

# **Cambios en la actividad sexual y su relación con el género en una muestra de pacientes con trastorno bipolar en los años 2019-2020.**

**Miguel Ángel Sánchez Franco**

Universidad de Caldas  
Facultad Ciencias para La Salud, Departamento de Salud Mental  
Manizales, Colombia  
2021

# **Cambios en la actividad sexual y su relación con el género en una muestra de pacientes con trastorno bipolar en los años 2019-2020.**

**Miguel Ángel Sánchez Franco**

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:  
**Especialista en Psiquiatría**

Director:

PhD en ciencias biomédicas, Oscar Mauricio Castaño Ramírez

Grupo de Investigación: Salud Mental y Comportamiento Humano  
Línea de Investigación: Salud Mental en el departamento de Caldas

Universidad de Caldas  
Facultad de Ciencias para la Salud, Departamento de Salud Mental y Comportamiento  
Humano  
Manizales, Colombia  
2021



## Resumen

La disfunción sexual se encuentra con una frecuencia elevada en pacientes con trastornos mentales severos como el trastorno bipolar y se asocian a diferentes variables, entre ellas el trastorno que padecen, uso de medicamentos, enfermedades crónicas y el género. A 120 pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno bipolar, se les evaluó su historia sexológica, incluyendo cambios en la actividad sexual durante los episodios depresivos y maníacos en comparación con los episodios de eutimia. Posteriormente se realizó un análisis estadístico y se calcularon análisis descriptivos que incluían distribución de frecuencias y medias con desviación estándar, pruebas de normalidad cuantitativas, luego, se realizaron los análisis de la prueba chi-cuadrado y la prueba t para comparar las estimaciones de todas las variables comparando hombres y mujeres. Se eligió la prueba exacta de Fisher en los casos en que las frecuencias eran inferiores a cinco. Por último, se realizó un análisis Post-hoc con test de Bonferroni. El objetivo fue identificar las variables asociadas a los cambios en la actividad sexual durante los episodios afectivos en pacientes con TB. El deseo y la satisfacción sexual se relacionan directamente con la actividad sexual, pues en el 100% (N:47) de las personas que reportan un aumento de la actividad sexual durante la manía presentaban un aumento del deseo sexual. La importancia de la sexualidad y la satisfacción sexual se asociaron con cambios de la actividad sexual durante los episodios afectivos. En las mujeres se encontró una menor satisfacción sexual y antecedente de ser víctima de violencia sexual.

**Palabras clave:** Trastorno bipolar, salud sexual, conducta sexual. (Fuente: DeCS, BIREME).

## Abstract

Sexual dysfunction is found with a high frequency in patients with severe mental disorders such as bipolar disorder and is associated with different variables, including the disorder they suffer from, use of medications, chronic diseases, and gender. 120 hospitalized patients diagnosed with bipolar disorder had their sexual history evaluated, including changes in sexual activity during depressive and manic episodes compared to euthymia episodes. Subsequently, a statistical analysis was performed and descriptive analyzes were calculated that included distribution of frequencies and means with standard deviation, quantitative normality tests, then, the analyzes of the chi-square test and the t test were performed to compare the estimates of all the variables comparing men and women. Fisher's exact test was chosen in cases where the frequencies were less than five. Finally, a Post-hoc analysis was performed with the Bonferroni test. The objective was to identify the variables associated with changes in sexual activity during affective episodes in patients with TB. Sexual desire and satisfaction are directly related to sexual activity, since 100% (N: 47) of the people who report an increase in sexual activity during mania had an increase in sexual desire. The importance of sexuality and sexual satisfaction were associated with changes in sexual activity during affective episodes. In women, lower sexual satisfaction and a history of being a victim of sexual violence was found.

