

PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DEL PERÚ  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Lo que nunca nadie me dijo sobre los antidepresivos: disfunción sexual inducida por  
antidepresivos ISRS en personas adultas jóvenes de Lima Metropolitana

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología que presenta:

***Chiara Daniela Krüger Sabino***

Asesora:

***Noelia Rodríguez Espartal***

Lima, 2023

## INFORME DE SIMILITUD

Yo, Noelia Rodríguez Espartal,  
docente de la Facultad de Psicología de la Pontificia  
Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado  
Lo que nunca nadie me dijo sobre los antidepresivos: disfunción sexual inducida por antidepresivos  
ISRS en personas adultas jóvenes de Lima Metropolitana,  
de la autora Chiara Daniela Krüger Sabino  
dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 4%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 2/12/2023.
- He revisado con detalle dicho reporte y confirmo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio alguno.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 2 de diciembre de 2023

Apellidos y nombres de la asesora:	
<u>Rodríguez Espartal, Noelia</u>	
DNI: (CE) 001296115	Firma 
ORCID: 0000-0001-8540-241X	

## **Agradecimientos**

Quiero agradecer a los y las participantes que formaron parte de este trabajo de investigación, por su valentía y por otorgarme su tiempo, confianza y apertura para conversar sobre un tema que puede resultar ser sensible para muchos y del que se habla muy poco. De igual manera, agradezco a mi asesora, quien confió en mi propuesta y me mencionó repetidas veces que esta sería una gran investigación, lo cual me motivó y me ayudó mucho durante todo el proceso. Finalmente, agradezco a mi hermano, ya que gracias a él supe que este problema existía y que muchas personas lo experimentaban en silencio y con vergüenza. Esto generó que quiera profundizar en las experiencias de más personas, para que sepan que no están solas y que no son las únicas que han atravesado o atraviesan esto; así como para que, a partir de esto, se pueda visibilizar la problemática y generar cambios.



## Resumen

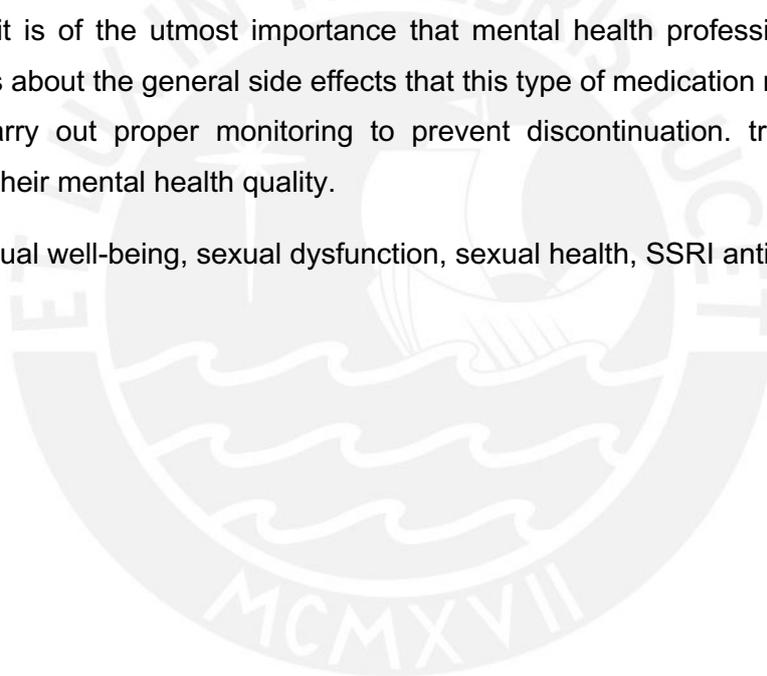
El presente trabajo tuvo como objetivo principal conocer la experiencia sexual de jóvenes, hombres y mujeres, de Lima Metropolitana que se encuentren o hayan estado en un tratamiento con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Para ello se trabajó bajo un método cualitativo, específicamente realizando un análisis temático de tipo exploratorio descriptivo, el cual se encuentra bajo el enfoque fenomenológico de tipo deductivo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a tres hombres y tres mujeres para indagar sobre su experiencia sexual y se halló que la disfunción sexual inducida por antidepresivos ISRS afecta tanto a hombres como a mujeres en diversos ámbitos de la vida, pudiendo afectar el bienestar emocional y las relaciones interpersonales. También se obtuvo que, a pesar de las consecuencias negativas de este problema, los y las participantes fueron capaces de desarrollar diferentes estrategias de afrontamiento frente a esto y priorizaron los beneficios de la medicación para su salud mental. Por último, se concluye que es de suma importancia que los y las profesionales de la salud mental informen y eduquen sus pacientes sobre los efectos secundarios en general que pueden tener este tipo de medicamentos, así como que realicen un debido acompañamiento para prevenir la discontinuación del tratamiento y el deterioro de la calidad de salud mental de los mismos.

**Palabras clave:** bienestar sexual, disfunción sexual, salud sexual, antidepresivos ISRS

## **Abstract**

The main goal of this study was to research the sexual experience of young adults, men, and women from Lima Metropolitana who are undergoing or have been on a treatment with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) antidepressants. The research was carried out using a qualitative method, specifically a thematic analysis of a descriptive exploratory type, which is under the phenomenological approach of a deductive type. Semi-structured interviews were conducted with three men and three women to inquire about their sexual experience, and it was found that sexual dysfunction induced by SSRI antidepressants affects both men and women in various areas of their lives and may affect their emotional well-being and interpersonal relationships. It was also noticeable that, despite the negative consequences of this problem, the participants were able to develop different coping strategies against it and prioritized the benefits of medication for their mental health. Finally, it is concluded that it is of the utmost importance that mental health professionals inform and educate patients about the general side effects that this type of medication may have, as well as that they carry out proper monitoring to prevent discontinuation. treatment and the deterioration of their mental health quality.

**Key words:** sexual well-being, sexual dysfunction, sexual health, SSRI antidepressants



## Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	11
Participantes	11
Técnicas de recolección de información	12
Procedimiento	12
Análisis de información	13
Resultados y discusión	15
Conclusiones	29
Plan de devolución	31
Referencias	32
Apéndices	39
Apéndice A. Consentimiento informado	39
Apéndice B. Protocolo de Contención Emocional Virtual y Anexos de derivación	41
Apéndice C. Ficha sociodemográfica	47
Apéndice D. Guía de entrevista	48

## Introducción

La etapa de la adultez ha sido dividida en tres fases: la primera llamada adultez temprana o emergente, la segunda adultez media y la última adultez tardía. La adultez temprana da lugar a una fase de indagación, en la que la persona experimenta nuevas cosas (sexo, sustancias, ingreso a la vida universitaria, entre otras), y se encuentra entre los 18 y los 29 años (Jovanovic y Williams, 2019; Papalia et al., 2012). Asimismo, se pueden observar una gran variedad de cambios tanto a nivel físico como psicológico en el individuo; un ejemplo de estos cambios y experimentaciones se dan en el ámbito sexual. En esta etapa, el desarrollo de la sexualidad es muy importante e influye en la formación de la personalidad (Jovanovic y Williams, 2019). Es decir, la sexualidad se encuentra presente con un papel más protagónico en esta parte de la vida.

Hay estudios que sostienen que la sexualidad se da como producto de la interacción constante entre las diversas estructuras individuales y sociales, tomando en cuenta las diferentes opiniones, valoraciones, acciones, actitudes y el comportamiento de los individuos con relación a la sexualidad. Así, refieren que la sexualidad no hace alusión de manera concreta al coito únicamente, sino que toma aspectos como los roles de género, la salud sexual y la expresión de la sexualidad (Crooks y Baur, 2013; Lehmler, 2017; Yarber y Sayad, 2018).

En función a esto, es de suma importancia conocer la manera en la que una persona decide expresar y poner en práctica su sexualidad, ya que esta puede variar dependiendo de la etapa de vida en la que se encuentre. Es importante mencionar que, si bien el inicio de la vida sexual se puede presentar desde el periodo de la adolescencia, es en la adultez temprana donde la práctica de la actividad sexual cobra mayor protagonismo, no solo por el deseo y la curiosidad de experimentar, sino porque esta etapa antecede a la adultez media, en donde se espera cumplir con ciertos acontecimientos normativos en la sociedad como el matrimonio y la formación de la familia (Boislard et al., 2016). En el caso del Perú, la edad promedio en la cual las personas suelen contraer nupcias es a partir de los 30 años. Incluso, en el año 2018, se evidenció que la media para las personas de sexo femenino fue de 36 años, mientras que para la población masculina fue de 33 años (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2020).

Por otro lado, Claxton y Van Dulmen (2015) mencionan que la adultez temprana es considerada como una de las etapas en donde se presenta una mayor inestabilidad con respecto a la planificación del futuro en comparación con los otros grupos etarios; lo cual sustenta el hecho de que las personas opten por tener diversas parejas, así como experiencias fluctuantes. Esto se sostiene con la idea de que, en esta etapa, aún se sigue

estableciendo el descubrimiento de la identidad, por lo que se le otorga una mayor importancia a la experimentación de nuevas sensaciones, las cuales incluyen el disfrute del ámbito sexual (Claxton y Van Dulmen, 2015; Olmstead, 2020). Por tanto, se puede decir que la sexualidad abarca diversas esferas de la vida de una persona, y puede verse influenciada por las creencias sociales, familiares y religiosas (Filocamo y Di Donato, 2017). Asimismo, tiene gran repercusión en el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo de estas, por lo que en los últimos años ha sido un tema que ha ido ganando mayor relevancia (Maruccia y Maurizi, 2017; Villari, 2017).

Haciendo hincapié en el acto sexual, este está compuesto por un ciclo de respuesta que contiene cuatro etapas propuestas por primera vez por Masters y Johnson en 1980. La primera es la fase del deseo, la cual involucra el aspecto motivacional y/o apetitivo de la respuesta sexual, por lo que puede incluir impulsos sexuales, así como fantasías. La segunda es la fase de excitación, en la que se da una sensación subjetiva de placer, que puede verse acompañada de respuestas fisiológicas como una erección en el caso de los hombres o la lubricación vaginal en el de las mujeres. La tercera es la fase del orgasmo en la cual se experimenta el máximo placer sexual y se asocia con la contractura rítmica de los músculos alrededor del área genital en las mujeres y con la eyaculación en los hombres. Finalmente, se encuentra la fase de resolución, en donde usualmente ocurre una sensación de bienestar general, así como un alivio de la tensión sexual (Reddy et al., 2017).

Cabe resaltar que, específicamente en el caso de las mujeres, estas pueden seguir siendo receptivas a la estimulación una vez ocurrido el orgasmo, ya que no pasan por un periodo refractario, como ocurre con los hombres, quienes necesitan de ese periodo para poder eyacular nuevamente (Reddy et al., 2017). Por último, algunas referencias suelen incluir una fase llamada meseta, la cual se caracteriza por una marcada tensión sexual que se da por una estimulación continua que genera excitación y que prepara el escenario para un próximo orgasmo (Vignozzi, 2017).

Si bien las etapas de la respuesta del ciclo sexual son las mismas para ambos sexos, se evidencia que existen ciertas diferencias a nivel psicológico y social. Basson (2015) planteó que, en el caso de las mujeres, la respuesta sexual es mucho más compleja debido a los procesos que se ven involucrados en ella, ya sean hormonales, sociales, psicológicos, neurológicos, entre otros. Así, su modelo hizo énfasis en que las mujeres suelen priorizar aspectos como la intimidad emocional, la satisfacción emocional y física, y el deseo sexual. Asimismo, menciona que la fase del deseo no siempre precede a la fase de excitación, puesto que una vez involucradas en la actividad sexual, las mujeres pueden excitarse y luego experimentar deseo. A partir de esto, es posible decir que el ciclo de respuesta sexual en mujeres suele estar vinculado con la relación general en la que se encuentran con la persona

en el momento, y además incorpora el entorno social y psicológico. A diferencia de las mismas, la respuesta sexual de los hombres suele centrarse en la capacidad para lograr y mantener una erección (Vignozzi, 2017).

En función a ello, es relevante mencionar que este ciclo de respuesta sexual puede verse afectado por diversos factores, ocasionando lo que se conoce como una disfunción sexual. Esto se entiende como un problema que puede afectar a cualquiera de las cuatro fases del ciclo de respuesta sexual (Annamalai, 2017; Lewis et al., 2010). La misma se puede dividir en problemas en el deseo sexual (disminución de la libido), problemas en la excitación (lubricación vaginal y/o erección del pene), problemas para alcanzar un orgasmo, así como por dispareunia o vaginismo (en el caso único de las mujeres) (Keks, 2014). Además, se puede clasificar a la disfunción sexual como global o situacional, si es que ocurre siempre o solo en determinadas situaciones; y como primaria, que significa que ha estado presente durante toda la vida de la persona, o secundaria, que es cuando la disfunción sexual se da a partir de una patología o condición médica (Reddy et al., 2017). De igual manera, se ha evidenciado que este problema puede afectar significativamente en la autoestima, las relaciones interpersonales, el estado de ánimo, así como a la calidad de vida de una persona, por lo que resulta relevante su abordaje (Reddy et al., 2017).

Específicamente, en el caso de las mujeres, la disfunción sexual puede expresarse de diversas maneras, pudiendo esto afectar la calidad de vida y las relaciones interpersonales. Esta puede manifestarse con falta del deseo sexual, alteración en la excitación sexual, incapacidad para tener un orgasmo o con dolor durante el coito (Filocamo y Di Donato, 2017). En cuanto a los hombres, la disfunción sexual más común es la disfunción eréctil, la cual se define como la consistente o recurrente incapacidad para obtener o mantener una erección al momento de llevar a cabo una actividad sexual (Lewis et al., 2010) en la que esto sea necesario.

Es importante tener en cuenta que dichos problemas se originan en el cerebro, ya que es ahí en donde ocurre todo lo vinculado a la respuesta sexual. Entonces, las áreas cerebrales más importantes que se activan y participan durante la respuesta sexual son el hipotálamo, la corteza visual extraestriada, la corteza orbitofrontal, la corteza cingulada anterior, el cuerpo estriado ventral y la amígdala. Por lo tanto, una respuesta sexual normal requiere tanto de la integridad anatómica, como la funcional de todo el sistema límbico del cerebro, el cual es primordial en ambos sexos para la iniciación del deseo sexual y los fenómenos sexuales relacionados (Maruccia y Maurizi, 2017). Esto activa las fantasías sexuales, la excitación sexual mental, los sueños eróticos, y el inicio de la cascada de eventos neurovasculares que desencadenan todas las respuestas somáticas y genitales de la función sexual. Todo ello es

posible gracias a la neuromodulación dual hormonal y feromonal, la cual permite que la excitación sexual aumente en el cuerpo la necesidad de tener sexo, y que la libido incremente el deseo de una pareja (Maruccia y Maurizi, 2017).

