

Curriculum Vitae

El Dr Ángel Luis Montejo (1959) es psiquiatra del Hospital Universitario de Salamanca y Profesor de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca. Es también Coordinador de Investigación de la sociedad Castellano Leonesa de Psiquiatría, creador y director del Grupo Español de Trabajo para el Estudio de la Sexualidad y Salud Mental y actualmente director científico de la Asociación Española de Sexualidad y Salud Mental. (AESeXSAME). Fue presidente del Grupo GEOPTE (Grupo Español para la Optimización del Tratamiento de la Esquizofrenia).

El Dr Montejo se formó en la Universidad de Salamanca y completó su formación psiquiátrica en Maryland (USA) Maudsley Hospital (Londres), Karolinska Institute (Estocolmo), University of Columbia (New York), Massachusetts Gen Hospital (Boston), Stanford University (San Francisco), Universidad de Berlín y Ludwig-Maximilian University (Munich) entre otras.

Es autor de la Escala PRSexDQ- SALSEX (Psychotropic Related Sexual Dysfunction Questionnaire) validada para depresión y esquizofrenia y traducida a varios idiomas desde el año 2000. También es coautor de la Escala GEOPTE de Cognición Social en la esquizofrenia validada en el año 2003.

Las principales áreas de interés e investigación se centran en la sexualidad y las enfermedades psiquiátricas, disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos, psicofarmacología y desarrollo de nuevas moléculas en el campo de la depresión, ansiedad y esquizofrenia. Ha participado en numerosos proyectos de investigación públicos y privados con más de 60 Ensayos Clínicos fases I, II, III y IV con psicofármacos.

El Dr Montejo ha impartido más de 250 conferencias y ha publicado más de 150 artículos en revistas de psiquiatría nacionales e internacionales. Ha dirigido 65 proyectos de investigación como IP. Es autor de 6 libros sobre temas psiquiátricos y de sexualidad. Es también miembro de varias sociedades científicas y participa como consultor en varios Advisory Boards internacionales. Es miembro de diversos comités editoriales y colabora habitualmente como referee en revistas de Psiquiatría como J Clin Psychiatry, J Clin Psychopharmacology, Drugs, J Sexual Medicine, J Psychopharmacology, Internacional J Psychiatry in Medicine, Actas Españolas de Psiquiatría, Psiquiatría y Salud Mental entre otras.

Disfunción sexual por psicofármacos: ¿Adiós al amor ?

Angel Luis Montejo*; Susana Majadas ** y *Grupo Español de Trabajo para el Estudio de las Disfunciones Sexuales Secundarias a Psicofármacos.*

*Psiquiatra. Director Asociación Española de Sexualidad y Salud Mental (AESexSAME).
Universidad de Salamanca

** Psiquiatra. Universidad de Salamanca

Los psicofármacos (fundamentalmente algunos antidepresivos y antipsicóticos, aunque afortunadamente no todos) se asocian frecuentemente con la aparición de disfunción sexual (DS) provocando descenso del deseo, retraso del orgasmo y/o eyaculación así como disfunción eréctil o de lubricación vaginal en más del 60% de los pacientes y en el 80% de voluntarios sanos. La causa es el incremento de serotonina asociado o el incremento de prolactina secundario al uso de antipsicóticos. Los antidepresivos que más problemas sexuales provocan incluyen principalmente todos los ISRS, venlafaxina, duloxetina y clomipramina. Otros con diferente mecanismo de acción provocan mucha menos DS (mirtazapina, moclobemida) o no la producen (bupropion y agomelatina). Entre los antipsicóticos, risperidona, amisulpride y haloperidol deterioran intensamente la vida sexual y otros como aripiprazol, quetiapina y ziprasidona apenas la afectan. Los pacientes que sufren dependencias con frecuencia se les prescribe un psicofármaco por síntomas acompañantes muy diversos y están en riesgo de padecer DS que puede pasar desapercibida si no se explora directamente. Lamentablemente la incidencia real está subestimada y es preciso emplear cuestionarios específicos para detectarla (15% con comunicaciones espontáneas vs 60% con cuestionarios como el SALSEX). El incremento de la serotonina que va unido a los antidepresivos ISRS e ISRN (receptores 5HT_{2A}) es responsable del retraso de la función orgásmica y del

bajo interés sexual. La disfunción eréctil parece ser secundaria a inhibición del Oxido Nítrico y a la activación adrenérgica. La hiperprolactinemia que aparece con algunos antipsicóticos provoca hipogonadismo secundario y disfunción sexual como consecuencia. La peor consecuencia del problema es la falta de adherencia al tratamiento y el abandono en pacientes con tratamientos a medio largo plazo. Los varones parecen ser más sensibles a este problema y un 40% han pensado abandonar el tratamiento y toleran muy mal la disfunción. El manejo de la DS cuando aparece en los pacientes y es mal tolerada incluye: la espera de la remisión espontánea (solo en muy pocos casos), reducción de dosis, cambio por otro fármaco con menor perfil de afectación de la función sexual o empleo de "antídotos" como sildenafil. El primer paso para no provocar DS debería ser preguntar directamente al paciente acerca de su vida sexual y en aquellos sexualmente activos que manifiesten que su vida sexual es importante se debe elegir un psicofármaco que NO provoque problemas desde el inicio. La investigación rutinaria de la función sexual durante el seguimiento detectará la existencia y la aceptación por el paciente de DS evitando el incumplimiento terapéutico y el deterioro de la calidad de vida.

Correspondencia: Dr Angel Luis Montejo. Director Asociación Española de Sexualidad y Salud Mental. Hospital Universitario de Salamanca. Av Comuneros 27. Salamanca 37003. amontejo@usal.es