**Keywords:** Bipolar disorder, sexual health, sexual behavior. (Source: DeCS, BIREME).

## Tabla de contenido

## Contenido

1. Planteamiento del problema y justificación. ....	11
2. Marco Teórico.....	14
3. Objetivos. ....	18
4. Estrategia Metodológica. ....	19
5. Tabla de operacionalización de Variables.....	22
6. Análisis estadístico. ....	37
7. Aspecto Éticos.....	39
8. Cronograma de actividades. ....	41
9. Resultados. ....	42
10. Discusión. ....	79
11. Conclusiones y recomendaciones.....	82
12. Anexos . ....	85
13. Referencias bibliográficas.....	89

## Introducción

En la Encuesta Nacional de Salud y Vida Social (NHLS) en E.E.U.U se encontró una prevalencia del 43% de disfunción sexual en mujeres, con mayor frecuencia los problemas de deseo (33%), orgasmo (24%) y la lubricación (19%), mientras que en hombres se encontró una prevalencia de disfunción sexual del 31%, con una mayor frecuencia de eyaculación precoz (21%), disfunción eréctil (5%) y bajo deseo (5%), sin embargo no se evaluaron asociaciones del funcionamiento sexual con el estado emocional o afectivo.(1)

La evidencia muestra que la disfunción sexual se encuentra con una frecuencia elevada en pacientes con trastornos mentales severos como la esquizofrenia, la depresión y el trastorno bipolar, y trastornos por consumo de sustancias.(2),(3) Se ha encontrado, además que las disfunciones se asocian a diferentes variables, entre ellas el trastorno que padecen, el uso de medicamentos, las enfermedades crónicas y el género entre otros.(4),(5,6) Un estudio longitudinal encontró que la prevalencia de problemas sexuales en personas deprimidas es aproximadamente el doble de la prevalencia en los controles (50% frente a 24%). (7)

Hasta cierto punto se hace previsible que al afectarse, el estado de ánimo, la capacidad para disfrutar o sentir placer, el interés, la voluntad, la energía, además de la autoconfianza, la autoimagen y la autoestima, puede alterarse la función sexual, función mental y corporal que depende también de estos factores, este efecto parece más marcado en pacientes más jóvenes, llegando incluso a comprometer fases del deseo sexual como la excitación, incluida la capacidad de lograr y mantener la erección del pene, lograr una lubricación vaginal adecuada y lograr el orgasmo.(4)

El manual diagnóstico de trastornos mentales DSM 5, incluye cambios en la conducta sexual entre los criterios de los episodios afectivos del trastorno bipolar. En los episodios

de manía/hipomanía un incremento de la actividad sexual puede ser considerada como un aumento de la actividad dirigida hacia un objetivo, y las indiscreciones sexuales se consideran como actividades que pueden tener alto potencial de presentar consecuencias dolorosas. Y durante los episodios depresivos mencionan que en algunos pacientes, en comparación con los niveles previos, existe una reducción significativa del interés o del deseo sexual.(8)

A pesar de la importancia que se le da a la actividad sexual en el DSM 5 pocos estudios se han dedicado a evaluar y analizar la función y salud sexual en pacientes con TB durante los episodios afectivos. Teniendo en cuenta la importancia de la sexualidad en la salud mental y en la calidad de vida de las personas, se recomienda la evaluación del funcionamiento sexual a través de la historia clínica y encuestas en pacientes con enfermedad mental.(9) el objetivo del presente estudio fue identificar las variables asociadas a los cambios en la actividad sexual durante los episodios afectivos en pacientes con trastorno bipolar y las diferencias entre hombres y mujeres.

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo, analítico. Se revisaron las historias clínicas completas de los pacientes ingresados en la Clínica Psiquiátrica San Juan De Dios de Manizales durante el año 2020 con diagnóstico de trastorno bipolar, que cuenta con la autorización por el Departamento De Salud Mental de la Universidad de Caldas, y fue aprobado por el comité de bioética de investigación de la universidad de Caldas. Se siguieron los principios éticos para las investigaciones médicas de la declaración de Helsinki del año 2015, y se tuvieron en cuenta las consideraciones establecidas por el Ministerio De Salud en la Resolución Numero 8430 De 1993.(10,11)

Se revisaron las historias clínicas completas de los pacientes ingresados en la Clínica Psiquiátrica San Juan De Dios de Manizales durante el año 2020 con diagnóstico de trastorno bipolar, quienes durante el ingreso hayan dado su consentimiento para acceder a las historias clínicas con fines investigativos, a quienes durante la entrevista de ingreso o durante su atención, se les realizó una entrevista estructurada, la cual incluye preguntas dirigidas a ampliar su historia clínica sexológica, de esta misma historia clínica también se tomará información como datos personales (genero, edad, estado civil, escolaridad, número de hijos, seguridad social, origen, profesión), diagnóstico, tratamiento,



comorbilidades. Esta revisión fue realizada por residentes de psiquiatría de la Universidad de Caldas, haciendo énfasis en el diagnóstico de Trastorno Bipolar, tratamiento recibido, episodios de Hipomanía/ manía y depresión, además de la historia sexológica completa la cual se registra al ingreso hospitalario del paciente.