Entre las causas más comunes de disfunción sexual se encuentran: problemas psicológicos/psiquiátricos (ansiedad y depresión, como las principales); problemas hormonales; problemas en la relación de pareja (falta de atracción por la pareja, miedo a la cercanía, e incapacidad para fusionar sentimientos de amor y deseo sexual); uso de sustancias recreativas como el alcohol y el tabaco; obesidad; diabetes; enfermedades cardiovasculares; y consumo de ciertos medicamentos (Annamalai, 2017; Slomski, 2017). En este sentido, existen medicamentos que pueden afectar a una fase del ciclo sexual más que a otras; sin embargo, dado que las fases son interdependientes, normalmente las personas alegan sentir los efectos secundarios en todas. Incluso, tanto hombres como mujeres, suelen reportar tener una disminución de la excitación y un retraso en el orgasmo (Annamalai, 2017).

A partir de esto, y según los criterios del DSM-V, es posible definir la disfunción sexual asociada a medicamentos u otras sustancias, como una alteración en los procesos que caracterizan el ciclo de respuesta sexual o por dolor asociado al coito, que se genera por una acción inhibitoria sexual (La Torre et al., 2013). Uno de los criterios es que los síntomas se desarrollen en el plazo de un mes desde iniciar la medicación. Además, se ha evidenciado que este problema podría traer como consecuencia una serie de dificultades a nivel interpersonal, así como una angustia psicológica (Balon, 2006).

Entre los medicamentos que se han reportado que pueden ocasionar disfunción sexual, se encuentran aquellos que son usados en el tratamiento inicial de la depresión y la ansiedad, como en la terapia de mantenimiento a largo plazo (Montejo et al., 2019). Se ha demostrado que dichos efectos secundarios empiezan a ser identificados dentro de las primeras tres semanas de tratamiento; es decir, antes de que se obtenga un beneficio sobre el estado de ánimo, por lo que existe el riesgo de una interrupción temprana del tratamiento al ser estos efectos poco tolerados por las personas (Basson y Gilks, 2018; Bull et al., 2002; Montejo et al., 2019).

De igual forma, es esencial considerar el papel que los neurotransmisores tienen en la función sexual. Así, los principales neurotransmisores que se ven involucrados en la función sexual son la dopamina, la serotonina, la noradrenalina y la acetilcolina. Sin embargo, son los agentes serotoninérgicos los que están más comúnmente implicados en la sexualidad y los que se presencian en los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (Annamalai, 2017; Keks, 2014; Maruccia y Maurizi, 2017). Los ISRS son un tipo de medicamento ampliamente utilizado que actúan sobre la serotonina, un mensajero químico que se produce de forma natural en el cerebro y que controla el estado de ánimo. Estos

bloquean la reabsorción o recaptación de serotonina, ocasionando que una mayor cantidad de esta esté disponible en las células cerebrales, y así mejorar el estado de ánimo (Rapaport, 2015). Asimismo, los antidepresivos ISRS se suelen recetar para el tratamiento de una variedad de trastornos, incluido el trastorno depresivo mayor, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada y los trastornos del control de los impulsos (Bahrck, 2008).

La manera por la cual se cree que se da la disfunción sexual es, en primer lugar, por los efectos inhibitorios de la serotonina sobre la actividad dopaminérgica (Bijlsma et al., 2014); y por la acción inhibitoria, que se expresa principalmente a través de la activación de un subtipo particular de receptor de serotonina. Estos, que son los receptores 5HT<sub>2</sub>, alteran la función sexual al generar una disminución en la liberación de óxido nítrico y, por tanto, a una vasodilatación disminuida (Annamalai, 2017; La Torre, 2013; Phillips y Bachmann, 2015). De igual forma, en el estudio de Bijlsma et al. (2014), se menciona que los ISRS generalmente pueden conducir a efectos inhibidores sobre la dopamina, ocasionando que se altere la función sexual a través de la elevación de la prolactina. Por otro lado, Roy et al. (2019) también hacen referencia a que estos medicamentos, al inhibir la síntesis de óxido nítrico, generan que se dificulte el flujo sanguíneo vaginal y la lubricación; en ese sentido, la disfunción referida al dolor durante el coito podría explicarse sobre la base de la disfunción del deseo, la excitación y la lubricación, que son determinantes del malestar físico asociado con la actividad sexual.

Cabe recalcar que, la frecuencia de la disfunción sexual inducida por antidepresivos es difícil de evaluar, dado que los efectos sexuales adversos de la ansiedad y la depresión son comparables a los efectos secundarios de los medicamentos antidepresivos (Basson y Gilks, 2018); y se deben tener en cuenta factores como la gravedad del trastorno psiquiátrico y el tipo de antidepresivo utilizado (Montejo et al., 2019). Por ello, es necesario solicitar una historia detallada para identificar la etiología (Baldwin y Mayer, como se citó en Filocamo y Di Donato, 2017).

Balon (2006) alega que, desde la introducción de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, la disfunción sexual asociada con estos agentes se ha reportado en diversos informes de casos, series de casos y estudios abiertos y doble ciego. Esto ha ocasionado que en los últimos años se mencione y discuta con mayor frecuencia dicha problemática. En la misma línea, se ha evidenciado que las tasas de disfunción sexual con el uso de este tipo de antidepresivos son altas, pudiendo darse hasta en el 80% de los casos, especialmente durante la fase de ajuste (Hirsch y Birnbaum, 2019). Por lo cual, se puede concluir que los medicamentos con el mayor efecto en la serotonina, son los que están asociados con las tasas más altas de disfunción sexual (Lorenz et al., 2016).

Teniendo esto presente, entre los tipos de disfunción sexual que se han reportado con más frecuencia con respecto al consumo de antidepresivos ISRS se encuentran: retraso en el orgasmo, ausencia del mismo, disfunción eréctil y/o disminución de la libido (Atmaca, 2020). Sin embargo, en el estudio de Clayton et al. (2006), los hombres reportaron principalmente problemas con el deseo y el orgasmo con más frecuencia que las mujeres; mientras que las mujeres informaron tener una mayor disminución de la excitación, que incluye aspectos tanto cognitivos como fisiológicos.

Si bien existe una amplia variedad de antidepresivos ISRS que pueden ocasionar como efecto secundario la disfunción sexual; diversos estudios han demostrado que son el escitalopram, la paroxetina, la sertralina y la fluoxetina, aquellos que tienen una mayor repercusión en el ciclo de respuesta sexual (La Torre et al., 2013; Reichenpfader et al., 2013; Serreti y Chiesa, 2009; Singh et al., 2021). No obstante, tanto en el estudio de Roy et al. (2019), como en el de Singh et al. (2021), fue el escitalopram el medicamento que mostró tener un mayor efecto en la respuesta sexual según las participantes, generando específicamente una reducción en el deseo sexual, así como dificultades para la excitación.

En función a lo mencionado, una vez que se reconoce esto como un problema que afecta a una gran cantidad de personas, la medicina opta por investigar con mayor profundidad sobre el mismo. Por lo que actualmente, existe una amplia evidencia que demuestra los efectos de los antidepresivos ISRS en la sexualidad. Singh et al. (2021) realizaron una investigación en mujeres casadas de la India que estaban medicadas con antidepresivos. De las 50 participantes en el estudio, el 70% tomaba un antidepresivo ISRS, y se reportó que este fue el grupo con un mayor porcentaje (80%) de disfunción sexual, en comparación con quienes tomaban otros antidepresivos. Además, la disminución del deseo sexual fue la disfunción más común entre los múltiples dominios, seguida de la disfunción orgásmica y la dificultad para la lubricación vaginal. Debido a la falta de correlación entre la disfunción sexual relacionada con los antidepresivos y la mayoría de las variables sociodemográficas y clínicas en esta muestra, los autores alegan que la incidencia de la disfunción sexual puede deberse a los antidepresivos casi en su totalidad (Singh et al., 2021).

Estos hallazgos son muy similares a los de Grover et al. (2012), teniendo en cuenta la muestra y los resultados obtenidos. Realizaron una investigación en 80 mujeres casadas del norte de la India que se encontraban tomando antidepresivos, e hicieron uso de la escala Female Sexual Function Index (FSFI). Se demostró que el 42.5% de las participantes había experimentado disfunción sexual asociada a los antidepresivos, y entre los problemas más comunes se reportaron falta de deseo, problemas para tener un orgasmo, poca satisfacción sexual y sensación de dolor durante el coito. De igual manera, concluyeron que la prevalencia

de disfunción sexual asociada a antidepresivos dependió del tipo de antidepresivo, y no estuvo influenciada por variables sociodemográficas ni clínicas (Grover, 2012).

Complementando lo anterior, Montejo et al. (2019) realizaron un estudio en 887 hombres y 1225 mujeres adultas de España que llevaban 8 semanas en un tratamiento con antidepresivos, empleando la escala PRSexDQ-SALSEX. En esta investigación se halló que casi un 80% de pacientes reportó tener alguna disfunción sexual. Sumado a esto, se menciona que fueron los antidepresivos serotoninérgicos los que se asociaron con una alta frecuencia de disfunción sexual sin diferencias relevantes entre los fármacos individuales; por lo que concluyeron que los factores más fuertes asociados con la presencia de disfunción sexual fueron el tipo de antidepresivo y la gravedad del trastorno psiquiátrico (Montejo et al., 2019). Adicionalmente, en dicho estudio, se hallaron interesantes diferencias según el sexo; por ejemplo, hubo una mayor proporción de hombres (51%) que mujeres (33%) que informaron tener una disfunción sexual. Asimismo, fueron los hombres quienes mostraron tener una menor tolerancia a la disfunción; por lo que algunos de ellos estaban considerando la interrupción del tratamiento y/o alegaron que la disfunción interfería gravemente en su relación de pareja (Montejo et al., 2019).

Por otro lado, si bien la literatura ha estudiado las diversas diferencias que pueden existir en cuanto a esta problemática y el género, se sabe muy poco sobre la experiencia emocional de quienes la sufren, en especial la de las mujeres. Esto se debe a un androcentrismo que aún prevalece en la medicina, en donde muchas veces ocurre que los problemas de salud mental en las mujeres suelen ser mal diagnosticado y en algunos casos malinterpretados (Phillips, 2009). Incluso, en una investigación realizada a través de un grupo focal con enfermeras que trabajan únicamente con pacientes mujeres en Londres, se reportó que las mujeres suelen experimentar una negligencia en cuanto a los diagnósticos que les realizan, así como una falta de reconocimiento de su experiencia de vida (Phillips, 2009).

A lo largo de la historia se ha observado que todo lo relacionado a la salud mental y a la sexualidad de la mujer se ha patologizado y estigmatizado; ya que la forma en que se entiende y define la sexualidad ha estado íntimamente asociada a los valores culturales y sociales que prevalecen en cada época (Phillips, 2009; Price, 2009). Como consecuencia, las actitudes hacia las mujeres y su sexualidad han sido en muchos casos contradictorias, porque históricamente, el sexo se consideraba únicamente como una función biológica cuya principal finalidad era la procreación. Este pensamiento se veía acompañado por la idea de que el sexo y la masculinidad eran características tradicionales fuertemente valoradas, especialmente por darles importancia al probarse a sí mismo sexualmente mediante un desempeño perfecto y la producción de hijos hombres (McCarthy y Bodnar, 2005).

Según Foucault (1990, como se citó en Atwood y Klucinec, 2007), la sexualidad se

basaba principalmente en el poder y se extendía a un ámbito de discursos e interpretaciones. El tema principal de la sexualidad femenina era el control, porque la misma se consideraba peligrosa y potencialmente disruptiva para la familia y la sociedad; por lo que tenía que ser vigilada y controlada cuidadosamente por los hombres (McCarthy y Bodnar, 2005). Entre los discursos más comunes, se encontraban los que aludían a los cuerpos de las mujeres, la estructura familiar, y el matrimonio. Por consiguiente, estas connotaciones se plasmaban en diferentes ámbitos de la vida, como en la medicina, en cuanto a la interpretación del cuerpo, las cuestiones de género, entre otros aspectos (Atwood y Klucinec, 2007).

En la misma línea, estas actitudes hacia la mujer conllevaron a que sea estudiada y vista como un reflejo del hombre; dado que gran parte de las cosas eran evaluadas desde una perspectiva masculina y en función al bienestar del mismo (Mednick 1978, como se citó en Atwood y Klucinec, 2007). Esto se sigue dando en la actualidad, y se ve representado a través de los estudios científicos, incluyendo los que abordan temas de sexualidad y salud mental; en donde predominan las investigaciones sobre sexualidad en la población masculina por la idea de que esta es más importante que la femenina. Lo presente ha generado que haya un mayor y más amplio conocimiento sobre dichos temas, además de que se generalicen los resultados hallados a las mujeres sin tener en cuenta sus particularidades (Atwood y Klucinec, 2007).

Dado que la ciencia en general, y aquella referida a la sexualidad en particular, se ha visto influenciada en gran medida por este enfoque androcentrista, existe muy poca información que aluda al tema de la disfunción sexual inducida por medicamentos en mujeres y sus repercusiones a nivel psicológico; no obstante, hay estudios que reconocen la importancia de esta problemática y recalcan que la misma está invisibilizada cuando se trata de la población femenina. Por ejemplo, en una investigación cualitativa realizada con 10 mujeres adultas australianas que recibían antidepresivos, se halló que, de las 10 participantes, solo 1 fue informada por su médico sobre los efectos secundarios sexuales de los antidepresivos. Asimismo, algunas de ellas comentaron que sus preocupaciones sobre la disfunción sexual no fueron “validadas” por su médico debido a su sexo (O’Mullan et al., 2015).

