dosis o de reciente administración. Sin embargo, es conveniente tener en cuenta que los fármacos habitualmente utilizados en el tratamiento del dolor pueden contribuir a disminuir la funcionalidad sexual de los pacientes, a la falta de adherencia al mismo, a la ausencia de efectividad, al abandono del mismo y a un incremento constatado del gasto sanitario. El hecho de no haber obtenido resultados concluyentes no quiere decir que no pudiesen aparecer a medio plazo en una investigación de carácter prospectiva o longitudinal.

Los profesionales sanitarios debemos considerar la integración en el diagnóstico y tratamiento de DC, las necesidades y disfunciones sexuales de los pacientes. La educación y el asesoramiento pueden contribuir a una mejor calidad de vida a pesar de su enfermedad crónica (5).

Sugestiva es la aportación de la American College of Rheumatology al recomendar una vida sexual activa como método natural de liberación de endorfinas, considerada una estrategia natural para el control del DC (22).

La principal **limitación** de este proyecto reside en la ausencia de consideración de algunas variables que podrían estar mediando en los resultados obtenidos, como tiempo de administración del fármaco, la relación afectiva con la pareja y el tiempo de relación, el tiempo de sufrimiento del DC, la naturaleza del mismo, etc.

Sería interesante proseguir y replicar estos resultados con un diseño longitudinal y tratando de evitar los sesgos del investigador y del grupo control en un tema tan vinculado con la esfera íntima de las relaciones personales.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Basson R, Schultz, W. Sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet* 2007;369(9559):409-24.
2. Sanchez C, Corres NP, Blum B, Carreño J. Perfil de la relación de factores psicológicos del deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. *Salud Ment* 2009;32(1):43-51.

3. Nadal Llover M, Cols Jimenez M. Disfunción sexual causada por medicamentos. *FMC* 2017;24(5):265-78. DOI: 10.1016/j.fmc.2016.11.007.
4. Burri A, Lachance G, Williams F. Prevalence and risk factors of sexual problems and sexual distress in a sample of women suffering from chronic widespread pain. *J Sex Med* 2014;11(11):2772-84. DOI: 10.1111/jsm.12651.
5. Jovaní V, Martín R, Fernández-Carballido C, Ibero I. Sexualidad en enfermedades reumáticas. *Rev Sociedad Val Reuma* 2010;3(4):51-3.
6. Conaglen H, Conaglen JV. Drug-induced sexual dysfunction in men and women. *Austr Prescr* 2013;36:42-5. DOI: 10.18773/austprescr.2013.021.
7. Monga T. Sexuality and sexual adjustment of patients with chronic pain. *Disabil Rehabil* 1998;20(9):317-29.
8. Prins M, Woertman L, Kool MB, Geenen R. Sexual functioning of women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol* 2006;24(5):555-61.
9. Orellana C, Gratacós J, Galisteo C, Larrosa M. Sexual dysfunction in patients with fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep* 2009;11(6):437-42.
10. Chiara M, Bellini M, Berra M, Meriggiola MC, Aloisi AM. Opioid induced hypogonadism: why and how to treat it. *Pain Physician* 2012;15:ES111-ES118.
11. Ajo R, Segura A, Margarit C, Ballester P, Martínez E, Ferrández G, et al. Disfunción eréctil en pacientes con dolor crónico tratados con opioides. *Med Clin* 2017;149(2):49-54. DOI: 10.1016/j.medcli.2016.12.038.
12. Wespes E, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Hatzimouratidis K, et al. Guía clínica sobre la DS masculina: disfunción eréctil y eyaculación precoz. *European Association of Urology*; 2010.
13. Nicholas M, Williams A, Hill P, Gunary R, Cratchley G. Sexual Difficulties of Chronic Pain Patients. *Clin Psychol Clin J Pain* 2001;7(2):138-45.
14. Ryan S, Hill J, Thwaites C, Dawes P. Assessing the effect of fibromyalgia on patients' sexual activity. *Nurs Stand* 2008;17-23;23(2):35-41.
15. Alcántara Montero A, González Curado A. ¿Hay sexo después del dolor lumbar crónico? *Rev Soc Esp Dolor* 2016;23(1):46-7.
16. Tristano A. The impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatol Int*. 2009;29(8):853-60. DOI: 10.1007/s00296-009-0850-6.
17. Hill J, Thwaites C, Dawes P. Assessing the effect of fibromyalgia on patients' sexual activity. *Nurs Stand* 2008;23(2):35-41.
18. Bazzichi L, Rossi A, Giacomelli C, Scarpellini P, Conversano C, Sernissi F, et al. The influence of psychiatric comorbidity on sexual satisfaction in fibromyalgia patients. *Clin Exp Rheumatol* 2013;31(6 Suppl 79):81-5.
19. Yilmaz H, Yilmaz SD, Polat HA, Salli A, Erkin G, Ugurlu H. The effects of fibromyalgia syndrome on female sexuality: a controlled study. *J Sex Med* 2012;9(3):779-85. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2011.02619.x.
20. Bobes MP, González F, Rico-Villandemoros MT, Bascaran P, Sarasa A, Clayton J. Validation of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). *J Sex Marital Therapy* 2000;26(2):119-31. DOI: 10.1080/009262300278524
21. García-Portilla MP, Saiz PA, Fonseca E, Al-Halabi S, Bobes-Bascaran MT, Arrojo M, et al. Psychometric properties of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form in patients with severe mental disorders. *The journal of sexual medicine* 2011;8(5):1371-82. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2010.02043.x.
22. American College of Rheumatology. Sex and arthritis. (<http://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Living-Well-with-Rheumatic-Disease/Sex-Arthritis>. Accessed Dec. 20, 2016.)