El análisis estadístico se determinaron las frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y las medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas (medias, desviación estándar) de acuerdo con la distribución de los datos. Para comparar hombres y mujeres se utilizó la prueba t para las variables cualitativas y la prueba de Chi-cuadrado para las variables cuantitativas. Se eligió la prueba exacta de Fisher en los casos en que las frecuencias eran inferiores a cinco. Para el segundo análisis se tomó la actividad sexual durante los episodios afectivos como variable dependiente, la cual se dividió en tres grupos de acuerdo con las respuestas de los participantes: aumentada, igual y disminuida. Se realizó el análisis descriptivo de los tres grupos y se utilizó la prueba chi cuadrado para compararlos. Se considero un valor significativo un valor p menor a 0.05. Para el análisis post- hoc se calculó el valor post hoc chi cuadrado siguiendo el análisis residual de pares de celdas.(12) Como el valor chi cuadrado no explica cual combinación de categoría contribuye a la significancia estadística, un residuo estandarizado por cada celda se usó para determinar cuáles discrepancias entre los valores observado y esperado fueron mayores a lo esperado por el azar. Para controlar las comparaciones múltiples de pares de celdas y prevenir la inflación alfa, corrección de Bonferroni se aplicó al valor alfa de 0.05, el cual fue dividido por el número de comparaciones que se hacían. Según el número de comparaciones el valor de p fue establecido en 0.008, 0.005 o 0.004. (13)

En las limitaciones del estudio actual encontramos una muestra pequeña de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, además al evaluar la sexualidad de manera retrospectiva y con evaluaciones reportadas a partir de la percepción de los pacientes se pueden presentar sesgos de memoria, por lo que se podría realizar estudios puedan evaluar la sexualidad durante los mismos episodios afectivos. Teniendo en cuenta que se han visto diferencias en la actividad sexual entre los diferentes diagnóstico de trastorno bipolar tipo I y II, se deben plantear futuras investigaciones con una muestra más grande y con subgrupos diferenciados del trastorno bipolar para evaluar las posibles diferencias entre estos.(14)



# 1. Planteamiento del problema y justificación.

Se estima que en la población general, hasta el 40-45% de las mujeres adultas y el 20-30% de los hombres adultos manifiestan al menos una disfunción sexual (15). En otros estudios en la población general, hasta el 40-45% de las mujeres adultas y el 20-30% de los hombres adultos manifiestan al menos una disfunción sexual. (15)

En Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Salud Mental Mundial, el trastorno bipolar en general se ha estimado con una prevalencia en alrededor del 1 por ciento (16), y en estimaciones más recientes de la encuesta poblacional más grande, la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre el Alcohol y Condiciones Relacionadas (NESARC), han reportado estimaciones de prevalencia del trastorno bipolar I de 3,3%, para el Bipolar tipo II de 1,1% (15).

En Colombia se estima una prevalencia para ambos sexos entre el 0.9 al 1.7% del trastorno bipolar tipo I, según datos de la encuesta nacional de salud mental de 2015 (17).

Existen pocos estudios sobre los cambios de la sexualidad en los pacientes con trastorno bipolar durante sus episodios afectivos. En un estudio previo de una cohorte de pacientes hospitalizados por trastorno afectivo mayor se encontró que el 72% de los pacientes con depresión unipolar y el 77% de pacientes con depresión bipolar presentaron pérdida de interés sexual o libido.(18) En otro estudio cerca del 50 % de las mujeres y 40% de los hombres con depresión reportaron una disminución del interés sexual. (19)

Un estudio previo que compara la función sexual en hombres y mujeres con trastorno bipolar mostro que las mujeres con síntomas depresivos tiene un mayor alteración en el índice de funcionamiento sexual; los síntomas maniacos se asociaron con un hiperfuncionamiento sexual en los hombres, mientras que en las mujeres se encontró un hipofuncionamiento sexual.(20) Además se ha informado un aumento de la actividad sexual y la promiscuidad en pacientes con trastorno bipolar cuando se comparan con pacientes con depresión unipolar y sanos. (21)

Si bien existen estudios que relacionan la presencia de un trastorno afectivo, y el diagnóstico de disfunciones sexuales, se reconoce que los pacientes y los profesionales de la salud pueden sentirse avergonzados al mencionar y discutir los síntomas sexuales, y las tasas de consulta y reconocimiento en atención médica primaria son bajas, aun así, los informes espontáneos de eventos adversos sexuales conducen a una subestimación sustancial de los problemas sexuales en pacientes deprimidos(22).