Del mismo modo, en el estudio de Higgins et al. (2006) se entrevistó a 27 enfermeras y enfermeros psiquiátricos procedentes de Irlanda, quienes mencionaron que si bien consideraban importante hablar con su paciente acerca de los efectos adversos de los medicamentos; aquellos que se asociaban a una disfunción sexual les resultaba difícil e incómodo comunicarlos. De forma similar, en el estudio realizado por Quinn et al. (2011) con 14 enfermeras australianas, se obtuvo que los problemas vinculados a la sexualidad eran poco tocados entre las mismas y sus pacientes, dado que consideran que existen otras

labores o consultas por resolver más importantes. Aparte, enfatizaron el hecho de que los profesionales de la salud mental tampoco consideran los problemas sexuales como algo importante durante sus consultas, y que, si se abordaban, se hacía de manera deficiente (Quinn et al., 2011).

Como se ha mostrado, el hablar sobre los efectos secundarios sexuales inducidos por medicamentos no resulta ser una prioridad para muchos profesionales de la salud mental; llegando al punto de justificar este modo de actuar con el hecho de que, al no hablar del tema, de alguna forma se está protegiendo al o a la paciente de que deje el tratamiento y arriesgue su salud (Higgins et al., 2006). Adicionalmente, si bien se ha observado que esta es una problemática que afecta a ambos sexos, se infiere que el motivo por el cual se reporta más en hombres, es porque aún prevalecen una serie de estereotipos en función a la sexualidad masculina, la cual es vista como algo primordial; y a la de las mujeres como algo irrelevante. Así, se cree que los hombres son quienes presentan una mayor preocupación en cuanto a su desempeño sexual, dado que la erección del pene se considera como fundamental en la expresión sexual masculina. Por el contrario, la sexualidad de las mujeres es vista como más pasiva, difusa e invisible; y, por tanto, estarían más dispuestas a “tolerar” los problemas sexuales en silencio (Higgins et al., 2006).

En síntesis, es posible decir que a través de los años se ha reproducido el discurso acerca de que la sexualidad es la clave de la masculinidad, mientras que para las mujeres ha sido minimizada y controlada (McCarthy y Bodnar, 2005); generando como consecuencia que las diferencias sexuales entre ambos sexos sean vistas en función al hombre, y a que, ante problemas como la disfunción sexual inducida por medicamentos, muchas experiencias sean poco valoradas (Atwood y Klucinec, 2007). Además, la importancia de esta problemática radica en que se pueden dar una serie de efectos a nivel psicológico; como la disminución de la autoestima y de la seguridad en uno/a mismo/a, cuadros de ansiedad que pueden convertirse en una de tipo generalizada, la aparición de pensamientos obsesivos y rumiativos, y depresión (Rodríguez, 2020).

Es así como a partir de todo lo mencionado anteriormente, el presente trabajo pretende conocer la experiencia sexual de jóvenes, hombres y mujeres, de Lima Metropolitana que se encuentren en un tratamiento con antidepresivos ISRS. Asimismo, se plantean como objetivos específicos, en primer lugar, indagar en las diferencias de dichas experiencias entre hombres y mujeres; en segundo lugar, abordar cómo las dificultades experimentadas en el ámbito de la sexualidad afectan en diversas áreas de su vida; y, en tercer lugar, explorar las estrategias de afrontamiento de la problemática. Esto debido a la limitada cantidad de estudios de investigación que se han realizado en el contexto latinoamericano y en el Perú en relación con esta temática.

Para ello se propone llevar a cabo esta investigación desde el paradigma cualitativo, debido a que se busca ahondar con profundidad acerca de las experiencias personales de las personas sobre un tema que podría resultar sensible e invisibilizado. En ese sentido, este paradigma resulta ser el más adecuado, ya que permite explorar sus experiencias y los significados que se asocian a las mismas (Creswell, 2013; Leavy, 2014; Noblega et al., 2020; Willig y Stainton-Rogers, 2008).

Respecto a esto, es importante destacar la escasa cantidad de estudios sobre el tema realizados con un enfoque cualitativo y en una población similar; por lo que, de acuerdo con Hernández et al. (2014) el desarrollar investigaciones cualitativas es ideal cuando el tema no ha sido suficientemente explorado (como se citó en Nóblega et al., 2020). Por otro lado, en cuanto al diseño de la investigación, se ha decidido optar por un diseño exploratorio, con el fin de explorar la problemática, cómo la vivencian estas personas y con qué otros factores se relacionan de manera profunda y subjetiva (Polit y Beck 2004).



## Método

### Participantes

En la presente investigación participaron un total de 6 personas, 3 hombres y 3 mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y los 26 años; el número final se determinó por criterio de saturación. Para su participación, se consideraron como criterios de inclusión que sus edades oscilen entre el rango mencionado anteriormente; que residan en Lima Metropolitana; que hayan consumido o consuman antidepresivos ISRS durante un rango de tiempo mínimo de entre 2 semanas y 1 mes, y que tengan un diagnóstico de depresión y/o ansiedad. Esto debido a la relevancia que tiene el desarrollo y la exploración de la sexualidad dentro del período de adultez temprana (Claxton y van Dulmen, 2015); así como por la alta incidencia de disfunción sexual en adultos y adultas que consumen antidepresivos ISRS, la cual puede darse hasta en el 80% de los casos, especialmente durante la fase de ajuste (Hirsch y Birnbaum, 2019). Además, en referencia a los criterios de exclusión, se tomó en cuenta que los y las participantes no cuenten con un diagnóstico de disfunción sexual previo.

En cuanto a las consideraciones éticas, es importante mencionar que la participación de las personas entrevistadas fue completamente voluntaria y que su identidad fue protegida en todo momento mediante el uso de un seudónimo. Para asegurar esto, se entregó un consentimiento informado previo al inicio de la entrevista en donde se menciona el objetivo de la investigación, las indicaciones detalladas de las implicancias de participar, la confidencialidad de los resultados y el proceso de devolución de los mismos (ver Apéndice A).

Cabe recalcar que en el consentimiento informado se mencionó que toda la información recolectada durante las entrevistas sería empleada únicamente con fines académicos y visualizada por la entrevistadora y la asesora de tesis. Adicionalmente, se mencionó a los y las participantes que la entrevista sería grabada con el objetivo de recolectar la mayor cantidad de información posible para un posterior análisis; y que una vez terminado esto, para cumplir con estándares éticos nacionales e internacionales, se procedería a guardar la información de forma encriptada en el ordenador de la investigadora, información a la que solo tendrán acceso ella y la asesora de la tesis; la cual será destruida después de 5 años de finalizada la investigación. Del mismo modo, se enfatizó el hecho de que la persona podía desistir de participar en el estudio, decidir no responder a las preguntas, o retirarse durante la entrevista, en caso así lo desee, y sin que esto la perjudique.

También es importante mencionar que se hizo uso de un protocolo de contención y de derivación en caso sea necesario (ver Apéndice B). Los mismos fueron elaborados con el fin de contener las emociones que pueda experimentar el/la participante durante la entrevista, teniendo en cuenta que se estuvo tratando un tema que puede resultar incómodo, o propiciar

sensaciones de ansiedad en los participantes; así como para poder brindarles contactos de profesionales de la salud mental en caso sea necesario.

Por último, una vez finalizada la entrevista, se observó y se preguntó sobre el estado de ánimo de la persona, con el objetivo de conocer cómo se sintió en el desarrollo de la misma. Asimismo, se volvió a mencionar el criterio de confidencialidad y se coordinará la devolución de los resultados.

### **Técnicas de recolección de la información**

Se hizo uso de una **ficha de datos sociodemográficos** (ver Apéndice C), la cual tuvo como finalidad recolectar datos generales de los y las participantes, así como preguntas relacionadas con los criterios de inclusión y exclusión.

Para este estudio se utilizó una **entrevista semiestructurada**, debido a que, a partir de esta, fue posible ahondar en las opiniones, pensamientos e ideas de quienes participan, teniendo la opción de repreguntar o cambiar la secuencia de las preguntas de ser necesario (Folgueiras 2016; Hernández y García, 2008). Así, este tipo de entrevista facilitó el poder profundizar en un tema que puede resultar polémico.

En relación con el instrumento, la guía de entrevista (ver Apéndice D) estuvo compuesta por tres áreas, siendo la primera sobre las diferencias halladas entre hombres y mujeres; la segunda sobre cómo las dificultades experimentadas en el ámbito de la sexualidad afectan en diversos aspectos de la vida; y la última en referencia a las estrategias de afrontamiento ante la problemática. Luego, mediante criterio de jueces/zas se realizó una validación de dicha guía de entrevista, para que posteriormente se pueda realizar una entrevista piloto. Todo este proceso fue validado junto con la asesora de tesis, después de lo cual, se contó con la versión final de la guía de entrevista.

### **Procedimiento**

El contacto inicial con los y las participantes se realizó de manera personal por medio de la red social *WhatsApp*, en la cual se envió un mensaje mencionando el tema de investigación, el tiempo de duración de la entrevista, así como los criterios de inclusión y exclusión, solicitando una participación voluntaria (ver Apéndice C). Es importante mencionar que el contacto a los y las participantes se realizó por un muestreo por conveniencia, dadas las características de la investigación. Así, mediante un link se les solicitó responder algunas preguntas para recolectar datos sociodemográficos y así valorar la aptitud de su participación. Luego, se procedió a coordinar la fecha de la entrevista mediante la misma red social y así entrevistar a quienes hayan aceptado participar por videollamada en la plataforma *Zoom*.

Una vez iniciada la entrevista, se optó por leer el consentimiento informado; y a continuación, y si la persona aceptó, se empezó a grabar la entrevista. Fue importante establecer rapport y velar por el bienestar y comodidad durante la entrevista, dado que generar un clima cálido en el que la persona se sienta cómoda y con confianza facilitó el que la entrevista se desarrolle con éxito, y se obtengan resultados favorecedores (Roncero y García - Soriano, 2014).

A continuación, para iniciar con el análisis de la información, se realizaron las transcripciones literales de las entrevistas, cuidando la confidencialidad de todas las personas participantes. Dicha información se codificó manualmente para sintetizarla y así poder realizar los análisis respectivos. Cabe resaltar que se cumplió con el rigor de la información, el cual incluye los criterios de transparencia y sistematicidad de Meyrick (2006). El primero implica la divulgación de todos los procesos relevantes dentro del estudio y sirve como un criterio de rigor de confirmación, ya que ayuda a que quien lee la investigación confirme si las decisiones de las investigadoras fueron razonables. El segundo hace referencia al orden que posee la recopilación y los análisis de los datos, por lo que ayuda a que se confirme la regularidad de los procesos, categorías y conclusiones. Ambos criterios se ejecutaron al momento de presentar el consentimiento informado, en el cual se explicitó el propósito y objetivos de la investigación, así como en el marco teórico y la revisión bibliográfica (Meyrick, 2006).

Asimismo, se coordinó la devolución de los resultados una vez finalizados los análisis, dado que el Artículo 50 del Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú (2018), el cual menciona que, para llevar a cabo una buena práctica profesional, el/la psicólogo/a debe dar a conocer a la persona los resultados e interpretaciones obtenidos.

Por último, también es sumamente importante el posicionamiento de la investigadora frente al tema. En este caso, se demostró un posicionamiento horizontal frente a los y las participantes; asimismo, fue fundamental reconocer que podrían existir ciertos sesgos al encontrarme en el mismo rango de edad que ellas/os. Aparte de que en todo momento se cumplieron con los estándares éticos, se garantizó la objetividad del estudio, por lo que en ninguna circunstancia se juzgó al o a la participante. Además de que, durante todo el proceso, se contó con el apoyo y supervisión constante de la asesora.

### **Análisis de la información**

Para el análisis de información de la presente investigación, se utilizó el análisis temático de tipo exploratorio descriptivo, el cual se encuentra bajo el enfoque fenomenológico de tipo deductivo. El mismo sirve, en primer lugar, para examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes; así como para describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos tal cual como se

manifiestan (Hernández Sampieri et al., 2014). Asimismo, en cuanto al análisis temático, se usa para identificar, analizar e informar aspectos relacionados con los patrones que se puedan encontrar dentro de la información recabada, lo que permite detallar y organizar los datos de manera minuciosa (Braun y Clarke, 2006).

Para realizar este análisis, se siguieron una serie de pasos planteados por Braun y Clarke (2006): (1) familiarización con los datos, lo cual implicó la transcripción de la información y una revisión de esta, tomando apuntes de ser necesario; (2) generar códigos iniciales, lo cual requirió codificar las características más relevantes de la información para emplearlas de manera sistemática; (3) búsqueda de temas, en el cual se agruparon los códigos identificados previamente sobre la base de su afinidad con el fin de generar temas potenciales; (4) revisión de temas, con lo cual se verificó si los mismos son pertinentes en relación con los datos codificados y a la información general; (5) definición y denominación de temas, en el cual se afinaron detalles sobre las especificidades del tema, para así poder generar definiciones y términos claros para cada tema; y (6) la elaboración de un informe, con lo cual se culminaría el análisis.

En cuanto al proceso de codificación de la información recolectada, se realizó manualmente en la plataforma *Google Sheets* y se asignaron seudónimos a los y las participantes para mantener la confidencialidad. Finalmente, se efectuó la categorización de la información obtenida en las entrevistas según las tres áreas propuestas que corresponden a los objetivos específicos: las diferencias entre hombres y mujeres; cómo las dificultades experimentadas en el ámbito de la sexualidad afectan en diversas áreas de su vida; y las estrategias de afrontamiento de la problemática. Para ello, las entrevistas fueron analizadas individualmente, para así tener en cuenta la particularidad de cada contexto.

## Resultados y discusión

A continuación, se presentarán los resultados y la discusión de la presente investigación. El objetivo general consistió en conocer la experiencia sexual de jóvenes, hombres y mujeres de Lima Metropolitana que se encuentren en un tratamiento con antidepresivos ISRS. Como objetivos específicos se encontraban, en primer lugar, indagar en las diferencias de dichas experiencias entre hombres y mujeres; en segundo lugar, abordar cómo las dificultades experimentadas en el ámbito de la sexualidad afectan en diversas áreas de su vida; y, en tercer lugar, explorar las estrategias de afrontamiento de la problemática. Así, tras haber recolectado la información mediante seis entrevistas semiestructuradas y realizado el análisis temático de estas, se obtuvieron tres temas, cada uno acorde a los objetivos específicos, y trece subtemas, cuya distribución se presenta en la tabla 1.