Además, en algunos estudios se encontraron tasas de prevalencia de trastornos afectivos significativamente más altas durante la vida en pacientes con trastorno de deseo sexual hipoactivo (HSDD), como un ejemplo de disfunción sexual, en comparación con controles sin diagnóstico de enfermedad mental, en algunos casos observando incluso la aparición de la disfunción sexual al mismo tiempo del inicio de los síntomas afectivos. (21)

Los trastornos de la excitación también parecen ser relativamente comunes en hombres y mujeres con depresión mayor, de los cuales alrededor del 25% pueden experimentar problemas de erección o lubricación. Los escasos datos disponibles sobre las dificultades orgásmicas en pacientes con depresión que aún no han tomado medicamentos antidepresivos sugieren que estas disfunciones sexuales son más comunes que en la población general.



## 2. Marco Teórico.

El trastorno bipolar está definido como un grupo de trastornos afectivos que se diferencia de otros por la presencia de episodios maníacos o hipomaníacos recurrentes que pueden alternarse con episodios depresivos, e incluye un espectro de subgrupos diagnósticos, establecidos de acuerdo con la gravedad en la elevación del estado de ánimo experimentada durante los episodios agudos.(23)

El trastorno bipolar tipo I se define por la presencia de episodios maníacos manifiestos con una variedad de manifestaciones, que incluyen un estado de ánimo muy elevado que puede ser eufórico, expansivo o irritable, un exceso de confianza, percepción de grandiosidad, aumento en la locuacidad, con desinhibición extrema, y disminución de la necesidad de dormir. Estos episodios de gravedad variable pueden comprometer el funcionamiento psicosocial incluso hasta requerir hospitalización y puede incluir características psicóticas hasta en un 75%.(24)

El trastorno bipolar tipo II presenta episodios hipomaníacos descritos cualitativamente como períodos maníacos pero que no tienen una duración o gravedad suficiente para causar un deterioro funcional significativo, ni una hospitalización y no cuentan con la presencia de síntomas psicóticos.(24) en este grupo de trastornos afectivos también se incluyen la ciclotimia, la cual se caracteriza por una presentación subumbral de síntomas hipomaníacos y depresivos, que tienden a ser crónicos, y no cumplen los criterios diagnósticos de completos para un episodio depresivo mayor o episodio maníaco/hipomaníaco. Por último, se incluyen las categorías de otro trastorno bipolar especificado y trastorno relacionado y trastorno bipolar no especificado y trastorno relacionado. Además, el DSM - 5 incluye el trastorno bipolar y relacionado inducido por

sustancias / medicamentos y el trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica. (25) Durante los períodos de ánimo elevado, las personas con trastorno bipolar también pueden verse afectadas paradójicamente por síntomas depresivos. Según el DSM-5, los síntomas deben estar presentes durante al menos 1 semana para que se realice el diagnóstico de un episodio maníaco, o 2 semanas para el diagnóstico de un episodio depresivo. Sin embargo, esas duraciones son arbitrarias y no tienen base biológica.(24)

La OMS en 1975 propuso una definición conceptual de salud sexual que, como referencia tanto para los profesionales de la salud, como para los trabajos de tipo científico y divulgativo, siendo la definición la siguiente: “La salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores, que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”.(16)

En la actualidad la sexualidad es definida como un concepto complejo, sumatoria de procesos biofisiológicos, cognitivos, lingüísticos, y afectivo-emocionales; es el modo en que «integramos» y manifestamos en deseos y comportamientos los diferentes niveles del sexo.(26) Según la Organización Mundial de la Salud: “La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”.(16)

Félix López en cambio integra los principales criterios de salud sexual que, en síntesis propone cinco criterios básicos: 1. *Criterio social*: Tiene en cuenta las creencias y valores sociales dominantes. Es saludable lo que el medio social de referencia considera como tal. 2. *Criterio estadístico*: Valora los comportamientos sexuales desde el punto de vista del criterio de «normalidad» estadística. Es saludable lo que hace la mayoría. 3. *Criterio subjetivo*: Considera el punto de vista de cada persona respecto a su propia satisfacción sexual. Es saludable lo que el sujeto considera así, en el ámbito de su privacidad. 4. *Criterio de pareja*: Plantea la necesidad de tener en cuenta el punto de vista del otro respecto a la satisfacción sexual. Es saludable lo que el sistema de pareja ha

consensuado. 5. *Criterio científico*: Basado fundamentalmente en los conocimientos científicos interdisciplinarios suficientemente contrastados sobre la sexualidad humana.

La función sexual normal puede ser abordada también a partir del ciclo de respuesta sexual, el cual es una forma directa de investigar la función sexual normal, pues permite observar y medir los cambios corporales que tienen lugar cuando hombres y mujeres se excitan sexualmente y asumen su función sexual. Esta evaluación ha permitido construir modelos de la secuencia normal de cambios durante la excitación sexual, el coito y el orgasmo. Los primeros modelos describieron una secuencia simple de aumento de la excitación y la excitación que culminó en una descarga rápida por el orgasmo, mostrada gráficamente como un ascenso, un pico y luego un descenso.(27) En la actualidad existen múltiples modelos explicativos pero es tal vez el modelo propuesto por Helen Kaplan, terapeuta sexual de Nueva York, el modelo actualmente más aceptado, quien considero que antes de la fase E (excitación) debería haber una "fase de deseo" (fase D). esto a partir de estudios realizados donde se plantea el modelo (DEOR), que incluía las fases de deseo, excitación, orgásmica y resolución. (28)

Según el DSM V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), las disfunciones sexuales son un grupo de trastornos heterogéneos, típicamente caracterizados por una alteración clínicamente significativa de la capacidad de la persona para responder sexualmente o para experimentar placer sexual, e incluyen la eyaculación retardada, el trastorno eréctil, el trastorno orgásmico femenino, el trastorno del interés/excitación sexual femenino, el trastorno de dolor génito-pélvico/penetración, el trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón, la eyaculación prematura (precoz), la disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos, y la disfunción sexual no especificada (8).

Se han utilizado diferentes cuestionarios de detección y gravedad, que pueden facilitar el reconocimiento y la evaluación de las disfunciones sexuales en los pacientes con trastornos afectivos, pero no pueden sustituir completamente una evaluación exhaustiva pero sensible. La Escala de Experiencias Sexuales de Arizona (ASEX), la CSFQ31, la PRSexDQ-SALSEX y la Sex Effects Scale (SexFX) tienen propiedades psicométricas adecuadas (validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio) y se han recomendado para evaluar la función sexual y satisfacción en pacientes con trastornos afectivos, si bien se



han usado más en pacientes deprimidos antes y durante el tratamiento antidepresivo. (2)

El funcionamiento sexual está influenciado por una serie de factores, la enfermedad mental es uno de ellos, las disfunciones sexuales son un problema frecuente y subestimado en pacientes psiquiátricos con una alta prevalencia en todos los diagnósticos, particularmente en la depresión, se han informado tasas de prevalencia de disfunciones sexuales que van desde el 36% al 78% en pacientes deprimidos sin tratamiento previo. (2) Los trastornos de la excitación también parecen ser relativamente comunes en hombres y mujeres con depresión mayor, de los cuales alrededor del 25% pueden experimentar problemas de erección o lubricación.(7) Los escasos datos disponibles sobre las dificultades orgásmicas en pacientes con depresión que aún no han tomado medicamentos antidepresivos sugieren que estas disfunciones sexuales son más comunes que en la población general.

## **3. Objetivos.**

### **1.1. Objetivo general**

Identificar las variables asociadas a los cambios en la actividad sexual durante los episodios afectivos en pacientes con trastorno bipolar

### **1.2. Objetivos específicos**

1. Caracterizar sociodemográficamente la población de pacientes con diagnóstico de TB.
2. Determinar la presencia de insatisfacción sexual en pacientes con diagnóstico de TB.
3. Identificar y evaluar los posibles cambios en las conductas sexuales durante los episodios afectivos.
4. Identificar los factores que determinan las diferencias entre hombres y mujeres con trastorno bipolar con respecto a su actividad sexual.