**Tabla 1.**

*Temas y subtemas obtenidos tras el análisis temático de las entrevistas*

Tema principal	Subtemas dentro de cada tema
1.- Las diferencias entre hombres y mujeres	Importancia del sexo para la persona
	Cambios que se dieron en la vida sexual desde que inició el tratamiento, como disminución de la libido y/o incapacidad para tener un orgasmo
	Sensación de frustración/malestar frente a los cambios que se presentaron al inicio de la medicación
2.- Cómo las dificultades experimentadas en el ámbito de la sexualidad afectan en diversas áreas de su vida	Se experimentaron problemas en el ámbito de pareja por las dificultades presentadas en el ámbito sexual
	El no tener pareja sexual disminuye el interés por la sexualidad y la percepción de la problemática
3.- Estrategias de afrontamiento de la problemática	Sensación de bienestar en la actualidad respecto a la vida sexual a pesar de los efectos secundarios de la medicación
	Uso de juguetes sexuales para sobrellevar las dificultades que se presenten al momento de tener relaciones sexuales
	La pareja sexual influye en la manera de abordar la problemática al momento de tener el encuentro sexual
	No se brindó información sobre los posibles efectos

secundarios a nivel sexual cuando se les indica el  
tratamiento

---

Se conversó del tema con quien le recetó la medicación o  
con otra persona que pudiera orientar

---

Consideran importante el que se mencione la posibilidad de  
que aparezcan efectos secundarios en cuanto a la  
sexualidad

---

Se ha considerado dejar la medicación debido a sus  
efectos secundarios

### **Las diferencias entre hombres y mujeres**

En este primer tema se aborda la importancia del sexo para las personas adultas jóvenes, los cambios que atravesaron con la medicación en su sexualidad, y las emociones que experimentaron. Es importante mencionar que la mayoría de los resultados fueron similares tanto para los hombres como para las mujeres, habiendo solo una distinción precisa entre ambos grupos, la cual se explicará más adelante.

### ***Importancia del sexo para la persona***

Este primer subtema da a conocer la importancia que los y las adultos jóvenes le dan al sexo en sus vidas. En ese sentido, mencionan que la importancia está en que a través del acto sexual es posible formar una conexión más íntima con la persona, y entrar en un estado de relajación y bienestar una vez consumado el acto. Así como también, lo consideran como una actividad que permite conocerse y conocer lo que te gusta.

[...]Pues yo creo que es bastante importante porque pues liberas endorfinas, te relaja, pues te sientes, o sea, hay una conexión y y compartes, pues mucho de la otra persona en ese momento, ¿sabes? No es solo no es solo físico, es también un poco más que eso más que físico solo. (Sofía, 26)

[...] Para mí es súper importante ya sea estando soltero, ya sea estando con con pareja o lo que sea. Eso es una actividad que te permite conocerte, conocer tu cuerpo, conocer qué te gusta de los demás. Y a mí me parece, para mí... es esencial para un desarrollo pleno como ser humano. (Erick, 28)

Estos resultados concuerdan con lo mencionado por Claxton y Van Dulmen (2015) y Olmstead (2020), acerca de que, en esta etapa de la vida, las personas aún siguen formando su propia identidad, por lo que se le da gran importancia a la experimentación de nuevas sensaciones, las cuales incluyen el disfrute del ámbito sexual. Por otro lado, Maruccia y Maurizi (2017) y Villari (2017) alegan que la sexualidad repercute en gran medida en el

bienestar, la calidad de vida y el desarrollo de estas, por lo que se corrobora que forma parte de un área importante en la vida.

***Cambios que se dieron en la vida sexual desde que inició el tratamiento, como disminución de la libido y/o incapacidad para tener un orgasmo***

En este segundo subtema se recogieron algunos testimonios de los y las participantes, relacionados con los cambios que se dieron en sus vidas sexuales desde que iniciaron el tratamiento con antidepresivos ISRS. Entre los síntomas más comunes, se reportaron la disminución de la libido y/o incapacidad para tener un orgasmo, tanto para las mujeres como para los hombres.

[...] Definitivamente. El cambio más persistente es como que hay un retraso, o sea, depende de la ocasión en realidad, pero eso, me demoro mucho o se me hace muy difícil venirme o simplemente no me puedo venir, pero no siempre, depende de la ocasión, pero lo que sí es siempre es que por lo menos es difícil venirme. (Fabrizio, 23)

[...] Sí, de todas maneras, o sea, como he tomado varios tipos de medicación, uno de los que por ejemplo más me inhibía la actividad sexual, o sea que literalmente no quería ni siquiera tocar a nadie y era como no sentía atracción hacia nada, ni siquiera yo misma como que tenía ganas de masturbarme, fue cuando tomaba sertralina... Me quitaba la libido por completo. Antes sentía bastante deseo, ¿no? Luego, todo eso cambió... también me sentía más cansada, aparte cuando tenía relaciones era un poco más frustrante al no sentir ni siquiera estar cerca del orgasmo o simplemente no sentir, o sea, obviamente sientes, pero no es lo mismo, ¿no? (Camila, 23)

A partir de esto, y los demás resultados, es posible decir que, en el caso de las mujeres, se experimenta una sensación de no poder tener un orgasmo al tener relaciones sexuales (anorgasmia), así como una disminución de la libido (deseo sexual). Mientras que, en el caso de los hombres, mencionan que las dificultades se relacionan principalmente al retraso en el orgasmo y a la incapacidad de tener uno (anorgasmia).

Al respecto, Atmaca (2020) menciona que entre los tipos de disfunción sexual que se han reportado con mayor frecuencia con respecto al consumo de antidepresivos ISRS se encuentra: retraso en el orgasmo, ausencia del mismo, disfunción eréctil y/o disminución de la libido para ambos sexos. Asimismo, en la investigación de Grover et al. (2012), se halló que del 42.5% de las participantes con disfunción sexual asociada a los antidepresivos, los más comunes fueron: falta de deseo y problemas para tener un orgasmo, lo cual tiene concordancia con los resultados hallados. Finalmente, en cuanto a la población masculina,

en el estudio de Lee et al. (2013) se encontró que los hombres suelen presentar problemas relacionados con el orgasmo en general.

### ***Sensación de frustración/malestar frente a los cambios que se presentaron al inicio de la medicación***

En cuanto a este subtema, se buscó ahondar con mayor profundidad acerca de los cambios que atravesaron los y las participantes cuando iniciaron la medicación, así como su experiencia emocional frente a esto. Se halló que fue la frustración y el malestar las emociones que se experimentaron en mayor medida, como en la siguiente cita “[...] Es una frustración espantosa, ¿pues no? O sea, llegó un momento en el que intenté hacer de todo, o sea yo sola, y traté, pero igual era casi imposible” (Camila, 23).

[...] La verdad es que sí me frustraba un montón al comienzo porque claramente no estaba acostumbrada, pero luego la verdad que, pues, la situación fue mejorando... pero sí, al comienzo me he frustrado, me frustraba un montón, no entendía, no me parecía justo, pero luego pues, no se puede tener todo en la vida (Sofía, 26).

[...] Abrumado, medio culpable. Porque ahí yo tuve problemas en mi relación, por eso se volvió muy problemático y yo no, no entendía, me sentía, ahí sí me sentía, me sentía muy mal, sentía como, no sé, como si el universo estuviera conspirando en contra de mí, ¿no? Sobre todo, cuando no sabía la causa, claro. Dios no puede ser, no puede ser. Soy joven, ¿qué pasa? (Erick, 28)

Se puede ver que, si bien la frustración y el malestar priman, el resto de participantes también mencionan haber experimentado una sensación de injusticia, incompreensión e impotencia ante lo sucedido. En este sentido existe evidencia que demuestra que el impacto de la disfunción sexual inducida por antidepresivos afecta negativamente la calidad de vida, ya que interfiere con la sensación de bienestar, la autoestima y la vida sexual de la persona afectada (Olson et al., 2001; Torre et al., 2013).

Sin embargo, es importante resaltar que existe muy poca información sobre este tema en particular, especialmente en el contexto latinoamericano. Son escasos los estudios cualitativos que mencionan sobre la experiencia emocional de quienes se ven afectados/as por esta problemática. Una posible explicación a esto es que, específicamente en el contexto peruano, cualquier temática relacionada con la sexualidad sigue siendo polémica o tabú, debido en parte al contexto social, el cual es predominantemente conservador (Chanduví, 2017; Furman y Shaffer, 2011). Por lo tanto, se plantea como necesario realizar más entrevistas cualitativas para poder explorar las experiencias subjetivas y las estrategias de afrontamiento de las personas que experimentan disfunción sexual inducida por medicamentos (Apantaku-Olajide et al., 2011).

### **Cómo las dificultades experimentadas en el ámbito de la sexualidad afectan en diversas áreas de su vida**

El segundo tema aborda el efecto que tuvieron las dificultades experimentadas en cuanto a la sexualidad debido a la medicación en los diferentes ámbitos de la vida. Entre estas, se hallaron dos elementos resaltantes: en primer lugar, el hecho de que los y las participantes experimentaron problemas en el ámbito de pareja por las dificultades presentadas en el ámbito sexual; y el segundo, que el no tener pareja sexual disminuye el interés por la sexualidad y la percepción de la problemática.

#### ***Se experimentaron problemas en el ámbito de pareja por las dificultades presentadas en el ámbito sexual***

El primer subtema se enfoca en las experiencias negativas que tuvieron los y las participantes en el ámbito interpersonal, específicamente con sus parejas. Así, mencionaron haber experimentado dificultades en sus relaciones debido a la disminución de la libido y la incapacidad para tener un orgasmo. Incluso, en uno de los casos, una participante manifestó que una de sus parejas decidió terminar la relación debido a su falta de deseo sexual, mientras que otro participante sostuvo que su anorgasmia le generó inseguridades a su pareja, al pensar que la misma no lo excitaba lo suficiente.

[...] De hecho, me acuerdo de que hasta me terminó esta pareja porque me decía pucha nunca nada pues ¿no? ¿Entonces sí para mí sí afecto, y a raíz de eso yo empecé a buscar porque dije “que cambio?” “¿qué paso?” y ahí me di cuenta pues que habían sido los antidepresivos (Astrid, 26)

[...] Se volvió frustrante y desgastó la relación. Desgastó muy rápido la relación, pero el sentimiento, estaba el sentimiento. De ahí se volvió un poco rutina, no, el no tener sexo penetrativo. Pero yo sabía que no era igual, ya tenía la idea de que no era igual. Y que estaba lejos de tener una conexión sexual adecuada, lo veía como algo tan lejano. (Erick, 28)

Esto se relaciona con lo mencionado por Atmaca (2020), quien sostiene que, en general, la disfunción sexual puede tener una influencia negativa considerable en la calidad de vida, las relaciones de pareja, las relaciones familiares y la autoestima de las personas. Incluso, son usualmente los hombres quienes refieren que la disfunción sexual interfiere gravemente en sus relaciones de pareja (Montejo et al., 2019).

### ***El no tener pareja sexual disminuye el interés por la sexualidad y la percepción de la problemática***

Este segundo subtema reúne las diferentes percepciones que se tienen frente a la problemática, y se enfoca en cómo varían dependiendo de si la persona que tiene la disfunción sexual tiene o no pareja sexual. Se encontró que fueron las participantes mujeres quienes reportaron que el no estar en una relación genera que la sexualidad no sea vista como algo indispensable; y como consecuencia, esto influye en cómo se percibe y se experimenta la problemática.

[...] Bueno, creo que dentro de una relación para mí sí cumple un papel importante. Pero si no es una relación, tipo, no es indispensable en mi vida. No afectó cuando no tenía pareja, pero ya cuando tenía mi pareja y estaba mal medicada, sí, sí afectó totalmente (Astrid, 26).

[...] Ahorita como te digo, no tengo una vida sexual activa, ahorita no es como que lo sienta y tampoco siento como algo que necesito, o sea, a veces yo sola, si trato de masturbarme para más o menos que liberar tensión o cosas así, pero no, o sea, yo no siento tan necesario eso como como que ay, necesito tener relaciones sexuales con alguien o algo así no, no lo siento necesario (Camila, 23).

A partir de esto, Mitchell et al. (2013) alegan que, en general, la insatisfacción sexual y la evitación del sexo fue mayor en las personas que no informaron tener relaciones sexuales en el último año (en comparación con las que sí lo hicieron); mientras que la mayoría de las personas sexualmente inactivas informaron que no estaban insatisfechas o angustiadas debido a las dificultades respecto al sexo. Además, el que esto haya sido mencionado únicamente por mujeres podría explicarse con el hecho de que las mujeres son más propensas a experimentar una reducción en el deseo sexual o dificultades para excitarse (Lee et al., 2013). Además, el hecho de que principalmente las participantes mujeres refieran no sentir la sexualidad como algo importante, podría encontrarse relacionado con el androcentrismo aún presente a la hora de abordar estas temáticas dentro de diversas esferas, tal y como menciona Phillips (2009), y que resulta especialmente resaltante en una sociedad tan tradicional respecto a los roles de género y el abordaje de la sexualidad, como lo es la peruana.

### **Estrategias de afrontamiento de la problemática**

El tercer y último tema aborda las diversas estrategias de afrontamiento desarrolladas por las y los participantes, y se divide en siete subtemas, tal y como se mencionó en la tabla 1.

### ***Sensación de bienestar en la actualidad respecto a la vida sexual a pesar de los efectos secundarios***

Este primer subtema agrupa información acerca de que, si bien hay conciencia de la disfunción sexual y de que la misma se debe a la medicación, hay una sensación de bienestar respecto a la sexualidad. Esto debido a que, conforme ha ido pasando el tiempo, los y las participantes han aprendido a adaptarse a sí mismos/as y a su disfunción sexual, intentando verle el lado positivo a la situación, que finalmente se vincula con sentirse mejor anímica y mentalmente. Así, reconocen que hubo una motivación inicial que llevó a que tomen la decisión de iniciar el tratamiento en primer lugar.