## 4. Estrategia Metodológica.

**Diseño del estudio:** enfoque cuantitativo

**Tipo de estudio:** observacional, transversal, prospectivo, analítico.

**Nivel de investigación:** Relacional

**Unidad de análisis:** Entrevista MINI: La MINI o entrevista internacional neuropsiquiátrica, es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10, con múltiples estudios de validez y de confiabilidad los cuales demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, y puede ser administrada en un período de tiempo breve (promedio de  $18,7 \pm 11,6$  minutos, media 15 minutos).(29)

Historia sexológica completa: Entrevista heteroaplicada que fue utilizada para evaluar antecedentes sobre la vida sexual, que incluyen preguntas que evalúan la historia sexológica. La cual evaluaba antecedentes sobre abuso sexual, relaciones sexuales forzadas, importancia dada a la sexualidad, tratamiento recibido, reporte de disminución de deseo sexual asociado a medicamentos, consumo de sustancias durante las relaciones sexuales, cambios en el deseo sexual, la actividad y la satisfacción sexuales durante los episodios depresivos y maniacos en comparación con los episodios de eutimia.

tratamiento recibido, reporte de disminución de deseo sexual asociado a medicamentos, consumo de sustancias durante las relaciones sexuales, cambios en el deseo sexual, la actividad y la satisfacción sexuales durante los episodios depresivos y maniacos en comparación con los episodios de eutimia.

### **Hipótesis nula**

No existen cambios en la función sexual de los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar durante los episodios depresivos hipomaniacos o maniacos, hospitalizados en la clínica psiquiátrica de San Juan de Dios de Manizales.

### **Hipótesis alterna**

Existen cambios en la función sexual de los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar durante los episodios depresivos hipomaniacos o maniacos, hospitalizados en la clínica psiquiátrica de San Juan de Dios de Manizales.

### **Población y muestra**

Se entrevistaron 132 pacientes que sufrían de trastorno bipolar, diagnóstico realizado durante hospitalizaciones previas y su historial clínico y confirmado por medio de la entrevista MINI y la revisión de las historias clínicas realizada por los autores. De estos 132 pacientes, 5 rechazaron participar, y 7 de los que se entrevistaron se descartaron por presentar un diagnóstico de trastorno de personalidad

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: pacientes hospitalizados en la clínica psiquiátrica San Juan De Dios con diagnóstico de trastorno bipolar, según criterios del DSM V, con una edad mayor a los 18 años edad, que dieron su consentimiento informado para este estudio al ingreso intrahospitalario. Y los siguientes criterios de exclusión: menores de edad, pacientes con diagnósticos diferentes al trastorno afectivo bipolar, trastornos de la personalidad, trastornos por uso de sustancias activo en el momento del estudio, comorbilidades de tipo neurológico o neuropsiquiátrico, discapacidad intelectual, y que el paciente no desee participar en el estudio o no haya firmado el consentimiento informado.

### **Técnicas e instrumentos**

1. Entrevista MINI: La MINI o entrevista internacional neuropsiquiátrica, es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10, con múltiples estudios de validez y de confiabilidad los cuales demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, y puede ser administrada en un período de tiempo breve (promedio de  $18,7 \pm$

11,6 minutos, media 15 minutos.(29)

2. Historia sexológica completa: entrevista hetero aplicada que fue utilizada para evaluar antecedentes con su vida sexual, que incluyen preguntas de que evalúan historia sexológica. La cual evaluaba antecedentes sobre abuso sexual, relaciones sexuales forzadas, importancia dada a la sexualidad, tratamiento recibido, reporte de disminución de deseo sexual asociado a medicamentos, consumo de sustancias durante las relaciones sexuales, cambios en el deseo sexual, la actividad y la satisfacción sexuales durante los episodios depresivos y maniacos en comparación con los episodios de eutimia.

## 5. Tabla de operacionalización de Variables.

Variable	Indicador (I), definición (D)	Valores finales	Tipo de variable
Genero	Genero referido por el encuestado (D)	-Femenino  -Masculino	Cualitativa, nominal, dicotómica
Edad	Edad en años cumplidos referida por el encuestado (D)	Número de años cumplidos	Cuantitativa, razón, discreta
Origen	Ciudad de nacimiento referida por el encuestado (D)	Manizales  Caldas  Otra	Cualitativa, nominal, politómica
Estado civil	Estado civil del encuestado referido por él (D)	-Soltero  -Casado  -Unión libre  -Separado	Cualitativa, nominal, politómica

		-Noviazgo	
Ocupación	Ocupación actual referida por el encuestado (D)	-Estudiante -Desempleado -Independiente -Empleado -Pensionado	Cualitativa, nominal, politómica
Escolaridad	Número de años estudiados referidos por el encuestado (D)	-Número de años estudiados.	Cuantitativa, razón, discreta
Numero hijos	Número de hijos referidos por el encuestado (D)	-Número de Hijos	Cuantitativa, razón, discreta
Personas convive	Número de personas con las que convive actualmente referido por el encuestado (D)	-Número de personas con las que convive	Cuantitativa, razón, discreta
Seguridad social	Régimen de salud al que se encuentra afiliado referido	-Contributivo -Subsidiado	Cualitativa, nominal, dicotómica

	por el encuestado (D)		
Diagnostico	Tipo de trastorno bipolar con el que ha sido diagnosticado el encuestado.	- trastorno bipolar I - trastorno bipolar II	Cualitativa, nominal, dicotómica
Comorbilidad_psiquiatica	Trastornos psiquiátricos no afectivos diagnosticados en el encuestado (D)	- Ansiedad -Trastorno por consumo de spa - Ninguna - Otros	Cualitativa, nominal, politómica
Antecedentes	Comorbilidades no psiquiátricas referidas por el encuestado (D)	-Dolor crónico. -HTA -Prostatitis -Hipotiroidismo -Diabetes -Ninguna -Otros -Enfermedad Cardiovascular	Cualitativa, nominal, politómica
Modulador	Tratamiento	-Si	Cualitativa,



	farmacológico con moduladores del estado del ánimo referido por el encuestado o extraído de la historia clínica (D)	-No	nominal, dicotómica
Antipsicótico	Tratamiento farmacológico con antipsicóticos referido por el encuestado o extraído de la historia clínica (D)	-Si -No	-Cualitativa, nominal, dicotómica
Antidepresivo	Tratamiento farmacológico con antidepresivos referido por el encuestado o extraído de la historia clínica (D)	-Si -No	-Cualitativa, nominal, dicotómica

Disminución_Deseo	Disminución del deseo sexual asociada a tratamiento farmacológico referido por el encuestado (D)	-Si -No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Importancia_sexualidad	Importancia dada a la sexualidad en su vida referida por el encuestado (D)	-Muy importante -Algo importante -Poco importante -Nada importante	Cualitativa, nominal, politómica
Embarazo_no_planeado	Embarazo no planeado referido por el encuestado (D)	-Si -No	Cualitativa, ordinal, dicotómica
Episodio_embarazo	El embarazo no planeado ocurrió durante un episodio afectivo depresión o maniaco según lo referido por el encuestado (D)	-Si -No	Cualitativa, ordinal, dicotómica

Abuso_sexual	Abuso sexual referido en su historia sexual previa o por el encuestado(D)	-Si -No	Cualitativa, ordinal, dicotómica
Abuso_episodio	Si el abuso sexual ocurrió durante un episodio afectivo de depresión o manía referido por el encuestado. (D)	-Si -No	Cualitativa, ordinal, dicotómica
Forzado_compañero	Ser forzado por su compañero (a) o pareja a tener relaciones sexuales maniaco según lo referido por el encuestado (D)	-Si -No	Cualitativa, ordinal, dicotómica
Consumo_spa	Consumo de sustancias psicoactivas de	-Si -No	Cualitativa, ordinal, dicotómica

	manera activa durante por lo menos los últimos 3 meses según lo referido por el encuestado (D)		
Sustancia	Tipo de sustancia consumida de manera activa en los últimos 3 meses, según lo referido por el encuestado (D)	-Alcohol -Cannabinoides -Cocaína - Benzodiacepinas -Ninguna	Cualitativa, nominal, politómica
Frecuencia_spa	Frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas durante las relaciones sexuales según lo referido por el encuestado (D)	-Frecuentemente -Ocasionalmente -Nunca	Cualitativa, nominal, politómica
Episodio_spa	Episodio durante el cual	-Eutimia -Depresión	Cualitativa, nominal,