[...] Pues a ver la verdad es que, como te digo, al comienzo estaba frustrada, pero ahora ya me siento bien, o sea, me siento satisfecha con mi vida sexual. Siento que me conozco a mí misma. Sé lo que me gusta, sé lo que no me gusta, o sea, siento que ya no me frustró, si no llego rápido al orgasmo o si ni siquiera llego, no me frustró porque sé que puede ser por la medicación, ¿sabes? (Sofía, 26)

[...] Sí, al principio, los primeros meses era horrible, se sentía bien extraño, pero de ahí no sé pues, a los dos, tres meses, ya sí, a los tres meses dije, ya bueno, porque me estaban haciendo bien las pastillas. Entonces dije, ya si esto es un efecto secundario, bueno, prefiero tomarlas porque me están haciendo bien. (Fabrizio, 23)

Respecto a esto, estudios refieren que la medicación se considera altamente beneficiosa cuando resulta “reveladora” para la persona, ya que les da la sensación de sentirse “normales” y funcionales otra vez. Asimismo, se encuentra el hecho de que experimentar los efectos positivos de un antidepresivo parece ser un marcador importante en la decisión de los y las pacientes de continuar con la medicación; y el cumplimiento y aceptación del tratamiento vendría a ser una consecuencia de los beneficios percibidos, particularmente como ayuda para alcanzar el bienestar (Grime y Pollock, 2004; Haslam, 2004; Karp, 1993).

### ***Uso de juguetes sexuales para sobrellevar las dificultades que se presenten al momento de tener relaciones sexuales***

En este subtema, se reportó por una de las participantes que la manera en la que suele lidiar con la problemática es a través del uso de juguetes sexuales, aludiendo a que es un medio que facilita el poder llegar al orgasmo y por ende, “solucionar” el problema; como menciona Sofía (26) “[...] Pues usaba vibradores para llegar y pareciera que ahí se solucionaba el problema”.

Este hallazgo es de suma importancia, ya que, a diferencia de esto, la mayoría de los y las participantes mencionaron no hacer nada al respecto al enfrentarse a las dificultades. Por ejemplo, alegaron que solo optan por finalizar el acto sexual una vez que la pareja ha logrado tener un orgasmo o una vez que ya se encuentran cansados por el esfuerzo físico en el caso de los hombres.

En el estudio de Döring (2020), se menciona que los usos clínicos de los juguetes sexuales se consideran basados en evidencia, éticos, seguros y efectivos. Incluso, algunas mujeres informan que solo logran tener orgasmos con la ayuda de juguetes sexuales tanto en entornos de uso privado como clínico. En la misma línea, Eaglin y Bardzell (2011) reportan una asociación entre el uso de los juguetes sexuales y el bienestar sexual, ya que tanto hombres como mujeres que informaron usar vibradores también obtuvieron puntajes más altos en los dominios de función sexual, lo cual sugiere que quienes que usan vibradores experimentan una función sexual más positiva.

### ***La pareja sexual influye en la manera de abordar la problemática al momento de tener el encuentro sexual***

En este subtema, los y las participantes mencionaron que la confianza y el nivel de apertura que haya con la pareja sexual es determinante para saber cómo lidiar con la problemática al momento de tener relaciones sexuales. Esto se puede ver en las siguientes citas; “[...] Tuve la suerte de haber tenido una relación de seis años en las que pude aprender un montón de cosas con una persona que obviamente no me avergonzaba de nada en lo absoluto” (Joaquín, 24).

[...] Y sí, sí, consideré dejarla y tal, pero bueno, mi pareja de ese momento también me dijo no, no te preocupes que esto va a pasar y tal y lo trabajó conmigo. Y me ayudaba también como en el orgasmo y eso, claro. (Sofía, 26)

Frente a esto, Laumann et al. (1994) indican que, de por sí, en las parejas comprometidas a largo plazo existe un mayor incentivo para aprender lo que le agrada a la pareja, lo que le excita, lo que le frustra, lo que le enoja, lo que funciona sexualmente y lo que no (como se citó en Witting et al., 2008). Adicionalmente, el que haya una mala comunicación en el ámbito de pareja se asoció fuertemente tanto con la angustia como con las disfunciones sexuales. También es importante mencionar que la compatibilidad con la pareja y la reacción de la pareja a la disfunción sexual pueden ser factores determinantes en los niveles de angustia que podría generar esta en la persona; por lo que el nivel de compatibilidad podría ser un factor que contribuya a la aparición y la prevalencia de las disfunciones sexuales (Witting et al., 2008).

***No se brindó información sobre los posibles efectos secundarios a nivel sexual cuando se les indica el tratamiento***

En el cuarto subtema se hace referencia a que, en la mayoría de los casos, no se informó a los y las participantes sobre los efectos secundarios en cuanto al aspecto sexual cuando les indicaron el tratamiento. Algunas personas recibieron información acerca de otros efectos secundarios a nivel físico como somnolencia o adormecimiento, mientras que otras no fueron informadas acerca de ningún efecto secundario. Lo mencionado se puede observar en los siguientes comentarios de las personas participantes, “[...] No, para nada. Yo era adolescente, supongo y mi psiquiatra pensó en que esto solo les pasa a algunas personas. Probablemente no le va a pasar a él, entonces yo supongo que pensó eso no sé (Erick, 28)”.

[...] No, eso no me lo dijeron, yo me fui dando cuenta y quizá en su momento también lo leí ¿no? Porque bueno, si a ti te recetan algo para que empieces a tomar todos los días durante muchos años, obviamente quieres saber que te estás metiendo y qué cosas puede hacerte en el cuerpo, ¿no? Entonces yo creo que eso ya yo me fui dando cuenta después porque también fui conociendo personas que están en la misma situación o que también tomaban pastillas y también les generaron cambios en el ámbito sexual. (Joaquín, 24)

[...] No. Yo tampoco pregunté, o sea, a mí solo me dijeron, puedes sentir un poco de adormecimiento, esto el otro, pero eran más temas, no de sexualidad, sino de en general mi cuerpo, cómo se va a sentir durante ese tiempo, ¿no? Me generaba esa desesperación, no aceptación, esa frustración de que no podía y me comenzaba a dar cuenta, pues, que eran más que nada temas de la medicación, pero en ningún momento se me mencionó a mí. (Camila, 23)

Respecto a esto, Atmaca (2020) refiere que es probable que los y las profesionales de la medicina esperen que los y las pacientes expresen los efectos secundarios sexuales por motivación propia, en lugar de informar de antemano. Sin embargo, esto termina siendo más difícil en comparación con preguntar directamente sobre la aparición de estos efectos, ya que puede considerarse vergonzoso en muchas ocasiones para quienes van a usar esta medicación.

En la misma línea, en el estudio realizado por Higgins et al. (2006) en donde se entrevista a un grupo de enfermeras australianas que trabajan con psiquiatras en un hospital; se evidenció por el mismo personal de salud que la presentación de la elección entre tener salud mental o una vida sexual satisfactoria puede tener un efecto negativo significativo en el sentido de esperanza y optimismo de la persona frente a la medicación. Es por ello que el personal de salud en este estudio afirmó que, al no dar esa información, de alguna forma podían controlar el comportamiento de los y las pacientes y evitar que dejen el medicamento,

por lo que apelaron al “principio de beneficencia” para respaldar estas acciones (Higgins et al., 2006).

No obstante, se tiene conocimiento acerca de las estrategias utilizadas actualmente para aliviar la disfunción sexual inducida por antidepresivos, y se ha comprobado que la “espera vigilante”, la cual consiste en esperar a que la persona mencione los efectos secundarios antes de ser dichas por el o la profesional de salud, no es efectiva para el tratamiento ni beneficiosa para la persona (Gregorian et al., 2002).

### ***Se conversó del tema con quien le recetó la medicación o con otra persona que pudiera orientar***

En cuanto al quinto subtema, se obtuvo que dos de las personas participantes reportaron haber conversado al respecto de su disfunción sexual inducida por antidepresivos. En el caso de la participante mujer, acudió tanto con quien la medicó, como con un ginecólogo. Mientras que el participante hombre conversó en primer lugar con su psicólogo, y posteriormente con el psiquiatra que lo medicó.

[...] Bueno con mi psicólogo en un momento porque yo dejé el psicólogo, de ahí volví y él me dijo ah sí, claro, eso puede pasar...el psiquiatra me dijo nomás, o sea creí que no te iba a pasar eso porque no le pasa a todo el mundo y según los estudios es a una minoría. (Erick, 28)

[...] Pues consulté con el psiquiatra y fui también al ginecólogo, y pues el psiquiatra me bajó la dosis. Me bajó la dosis por un tiempo y fuimos como bajando la dosis y luego subiéndola y tal también el ginecólogo, me recomendó maca. Sí, me recomendó eso, pues también me habló de la lubricación que es muy importante y tal, pero bueno, sí, eso fui a pedir consejos ayuda a los doctores. (Sofía, 26)

Frente a esto, Gregorian (2002) y La Torre et al. (2013), aluden a que, para el/la paciente con disfunción sexual inducida por medicamentos, el o la doctora se enfrenta a diversas opciones; entre ellas, alterar la dosis con el fin de encontrar una dosis efectiva que minimice los efectos adversos, o cambiar a un antidepresivo con menos efectos adversos en el plano de la sexualidad. Esto quiere decir que existen diferentes opciones para poder afrontar la problemática sin perjudicar el bienestar de la persona.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que esto fue reportado, en primer lugar, por una persona que retomó una terapia psicológica y que la disfunción sexual no fue la motivación principal para esto; mientras que en el caso de lo reportado por la participante mujer, es importante recalcar que es una mujer sexualmente activa, lo cual se relaciona con lo hallado por Mitchell et al. (2013), en donde se demuestra que es más común que las

mujeres sexualmente activas busquen ayuda o consejos sobre estos problemas en comparación con las no activas.

Finalmente, también es relevante mencionar que ambas personas mencionaron tener una actitud positiva frente a su diagnóstico y medicación, tanto en el pasado (en el caso del participante hombre) como en la actualidad, lo cual repercute en que hayan sentido más comodidad discutiendo sobre su tratamiento y sus problemas de salud sexual con profesionales de la salud (Apantaku-Olajide et al., 2011).

### ***Consideran importante el que se mencione la posibilidad de que aparezcan efectos secundarios en cuanto a la sexualidad***

El penúltimo subtema recolecta información de los y las participantes acerca de lo importante que consideran que es que se mencione previamente sobre todos los efectos secundarios en general que podría ocasionar un medicamento. Alegan que, de esta manera, hubiesen podido evitar experimentar sentimientos de confusión, culpabilidad y/o preocupación. Incluso algunas personas reportaron haber investigado por sí mismas a través de internet sobre la problemática al no haber tenido información previa de sus médicos.

[...] O sea bastante porque desde el inicio no hubiese pensado que de repente el problema era yo, sino cosas diferentes como el hecho de que la medicación es la que está afectando a mi cuerpo, ¿no?... cuando tenía 18, 19 creo, ahí fue la primera vez que me pasó, ahí fue cuando yo en verdad me frustraba y sentía que era como mi culpa o que era el estrés o no... nunca realmente al inicio no lo había asociado hasta que después googleé y ya, pues no. (Camila, 23)

[...] Demasiado importante porque ya hubiera sabido qué hacer un comienzo, de qué se trataba... como no me hubiera prendido el foco, como que "ay algo está pasando, por qué está pasando esto", entonces sí, yo creo que hubiera sido bien importante que me digan. (Joaquín, 24)

Adicionalmente, se considera importante añadir uno de los comentarios finales que realizó uno de los participantes hombres, acerca de la importancia de que se pueda divulgar este tipo de información y así evitar las repercusiones negativas que puede haber a nivel psicológico.

[...] Espero de todo corazón, que esta sea una investigación satisfactoria y que se divulgue por todos lados y que la gente sepa de esto porque puede hacer miserable la vida de muchas personas lamentablemente, entonces se tiene que crear una conciencia en tanta gente que se deprime y que toma antidepresivos y que no sabe que puede sufrir de este tipo de cosas. Me parece gravísimo. Entonces, era ese miedo, toda esa vergüenza y todo muy como que los estudios estaban, pero no se

comentaron, no se decía, claro, y eso que en esa época no había tanto. Ahora hay más, ¿no? Pero igual me parece algo muy muy grave, es un tema muy importante también en general, el mundo occidental, que ahora está tan empastillado, digamos, entonces espero que pueda ser divulgado definitivamente (Erick, 28).

Sobre esto, Olfson et al. (2001) hallaron que profesionales de la psiquiatría tenían menos probabilidades de preguntar sobre problemas en la función sexual que sobre problemas en otras áreas, y esto ocurrió en mayor medida en pacientes mujeres que hombres. Además, en el mismo estudio se halló que hubo una tendencia a que las mujeres fueran tratadas en mayor medida con antidepresivos ISRS, mientras que a los hombres se los trató con otros antidepresivos como trazodona y bupropión, los cuales tienen mecanismos de acción atípicos y que en su mayoría no generan efectos secundarios en el ámbito sexual (Olfson et al., 2001). Esto pone en cuestionamiento la temática del enfoque androcentrista de la medicina y cómo la problemática de alguna forma está mucho más invisibilizada en el caso de las mujeres; lo que hace necesario seguir indagando en este tema con mayor profundidad.

### ***Se ha considerado dejar la medicación debido a sus efectos secundarios***

Finalmente, este último subtema alude a que la mayoría de las personas que participaron mencionaron haber querido dejar la medicación, o incluso haberlo hecho en algún momento debido a sus efectos secundarios en el ámbito de la sexualidad. Sin embargo, con el tiempo priorizaron los efectos positivos de los medicamentos y, por ende, su salud mental. “[...] Sí, sí, como te digo, es que ya, pues imagínate si te dicen “No, que es normal” entonces si no me vas a cambiar la medicación y no hay una solución, la solución es dejarlo ¿No? (Astrid, 26).

Respecto a esto, Rosenberg et al. (2003) encontraron en su estudio que el 42% de los hombres y el 15% de las mujeres que participaron interrumpieron el tratamiento con antidepresivos debido a las creencias percibidas sobre los efectos adversos en el plano sexual. En la misma línea, Atmaca (2020) demostró que los efectos secundarios sexuales son una de las principales razones por las que los y las pacientes prefieren dejar el tratamiento con ISRS.

Por otro lado, según Gutiérrez y Stimmel (1999), el riesgo de que las personas usuarias disminuyan su dosis o interrumpan el tratamiento debido a una disfunción sexual puede minimizarse, educándolas sobre la posibilidad de que se dé el problema y asegurándoles que el tratamiento puede modificarse. Por ende, se infiere que mientras más información se le brinde a la persona, habría menores creencias percibidas negativas, y como consecuencia, menos interrupciones del tratamiento. Esto es de suma importancia, ya que

este problema puede tener un impacto en la planificación del tratamiento, la recuperación del episodio de la enfermedad, la calidad de vida y la adherencia al régimen de medicación, entre otros aspectos (Balon, 2006).





## Conclusiones

En primer lugar, se concluye que la disfunción sexual es tanto un síntoma de la depresión como un efecto adverso de muchos antidepresivos, y puede manifestarse afectando a cualquiera de los ciclos de la respuesta sexual. Así, la disfunción sexual inducida por antidepresivos ISRS afecta tanto a hombres como a mujeres en diversos ámbitos de la vida, pudiendo influir en el bienestar emocional y la calidad de las relaciones sentimentales.

Por otro lado, se obtuvo que el estar o no en una relación estable, y el tipo de relación que se tiene con la pareja sexual, son variables que influyen en cómo se aborda la problemática, ya sea de manera más positiva o más negativa.

Además, a pesar de las consecuencias que trae consigo la disfunción sexual inducida por antidepresivos ISRS, las personas son capaces de desarrollar diversas estrategias de afrontamiento frente a esto. Incluso, en la mayoría de los casos, se opta por priorizar la salud mental en lugar de los posibles efectos que puedan surgir en el ámbito sexual, ya que hay consciencia de que hubo una motivación al buscar ayuda en un inicio, con el fin de experimentar bienestar y finalmente tener una mejor calidad de vida.

En cuanto a la información que se le brinda a la persona usuaria de esta medicación, es necesario que los y las profesionales de la salud evalúen la función sexual de manera sistemática en pacientes con depresión antes de seleccionar la medicación antidepresiva más adecuada. Es sumamente importante que informen sobre todos los efectos secundarios que puede tener un medicamento, incluyendo los que afectan al ámbito sexual. Esto debe darse de igual manera tanto para hombres como para mujeres, y así fomentar a que el enfoque androcentrista de la medicina cambie a uno más inclusivo y concreto hacia las especificidades que puede tener la problemática.

Así, todo lo mencionado anteriormente es relevante porque se ha demostrado que la provisión de información efectiva y el seguimiento de la persona usuaria durante todo el tratamiento son esenciales para evitar la discontinuación del medicamento debido a sus efectos secundarios y así evitar el deterioro del estado de salud mental de las personas.

Es valioso mencionar que, a pesar de los hallazgos encontrados, esta investigación presenta algunas limitaciones. El que la sexualidad sea un tema tabú y polémico en nuestra sociedad tiene como consecuencia que exista muy poca bibliografía y estudios empíricos en el contexto latinoamericano, y aún menos en el peruano. Además, se sabe muy poco acerca de la problemática y casi no se ha abordado desde un enfoque cualitativo a nivel general. Por ende, se plantea como recomendación el que se puedan realizar más estudios en contextos diversos que aborden esta problemática y especialmente la experiencia emocional de las

personas que la viven, ya que se ha demostrado que afecta de diversas formas al bienestar emocional.

Por último, es relevante mencionar los posibles aportes de esta investigación, los cuales son, en primer lugar, brindar conocimiento sobre la problemática en general, dado que es un tema tabú y muy poco abordado; en segundo lugar, visibilizar la experiencia emocional de quienes atraviesan esta problemática; por último, fomentar que la comunicación profesional de la medicina - paciente sea más asertiva en cuanto a temas de la medicación y sus efectos secundarios, con el fin de disminuir el impacto negativo en aspectos psicosexuales.



### Plan de devolución

En cuanto al plan de devolución, se plantea una devolución de resultados individual, la cual permitirá cuidar la privacidad y el anonimato de las personas participantes, así como la información brindada. Esta devolución será llevada a cabo por medio de la plataforma Zoom durante un horario y día que se acomode a la disponibilidad del/de la participante.

También, respecto al objetivo de la investigación, este será presentado como fue formulado en un inicio: “Conocer la experiencia sexual de jóvenes, hombres y mujeres, de Lima Metropolitana, que se encuentren en un tratamiento con antidepresivos ISRS”; y se les mencionarán puntualmente los objetivos específicos respectivos.

Asimismo, en la devolución se priorizará aquellos temas que podrían ser de interés para los/las participantes. Adicionalmente, es importante mencionar que se empleará un lenguaje sencillo para realizar esta devolución de los resultados, con el fin de evitar el uso de terminología psicológica o expresiones complejas que podrían dificultar la comprensión de la información.

Para validar y asegurar el rigor y calidad del estudio, también se realizará el recojo de las opiniones de los/las participantes. Para ello, se les consultará, por ejemplo, qué opinan de los hallazgos encontrados, si estaban al tanto de estos, si es información nueva, si creen que se podrían haber cubierto los temas de manera distinta, entre otros.

Por último, respecto a las consideraciones éticas, se recalca que en la investigación se tuvo un posicionamiento horizontal en todo momento, y se estableció un adecuado *rapport*, lo cual contribuyó a que la información y conocimiento se construya de manera conjunta entre la investigadora y los y las participantes de manera objetiva y sin generar sesgos. Además, se veló por el bienestar de las personas durante el proceso, por lo que se tuvo preparado un protocolo de contención y derivación, teniendo en cuenta que es un tema tabú y sensible.

## Referencias

- Annamalai, A. (2017). Sexual Dysfunction. In: Medical Management of Psychotropic Side Effects. *Springer, Cham*. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-51026-2\\_18](https://doi.org/10.1007/978-3-319-51026-2_18)
- Apantaku-Olajide, T., Gibbons, P., y Higgins, A. (2011). Drug-induced sexual dysfunction and mental health patients' attitude to psychotropic medications. *Sexual and Relationship Therapy*, 26(2), 145–155. doi:10.1080/14681994.2011.5672
- Atmaca, M. (2020). Selective Serotonin Reuptake Inhibitor-Induced Sexual Dysfunction: Current Management Perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, Volume 16*, 1043–1050. doi:10.2147/ndt.s185757
- Atwood, J. D., y Klucinec, E. (2007). Current State of Sexuality Theory and Therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 6(1-2), 57–70. doi:10.1300/j398v06n01\_06
- Bahrack A. (2008). Persistence of sexual dysfunction side effects after discontinuation of antidepressant medications: emerging evidence. *Open Psychol J.* 1(1):42–50. doi:10.2174/1874350100801010042
- Balon, R. (2006). SSRI-Associated Sexual Dysfunction. *American Journal of Psychiatry*, 163(9), 1504–1509. doi:10.1176/ajp.2006.163.9.150
- Basson, R. (2015). Human sexual response. *Handbook of Clinical Neurology*, 11–18. doi:10.1016/b978-0-444-63247-0.00002-x
- Basson, R., y Gilks, T. (2018). Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Women's Health*, 14, 174550651876266. doi:10.1177/1745506518762664
- Baldwin D., y Mayer A. (2003). Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Adv Psychiatr Treat.* 9:202–10.
- Bijlsma, E. Y., Chan, J. S. W., Olivier, B., Veening, J. G., Millan, M. J., Waldinger, M. D., y Oosting, R. S. (2014). Sexual side effects of serotonergic antidepressants: Mediated by inhibition of serotonin on central dopamine release? *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 121, 88–101. doi:10.1016/j.pbb.2013.10.004
- Boislard, M., van de Bongardt, D., y Blais, M. (2016). Sexuality (and Lack Thereof) in Adolescence and Early Adulthood: A Review of the Literature. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 6(1), 8. <https://doi.org/10.3390/bs6010008>
- Braun, V., y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Bull, S. A., Hunkeler, E. M., Lee, J. Y., Rowland, C. R., Williamson, T. E., Schwab, J. R., y Hurt, S. W. (2002). Discontinuing or Switching Selective Serotonin-Reuptake Inhibitors. *Annals of Pharmacotherapy*, 36(4), 578–584. doi:10.1345/aph.1a254

- Clayton, A., Keller, A., y McGarvey, E. (2006). Burden of phase-specific sexual dysfunction with SSRIs. *Journal of Affective Disorders*, 91(1), 27–32.  
doi:10.1016/j.jad.2005.12.007
- Claxton, S. y Van Dulmen, M. (2015). Casual Sexual Relationships and Experiences in Emerging Adulthood. *Emerging Adulthood*, 1(2), 138–150.  
10.1177/2167696813487181
- Chanduví, E. (2017). Conservatives Oppose Teaching Gender Equality in Peruvian Schools. <https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=15495&context=notisur>
- Colegio de Psicólogos del Perú (2018). *Código de ética y deontología*. Colegio de Psicólogos del Perú.
- Crooks, R. y Baur, K. (2013). *Our Sexuality*. Cengage Learning.
- Döring, N. (2020). Sex Toys. *Encyclopedia of Sexuality and Gender*, 1–10. doi:10.1007/978-3-319-59531-3\_62-1
- Eaglin, A., y Bardzell, S. (2011). Sex toys and designing for sexual wellness. *Proceedings of the 2011 Annual Conference Extended Abstracts on Human Factors in Computing Systems - CHI EA '11*. doi:10.1145/1979742.1979879
- Espínola, Y. y Figueredo, R. (2019). Adaptación a la vida universitaria. Estudio de casos de alumnos de la Universidad Nacional de Pilar provenientes del interior del departamento de Ñeembucú. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar*, 3(1). 74-96.  
<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/download/6/5/>
- Flynn, K. E., Lin, L., Bruner, D. W., Cyranowski, J. M., Hahn, E. A., Jeffery, D. D., Reese, J. B., Reeve, B. B., Shelby, R. A. y Weinfurt, K. P. (2016). Sexual Satisfaction and the Importance of Sexual Health to Quality of Life Throughout the Life Course of U.S. Adults. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1642–1650.  
doi:10.1016/j.jsxm.2016.08.011
- Filocamo, M., y Di Donato, N. (2017). Evaluation Systems of Female Sexual Function. In E. Costantini, D. Villari & M. Filocamo, *Female Sexual Function and Dysfunction* (1ra ed., pp. 33 - 46). Suiza: Springer Cham. <https://link-springer-com.ezproxybib.pucp.edu.pe/content/pdf/10.1007/978-3-319-41716-5.pdf>
- Folgueiras Bertomeu, P. (2016). La entrevista. *Depósito Digital de la Universidad de Barcelona*.
- Furman, W., y Shaffer, L. (2011). Romantic partners, friends, friends with benefits, and casual acquaintances as sexual partners. *Journal of sex research*, 48(6), 554–564.  
<https://doi.org/10.1080/00224499.2010.535623>

- Grime, J., y Pollock, K. (2004). Information versus experience: a comparison of an information leaflet on antidepressants with lay experience of treatment. *Patient Education and Counseling*, 54(3), 361–368. doi:10.1016/j.pec.2004.02.003
- Gregorian, R. S., Golden, K. A., Bahce, A., Goodman, C., Kwong, W. J., y Khan, Z. M. (2002). Antidepressant-Induced Sexual Dysfunction. *Annals of Pharmacotherapy*, 36(10), 1577–1589. doi:10.1345/aph.1a195
- Grover, S., Shah, R., Dutt, A., y Avasthi, A. (2012). Prevalence and pattern of sexual dysfunction in married females receiving antidepressants: An exploratory study. *Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics*, 3(3), 259. doi:10.4103/0976-500x.99430
- Gutierrez, M. A., y Stimmel, G. L. (1999). Management of and Counseling for Psychotropic Drug-Induced Sexual Dysfunction. *Pharmacotherapy*, 19(7), 823–831. doi:10.1592/phco.19.10.823.31553
- Haslam, C. (2004). Patients' experiences of medication for anxiety and depression: effects on working life. *Family Practice*, 21(2), 204–212. doi:10.1093/fampra/cmh218
- Hernández, T. y García, L. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I). *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, (33), 6. <https://www.nureinvestigacion.es//OJS/index.php/nure/article/view/408>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la Investigación. Sexta Edición. Editorial McGraw-Hill. México.
- Higgins, A., Barker, P., y Begley, C. M. (2006). Iatrogenic sexual dysfunction and the protective withholding of information: in whose best interest? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(4), 437–446. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.01001.x
- Hirsch, M., y Birnbaum, R.J. (2019). Sexual dysfunction caused by selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs): management. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/sexual-dysfunction-caused-byselective-serotonin-reuptake-inhibitors-ssrismanagement>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (13 de febrero de 2020). *En el país se celebraron más de noventa y dos mil matrimonios durante el año 2018*. <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-pais-se-celebraron-mas-de-noventa-y-dos-mil-matrimonios-durante-el-ano-2018-12057/>
- Jovanovic, J., y Williams, J. (2019). Emerging Adulthood. *Encyclopedia of Sexuality and Gender*, 1–7. doi: 10.1007/978-3-319-59531-3\_25-1

- Karp, D. A. (1993). Taking anti-depressant medications: Resistance, trial commitment, conversion, disenchantment. *Qualitative Sociology*, 16(4), 337–359.  
doi:10.1007/bf00989969
- Keks, N. A., Hope, J., y Culhane, C. (2014). Management of antidepressant-induced sexual dysfunction. *Australasian Psychiatry*, 22(6), 525–528.  
doi:10.1177/1039856214556323
- La Torre, A., Giupponi, G., Duffy, D., y Conca, A. (2013). Sexual Dysfunction Related to Psychotropic Drugs: A Critical Review - Part I: Antidepressants. *Pharmacopsychiatry*, 46(05), 191–199. doi:10.1055/s-0033-1345205
- Lee, T. I., Issac, J., Lin, S.-H., Yeh, T. L., Lee, I. H., Chen, P. S., ... Yang, y. K. (2013). Gender difference in antidepressant-related sexual dysfunction in Taiwan. *General Hospital Psychiatry*, 35(4), 407–411. doi:10.1016/j.genhosppsych.201
- Lehmiller, J. (2017). *The Psychology of Human Sexuality*. Wiley-Blackwell.
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Corona, G., Hayes, R. D., Laumann, E. O., Moreira, E. D., Rellini, A.H., y Seagraves, T. (2010). Original articles: Definitions/Epidemiology/Risk Factors for Sexual Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(4), 1598–1607. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01778.x
- Lorenz, T., Rullo, J., y Faubion, S. (2016). Antidepressant-Induced Female Sexual Dysfunction. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(9), 1280–1286.  
doi:10.1016/j.mayocp.2016.04.0
- Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1980). *The Pleasure Bond: A new look at sexuality and commitment*. Toronto: Bantam Books.
- Martino, M. (2016). Formación de pareja y familia en los jóvenes cubanos: un análisis desde la perspectiva sociodemográfica. *Revista Novedades en Población*, 12(23), 45-54. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-40782016000100005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782016000100005)
- Maruccia, S., y Maurizi, A. (2017). Anatomical and Physiological Description of Women's Sexuality. In E. Costantini, D. Villari & M. Filocamo, *Female Sexual Function and Dysfunction* (1ra ed., pp. 7 - 26). Suiza: Springer Cham. <https://link-springer-com.ezproxybib.pucp.edu.pe/content/pdf/10.1007/978-3-319-41716-5.pdf>
- McCarthy, B. W., y Bodnar, L. E. (2005). The equity model of sexuality: Navigating and negotiating the similarities and differences between men and women in sexual behaviour, roles and values. *Sexual and Relationship Therapy*, 20(2), 225–235. doi:10.1080/14681990500113229
- Meyrick, J. (2006). What is good qualitative research?: A first step towards a comprehensive approach to judging rigour/quality. *Journal of Health Psychology*, 11(5), 799 – 808.

- Mitchell, K. R., Mercer, C. H., Ploubidis, G. B., Jones, K. G., Datta, J., Field, N., ... Wellings, K. (2013). Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*, 382(9907), 1817–1829. doi:10.1016/s0140-6736(13)62366-1
- Montejo, A. L., Calama, J., Rico-Villademoros, F., Montejo, L., González-García, N., y Pérez, J. (2019). A Real-World Study on Antidepressant-Associated Sexual Dysfunction in 2144 Outpatients: The SALSEX I Study. *Archives of Sexual Behavior*. doi:10.1007/s10508-018-1365-6
- Nóblega, M., Vera, A., Gutiérrez, G., y Otiniano, F. (2020). *Criterios Homologados de Investigación en Psicología (CHIP) Investigaciones Cualitativas*. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Olfson, M., Zarin, D. A., Mittman, B. S., y McIntyre, J. S. (2001). Is gender a factor in psychiatrists' evaluation and treatment of patients with major depression? *Journal of Affective Disorders*, 63(1-3), 149–157. doi:10.1016/s0165-0327(00)00195-6
- Olmstead, S. (2020). A decade review of sex and partnering in adolescence and young adulthood. *Journal of Marriage and Family*, 82(2), 769-795. <https://doi.org/10.1111/jomf.12670>
- O'Mullan, C., Doherty, M., Coates, R., y Tilley, P. J. M. (2015). Searching for answers and validation: Australian women's experiences of coping with the adverse sexual effects of antidepressants. *Australian Journal of Primary Health*, 21, 305–309.
- Papalia, D., Feldman, R. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. McGraw Hill.
- Phillips, N. A., y Bachmann, G. (2015). Female sexual dysfunction. *Clinical Gynecology*, 75–84. doi:10.1017/cbo9781139628938.0
- Polit, D. F., y Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Price, B. (2009). Exploring attitudes towards older people's sexuality. *Nursing Older People*, 21(6), 32–39. doi:10.7748/nop2009.07.21.6.32
- Quinn, C., Happell, B., y Browne, G. (2011). Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(1), 21–28. doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00705.x
- Rapaport, L (2015). Antidepressants have sexual side effects in teens, too. Reuters. <http://www.reuters.com/article/us-antidepressantsteens-side-effects-idUSKBN0MJ24C20150323>.
- Reddy, N., Swamy, V., Pandiyan, N., y Dupesh, S. (2017). Sexual Dysfunction and Infertility. In: Gunasekaran, K., Pandiyan, N. (eds) *Male Infertility*. Springer, New Delhi. [https://doi.org/10.1007/978-81-322-3604-7\\_16](https://doi.org/10.1007/978-81-322-3604-7_16)

- Reichenpfer, U., Gartlehner, G., Morgan, L. C., Greenblatt, A., Nussbaumer, B., Hansen, R. A., Van Noord, M., Lux, L., y Gaynes, B. N. (2013). Sexual Dysfunction associated with Second-Generation Antidepressants in Patients with Major Depressive Disorder: Results from a Systematic Review with Network Meta-Analysis. *Drug Safety*, 37(1), 19–31. doi:10.1007/s40264-013-0129-4
- Rodríguez, I. (2020). Sex Détox. Sin Fronteras.
- Roncero, M., y García-Soriano, G., (2014). El proceso de la entrevista. C. Perpiñá, *Manual de entrevista psicológica: saber escuchar, saber preguntar*, 177-200.
- Rosenberg, K. P., Bleiberg, K. L., Koscis, J., y Gross, C. (2003). A Survey of Sexual Side Effects Among Severely Mentally Ill Patients Taking Psychotropic Medications: Impact on Compliance. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(4), 289–296. doi:10.1080/00926230390195524
- Roy, P., Gupta, B., Tripathi, A., Nischal, A., Dalal, P., y Kar, S. (2019). Sexual functioning in females with depression in remission receiving escitalopram. *Indian Journal of Medical Research*, 150, 606–611. [https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.4103/ijmr.IJMR\\_1991\\_17](https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.4103/ijmr.IJMR_1991_17)
- Serretti, A., y Chiesa, A. (2009). Treatment-Emergent Sexual Dysfunction Related to Antidepressants. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 29(3), 259–266. doi:10.1097/jcp.0b013e3181a52
- Singh, V. P., Singh, A. P., y Singh, N. P. (2021). Sexual dysfunction in married female patients on antidepressants: A Cross Sectional Observational study from Patna medical college and hospital. *Asian Journal of Medical Sciences*, 12(10), 129–134. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.3126/ajms.v12i10.38883>
- Slomski, G. P. D. (2017). Sexual dysfunction. *Magill's Medical Guide (Online Edition)*.
- Villari, D. (2017). Sociocultural Considerations. In E. Costantini, D. Villari & M. Filocamo, *Female Sexual Function and Dysfunction* (1ra ed., pp. 1 - 6). Suiza: Springer Cham. <https://link-springer-com.ezproxybib.pucp.edu.pe/content/pdf/10.1007/978-3-319-41716-5.pdf>
- Vignozzi, L. (2017). Female Sexuality: A State of Mind. In E. Costantini, D. Villari y M. Filocamo, *Female Sexual Function and Dysfunction* (1ra ed., pp. 27 - 32). Suiza: Springer Cham. <https://link-springer-com.ezproxybib.pucp.edu.pe/content/pdf/10.1007/978-3-319-41716-5.pdf>
- Witting, K., Santtila, P., Varjonen, M., Jern, P., Johansson, A., Von Der Pahlen, B., y Sandnabba, K. (2008). ORIGINAL RESEARCH—COUPLES' SEXUAL DYSFUNCTIONS: Female Sexual Dysfunction, Sexual Distress, and Compatibility

with Partner. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(11), 2587–2599. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00984.x

Yarber, W. y Sayad, B. (2018). *Human Sexuality: Diversity in Contemporary Society*. McGraw-Hill Education.



## Apéndices

### Apéndice A. Consentimiento Informado

El fin de este documento es el de brindar información relevante, al/la/le participante, en torno a la presente investigación y su participación en la misma. Este estudio es conducido por Chiara Krüger en el marco del curso de Seminario de Tesis de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. El objetivo de la investigación es conocer la experiencia sexual de jóvenes, hombres y mujeres, de Lima Metropolitana que se encuentren en un tratamiento con antidepresivos ISRS.

Si usted acepta ser parte de este estudio, se le pedirá participar de una entrevista que durará aproximadamente de 40 a 60 minutos. Por motivos de la investigación, la conversación será grabada, de modo que la investigadora podrá tener un registro más detallado de lo que usted comparta. Sin embargo, luego de realizado el estudio, las grabaciones y transcripciones de las entrevistas serán guardadas y encriptadas hasta 5 años luego de la publicación de los hallazgos según los estándares éticos internacionales y solo tendrán acceso a la misma la coordinadora y el equipo de trabajo del proyecto.

La participación en esta investigación es voluntaria. Si en algún momento de la entrevista se siente incómodo/a/e y desea retirarse o decide no responder a alguna(s) pregunta(s), tiene el derecho de hacerlo sin que ello signifique un perjuicio para usted. La información que brinde no se someterá a ningún juicio de valor y usted no será cuestionados/a/e por ningún motivo. En caso se sienta movilizado/a/e por alguna pregunta o tema abordado en la entrevista, tenga en cuenta que se cuenta con un protocolo de contención emocional que se activará de ser necesario.

La información que se recoja a partir de su entrevista es confidencial; por lo que su identidad será protegida. Es decir, no se utilizará para ningún propósito no contemplado en el estudio y, además, se usará un código de identificación de protección para referirse a usted. Si en algún momento tiene una duda, usted es libre de hacer las interrogantes en el momento en que lo desee. La información que usted proporcione será utilizada estrictamente para fines de la investigación: publicación de resultados, artículos de investigación o documentos afines. Asimismo, se implementará un protocolo de devolución de resultados a través de una ficha informativa distribuida a los/las/les participantes de la investigación que deseen recibirla, así como un evento de presentación de resultados organizado por el Grupo de Investigación Psicología, Cultura y Género.

Una vez escuchados los términos anteriormente estipulados y recibida información verbal en torno a esta investigación. Al responder afirmativamente, está de acuerdo con que la información que brinde sea utilizada con fines de la investigación y de forma confidencial. Entiende, además, que tiene la opción de abandonar la entrevista y/o hacer preguntas en el momento en que lo desee, sin que ello signifique perjuicios para su persona, así como no responder una pregunta en particular que le genere incomodidad. Ante cualquier duda o reporte de resultados, puede comunicarse con Noelia R., asesora de la tesis al correo [noelia.rodrigueze@pucp.edu.pe](mailto:noelia.rodrigueze@pucp.edu.pe) o con Chiara K. al correo [chiara.kruger@pucp.edu.pe](mailto:chiara.kruger@pucp.edu.pe), investigadora responsable.

¿Acepta usted participar de la entrevista?



## Apéndice B. Protocolo de Contención Emocional Virtual y Anexos de derivación

En la práctica investigativa, existen temas que pueden ser movilizantes para muchas personas (tanto participantes como investigadores/as), despertándose fuertes respuestas afectivas y de ansiedad. Por este motivo, es una necesidad ética que los/las investigadores/as sean capaces de ser conscientes y prever los efectos que sus técnicas de recolección puedan tener en los/las participantes; así como también reconocer la importancia del autocuidado (en la investigación y cualquier otra actividad psicológica).

Particularmente, en cuanto a los/las participantes, los/las investigadores/as deben estar capacitados/as para contener afectivamente a los/las participantes y responder apropiadamente ante situaciones de distrés emocional que observen en ellos/ellas durante el proceso de recolección de información. Con esto en mente, les proponemos este protocolo de contención virtual, el cual busca ser una herramienta de soporte para el/la investigador/a. Este protocolo está compuesto por cuatro partes:

- 1) Herramientas actitudinales para el recojo de información;
- 2) Consideraciones especiales para técnicas de recolección sincrónica;
- 3) Consideraciones especiales para técnicas de recolección asincrónica
- 4) Anexos de derivación

### 1) Herramientas actitudinales para el recojo de información

- **Escucha empática:** Muchas veces lo que nos comparte una persona puede no resultarnos familiar, e incluso extraño. Entonces, para poder entender lo que se nos dice, es necesario escuchar a la persona con empatía, es decir, **desde su propio marco de referencia (afectivo y social)**. Esto implica entrar a un juego imaginativo donde, por momentos, nos “ubicamos” en el lugar de la otra persona, para luego volver a uno/a mismo/a, y así compenetrarse con lo que la otra persona siente y piensa.
- **Escucha activa y respetuosa:** Aunado a la escucha empática, es importante recordar que cuando conversamos con alguien, debemos aprender a escuchar atenta y respetuosamente. Una **escucha activa** implica estar atento/a al contenido del discurso, no sólo a lo explícito, sino también a las **connotaciones** del lenguaje, al **tono afectivo** que acompaña al discurso (es decir, *cómo* se dicen las cosas), y a la **congruencia entre el lenguaje verbal (lingüístico y paralingüístico) y no verbal**. Por su lado, una **escucha respetuosa** implica **no prejuzgar ni juzgar** aquello que la persona nos comparte, utilizando nuestros propios horizontes de comprensión (incluso si no estamos de acuerdo con lo compartido). Estamos en un rol de investigadores/as, preguntamos para descubrir y comprender aquello que el/la participante nos cuenta, mas no para hacer un juicio de valor ni hacer algún tipo de diagnóstico de aquello que se nos comparte.
- **Consideración positiva:** Además de la escucha respetuosa, libre de prejuicios y juicios de valor, debemos también **valorar que la persona participante está**

**haciendo lo mejor que puede según sus circunstancias y su nivel de conciencia;** aún así no nos parezca “adecuado” lo que nos cuente.

- **Favorecer la expresión:** Dado que nos interesa comprender el fenómeno de estudio desde la perspectiva de los/las participantes, es importante ser capaces de facilitar su expresión. En caso percibamos que el/la participante responde de forma superficial o presente dificultades para elaborar sus experiencias, se sugiere el uso de repreguntas (p. ej., “¿cómo así?”, “¿y qué significa para ti esto que me mencionas?”) o de la técnica del “reflejo” (repetir lo último que dijo la persona) para **favorecer sus procesos de elaboración y expresión de la experiencia narrada.**
  - Por el contrario, si presentimos u observamos que esta dificultad para elaborar sus respuestas podría ser el resultado de una fuerte respuesta afectiva o de ansiedad sentida por el/la participante, podríamos preguntarle a la persona, muy respetuosamente, si es que la pregunta o estímulo le genera algún tipo de incomodidad; y de ser así, se le pregunta si prefiere pasar a la siguiente pregunta/estímulo, o si gusta detener la entrevista para brindarle un espacio de escucha y contención.
- **Concretización:** El lenguaje es un fenómeno psicosocial cargado de afectos y connotaciones que escapan a la literalidad del contenido manifiesto. Por este motivo, es importante **explorar el significado personal (connotativo)** de aquello mencionado por el/la participante, así como **las particularidades de las situaciones narradas.** En este sentido, lejos de presumir o hacer asunciones sobre sus experiencias, sugerimos explorar las especificidades del discurso. Para ello, podemos utilizar repreguntas; por ejemplo, “cómo así”, “como cuál”, “para qué”, “cómo”, “por qué”, “cuándo”, “dónde”, entre otras.

## 2) Consideraciones especiales para técnicas de recolección sincrónicas

- Durante el transcurso de estas conversaciones sincrónicas, la **privacidad** cobra un nuevo significado. Si bien el/la participante puede, o no, disponer de un espacio privado, **el/la entrevistador/a debe procurar encontrarse en un espacio privado y seguro, libre de interrupciones,** de modo que pueda prestarle respetuosa atención a la persona entrevistada, y al mismo tiempo, garantizar que lo comunicado no sea escuchado por terceros.
- Durante el transcurso de los encuentros virtuales, con el propósito de facilitar el establecimiento de un vínculo más cálido en el cual se desarrollará la conversación, **el/la entrevistador/a, en la medida de lo posible, tendrá su cámara encendida,** de modo que la persona participante pueda tener la imagen de una persona frente a sí.
- En caso el/la participante encuentre su capacidad de contención afectiva desbordada por la magnitud de los afectos presentes en la comunicación, **cada entrevistador/a tendrá a su disposición una serie de técnicas de relajación<sup>[2]</sup> para facilitar su retorno a una sensación de tranquilidad.** En estos casos, se debe conversar con el/la participante si se encuentra afectivamente disponible para seguir con la entrevista; de lo contrario, brindarle un espacio de escucha y contención, y de ser posible, programar una segunda sesión para continuar con la entrevista.

- En caso esta situación ocurra durante una **entrevista por chat**, se detendrá la entrevista y se le preguntará a el/la participante si desea conversar por llamada o videollamada para facilitar la técnica de relajación. En caso la persona no lo desee, se le preguntará si desea continuar con la entrevista, o dejarlo para otro momento. En cualquier caso, previa explicación, se le facilitará por correo electrónico el documento “Anexos de derivación”.
- A continuación, les presentamos un ejemplo de escenario de desborde afectivo que puede ocurrir durante el transcurso de una entrevista sincrónica:

Ante la observación de un grado de malestar significativo, llanto o quiebre de la persona,

1. Pausar la grabación y la entrevista.
2. Se le indica que se hará una pausa a la entrevista y a la grabación, *“vamos a parar aquí por un momento la entrevista, y también vamos a detener la grabación”*.
  1. En todo momento, hacer contacto visual (dentro de lo posible) con la persona afectada<sup>[3]</sup>, de modo que se pueda facilitar una sensación de calidez, compañía, y que la persona participante perciba que se encuentra con alguien en quien puede confiar.
3. Validar la reacción y la expresión afectiva de el/la participante. Se le podría decir algo como lo siguiente, *“me estás comentando una experiencia difícil. Entiendo que pensar al respecto te puede hacer sentir angustia. Considera que estoy aquí para escucharte en caso lo necesites”*.
4. Realizar ejercicios de respiración para facilitar la relajación de la persona participante.
  1. Inhalar y exhalar *junto con* el/la entrevistado/a durante unos minutos hasta que la persona se sienta más tranquila.
    1. Se le indica a la persona respirar lenta y profundamente por las fosas nasales, dirigir el aire al estómago, retener la respiración por unos segundos (cinco aproximadamente), y luego exhalar lenta y profundamente por la boca.
    2. Durante este ejercicio de respiración, se le pide a la persona que preste atención solamente a la entrada y salida del aire, sin modificar su respiración. Podría ayudar si se cierran los ojos y se intenta visualizar un globo a la altura de la boca del estómago (debajo del esternón, entre las costillas) que se va inflando y desinflando junto a la respiración; también, con las manos se puede hacer como si se tocara el contorno del globo a medida que se infla y desinfla.
    3. Si aparecen pensamientos negativos durante el ejercicio de respiración, se le pide a la persona que focalice la atención en su respiración.
    4. Esperar a que el/la participante se calme.
5. Al final del ejercicio, cuando la persona haya logrado mayor tranquilidad, se le pregunta cómo está, si se siente más tranquilo/a, y si desea continuar con la entrevista o suspenderla.

1. En caso el/la participante decida terminar con la entrevista, se le pregunta si estaría bien programar una segunda sesión de la entrevista, o si desea dejar de participar en el proceso de investigación.
2. En cualquiera de ambos escenarios, se le agradece por su tiempo y por compartir sus experiencias con el/la entrevistador/a. Se le pregunta si desea recibir una cartilla con números telefónicos a los que puede acudir en caso desee ayuda profesional con su malestar. De ser así, se le envía por correo dicho documento (“Anexo de derivación”).

### 3) Consideraciones especiales para técnicas de recolección asincrónicas<sup>[4]</sup>

- Dado que en el uso de estas técnicas de recolección no podemos cerciorarnos de manera inmediata si el/la participante presenta un momento de intensa respuesta afectiva y/o de ansiedad generada por la investigación, es muy importante que durante el consentimiento informado se le informe a la persona que puede contactarse con el/la entrevistador/a si necesita ser escuchado/a, así como ofrecerle una lista de instituciones a las cuales puede acudir por ayuda profesional (documento “anexo de derivación”). De este modo, se le devuelve a la persona un recurso que puede utilizar para poder afrontar su malestar en un entorno seguro y con la ayuda de profesionales capacitados.
- Recomendamos que la investigadora monitoree y discuta previamente si el proceso de recolección de información vía encuestas, diarios o entrevistas no sincrónicas podría movilizar afectivamente a sus participantes.
- Durante el proceso de recolección de información, en caso se identifique que un/a participante se sienta afectivamente movilizado/a, la entrevistadora, deberá ofrecerle una llamada o videollamada para que el/la participante tenga un espacio de escucha y contención. Además, deberá **comunicar inmediatamente sobre esta situación a la asesora para poder planificar con mayor detenimiento dicho espacio de contención.**
  - Para este encuentro sincrónico, les brindamos algunos lineamientos:
    - Primero, se le debe indicar a el/la participante que este es un espacio seguro y que nada de lo conversado saldrá de este encuentro ni será considerado para el análisis de la información recogida.
    - Segundo, se le debe indicar al participante que estamos allí para escuchar lo que quiera compartir respecto a cómo le ha afectado o está afectando el pensar en los temas asociados al proceso de investigación.
    - Tercero, cuando el/la participante comparta sus afectos y pensamientos, debemos procurar mantener una escucha activa, empática y respetuosa.
    - Cuarto, además de facilitar el espacio de contención, debemos brindarle el listado de recursos del “Anexo de derivación”.
    - Recuerden que este no será un espacio de consejería ni de psicoterapia; además, deben ser conscientes del lugar de poder desde donde se posicionan al señalar que eres estudiante de

psicología. Por lo tanto, sean muy cuidadosos/as con aquello que puedan comunicarle a la persona.

#### 4) Anexos de derivación

El presente documento es una recopilación de recursos psicosociales (estatales y privados) a los cuales sus participantes pueden acceder en caso de necesitar algún tipo de ayuda profesional o legal. En este sentido, el anexo de derivación es un recurso en sí mismo del cual ustedes, como investigadores/as, se pueden servir para poder facilitar una contención afectiva a las personas con las que estén trabajando. Por ende, es importante que esta posibilidad quede explicitada durante el proceso del consentimiento informado.

Atención psicológica
Centro de Escucha de La Ruiz, : <a href="https://www.facebook.com/CentrodeEscuchadelaRuiz/">https://www.facebook.com/CentrodeEscuchadelaRuiz/</a> - Correo: <a href="mailto:centrodescucha.ruiz@uarm.pe">centrodescucha.ruiz@uarm.pe</a>
Centro de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima: WhatsApp 970-089-355
Lázuli - Atención psicológica virtual: <a href="https://www.facebook.com/lazulipe/">https://www.facebook.com/lazulipe/</a>
Línea gratuita de soporte emocional de la Sociedad Peruana de Psicoanálisis: Formulario para solicitar atención <a href="https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScFio7O7pcJBeWOFaxLK8viK2jIvmUwLLyjkZQyvShr8yiB3w/viewform">https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScFio7O7pcJBeWOFaxLK8viK2jIvmUwLLyjkZQyvShr8yiB3w/viewform</a>
Sentido - Centro Peruano de Suicidología y Prevención del Suicidio: 498-2711 <a href="http://www.sentido.pe">http://www.sentido.pe</a>
“Hora Segura”. Chat psicológico gratuito para personas LGBTQ+ por Facebook (Horarios de atención: lunes 20:00-21:30 hrs., martes 20:00-21:30 hrs., jueves 15:00-16:30 hrs.): <a href="https://www.facebook.com/itgetsbetterperu/">https://www.facebook.com/itgetsbetterperu/</a>
Orientación médica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas: 201-6500
EsSalud a nivel nacional para información sobre coronavirus (COVID-19): 107
Atención en violencia
Denuncia contra la violencia familiar y sexual: 100
Ministerio de Salud, en caso de informes, consejería en salud y psicología, atención y orientación ante casos de violencia familiar y contra la mujer: 411 8000, opción 6

Orientación legal y policial
Central policial: 105
Defensoría del Pueblo Línea gratuita: 0800-15170 / 311-0300
Asesoría Legal Gratuita del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos: Fono ALEGRA 1884 (Horario de atención: 08:00 - 18:00 hrs. de lunes a viernes)
Manual de Denuncias por discriminación por orientación sexual, identidad o expresión de género para personas LGBT+ (facilitado por la ONG “Más Igualdad” y el Grupo de Investigación en Derecho, Género y Sexualidad de la Pontificia Universidad Católica del Perú): <a href="https://static1.squarespace.com/static/59b99691bebafb8293069084/t/5ec83679117f476816b6d624/1590179450759/Manual+de+denuncias+LGBTI.pdf">https://static1.squarespace.com/static/59b99691bebafb8293069084/t/5ec83679117f476816b6d624/1590179450759/Manual+de+denuncias+LGBTI.pdf</a>

<sup>[1]</sup> Sea esta una entrevista individual virtual o por chat, un grupo focal, u observación plena y/o periférica.

<sup>[2]</sup> En esta dirección se podrán encontrar algunas técnicas de respiración para fomentar la relajación: <https://psicologiyamente.com/vida/ejercicios-de-respiracion-para-relajarte>

<sup>[3]</sup> Mirando a la persona, con la vista y rostro en dirección al lente de la cámara.

<sup>[4]</sup> Sean estas encuestas, diarios solicitados, entrevistas por correo, completar historias, o análisis de blogs.

### Apéndice C. Ficha sociodemográfica

¡Hola! Gracias por tu interés. El objetivo de este cuestionario es contactar a los y las participantes para realizar una entrevista dentro del marco del estudio que se realizará sobre algunos aspectos de sexualidad. Este estudio se encuentra dirigido a hombres y mujeres de Lima Metropolitana, que tengan entre 18 y 26 años y se encuentren tomando actualmente o que hayan tomado un medicamento para la ansiedad o depresión que pertenezca al grupo de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Para confirmar ello, te pedimos que contestes las siguientes preguntas.

1. Nombre
  2. Edad
    1. 18
    2. 19
    3. 20
    4. 21
    5. 22
    6. 23
    7. 24
    8. 25
    9. 26
  3. Género
    1. Masculino
    2. Femenino
    3. Otro
  4. Lugar de residencia
  5. Medicación que tomas
  6. Dosis de la medicación
  7. ¿Has tenido algún diagnóstico de disfunción sexual?
    1. Sí
    2. No
  9. Por favor, bríndanos tu correo electrónico para poder contactarte y coordinar la fecha y hora de la entrevista.
- 

## Apéndice D. Guía de entrevista

### ÁREAS

1. ¿Cómo te encuentras? Muchas gracias por tu tiempo.
2. ¿Qué te motivó a participar en esta entrevista?

**Indagar en las diferencias entre hombres y mujeres (las personas participantes estarán divididas en igual número de hombres y mujeres, para después poder abordar las diferencias, con base en las respuestas).**

3. ¿Qué es el sexo para ti? ¿Podrías darme una definición?
4. ¿Qué tan importante es para ti el sexo? ¿Por qué?
5. ¿Qué tan frecuente tienes pensamientos, fantasías o sueños relacionados con el sexo?
  - a. ¿Qué piensas y cómo te sientes con esto?
6. ¿Cómo definirías tu vida sexual? ¿Consideras que es satisfactoria? ¿Por qué (sí o no, dependiendo de la respuesta)?
  - a. Si es no ¿cómo le gustaría que sea?
7. ¿Consideras que ha habido un cambio en tu vida sexual desde que iniciaste el tratamiento con antidepresivos ISRS? (Considerando que un criterio de inclusión es precisamente tener este tipo de problemas).
  - a. ¿Cuáles?
  - b. ¿Has podido notar si esto ocurre con una persona en particular o en alguna situación en específico? ¿Cómo así? ¿Me podrías dar un ejemplo?
  - c. ¿Qué problemas has experimentado específicamente? ¿Me puedes contar con más detalle?
  - d. ¿Qué te hace pensar en estos problemas?
  - e. ¿Cómo te sientes frente a estas dificultades?
  - f. ¿Cómo actúas cuando se presentan estos problemas?

**Abordar cómo las dificultades experimentadas en el ámbito de la sexualidad afectan en diversas áreas de su vida.**

8. ¿Cómo te sientes con respecto a tu vida sexual desde que tomas el tratamiento?  
¿Por qué?
9. ¿Consideras que tu tratamiento ha afectado tu calidad de vida sexual? ¿Por qué?
10. ¿Consideras que alguna otra área de tu vida se ha visto afectada por esto?  
¿Recuerdas alguna situación específica en donde hayas experimentado este

problema? ¿Podrías compartirla? ¿Cómo te sentiste? ¿Qué pensaste? ¿Qué hiciste?

**Explorar las estrategias de afrontamiento de la problemática.**

11. ¿Cómo sueles sobrellevar las posibles dificultades que se te presentan al momento de tener relaciones sexuales?
12. Cuando te indicaron el tratamiento, ¿te comentaron sobre los posibles efectos secundarios en cuanto a la sexualidad? ¿A qué crees que se debió esto? ¿Cómo te sentiste? ¿Qué pensaste?
  - a. Si no lo hicieron ¿cómo te hubiera gustado que te lo comenten? ¿qué tan importante es recibir esa información para ti?
13. ¿Alguna vez has hablado de esto con quien te recetó el medicamento o con alguna otra persona que te pudiera orientar? ¿Por qué?
14. ¿Alguna vez has buscado ayuda médica o psicológica o has considerado hacerlo para solucionar estos problemas? ¿Cómo así?
15. ¿Has considerado dejar la medicación debido a sus efectos secundarios? ¿Por qué?
  - a. Si lo hiciste ¿cómo te fue?

**Cierre**

16. ¿Hay algo más que te gustaría añadir sobre lo que no hayamos conversado del tema?

Gracias por tu confianza y por participar en esta entrevista.