	se tienen relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias psicoactivas según el encuestado (D)	- Manía/Hipomanía -Ambos -Ninguno	politómica
Satisfacción_eutimia	Satisfacción de las relaciones sexuales durante los periodos de eutimia según el encuestado (D)	-Muy satisfactorias -Satisfactorias -Poco satisfactorias -Nada satisfactorias	Cualitativa, nominal, politómica
Desconocidos_eutimia	Relaciones sexuales con personas desconocidas o por fuera de su pareja usual durante los episodios de eutimia según el encuestado (D)	-Si -No	Cualitativa, ordinal, dicotómica
Actividad_manía	Actividad	-Aumenta	Cualitativa,

	sexual durante los episodios de manía en comparación con la eutimia según el encuestado (D)	-Disminuye -Igual	nominal, politómica
Deseo_manía	Deseo sexual durante los episodios de manía en comparación con la eutimia según el encuestado (D)	-Aumenta -Disminuye -Igual	Cualitativa, nominal, politómica
Desconocidos_manía	Relaciones sexuales con personas desconocidas o por fuera de su pareja usual durante los episodios de manía según el encuestado (D)	-Si -No	Cualitativa, ordinal, dicotómica
Satisfacción_manía	Satisfacción de las relaciones sexuales en los	-Aumenta -Disminuye	Cualitativa, nominal, politómica

	episodios de manía en comparación con la eutimia según el encuestado (D)	-Igual	
Afectuosidad_manía	Afectuosidad (demostración de afecto) hacia su pareja durante los episodios de manía según el encuestado (D)	-Aumenta -Disminuye -Igual	Cualitativa, nominal, politómica
Afectuosidad_pareja_manía	Afectuosidad (demostración de afecto) de su pareja hacia el paciente durante los episodios de manía según el encuestado (D)	-Aumenta -Disminuye -Igual	Cualitativa, nominal, politómica
Actividad_depresión	Actividad sexual durante los episodios de depresión en	-Aumenta -Disminuye -Igual	Cualitativa, nominal, politómica

	comparación con la eutimia según el encuestado (D)		
Deseo_depresión	Deseo sexual durante los episodios de depresión en comparación con la eutimia según el encuestado (D)	-Aumenta -Disminuye -Igual	Cualitativa, nominal, politómica
Desconocidos_depresión	Relaciones sexuales con personas desconocidas o por fuera de su pareja usual durante los episodios de depresión según el encuestado (D)	-Si -No	Cualitativa, ordinal, dicotómica
Satisfacción_depresión	Satisfacción de las relaciones sexuales en los episodios de depresión en	-Aumenta -Disminuye -Igual	Cualitativa, nominal, politómica



	comparación con la eutimia según el encuestado (D)		
Afectuosidad_depresión	Afectuosidad (demostración de afecto) hacia su pareja durante los episodios de depresión en comparación con los episodios de eutimia según el encuestado (D)	-Aumenta -Disminuye -Igual	Cualitativa, nominal, politómica
Afectuosidad_pareja_depresión	Afectuosidad (demostración de afecto) de su pareja hacia el paciente durante los episodios de depresión en comparación con los episodios de eutimia según	-Aumenta -Disminuye -Igual	Cualitativa, nominal, politómica

	el encuestado (D)		
Episodios_depresión	Números de episodios de depresión que ha presentado en toda su vida según el encuestado (D)	-Número de episodios de depresión	Cuantitativa, razón, discreta
Episodios_manía	Números de episodios de manía que ha presentado en toda su vida según el encuestado (D)	-Número de episodios de manía	Cuantitativa, razón, discreta
Síntoma_depresión	Síntoma afectivo que predomina durante los episodios de depresión según el encuestado (D)	-Tristeza -Irritabilidad -Disforia -Ninguno	Cualitativa, nominal, politómica
Síntoma_manía	Síntoma afectivo que predomina durante los	-Irritabilidad -Expansivo -Elevado	Cualitativa, nominal, politómica

	episodios de manía según el encuestado (D)	-Ninguno	
Síntoma_disfunción	Síntoma de disfunción sexual presentado en algún momento según el encuestado (D)	-Dispareunia -Vaginismo -Eyaculación precoz -Anorgasmia -Disfunción eréctil -Deseo sexual hipoactivo -Priapismo -Ninguno	Cualitativa, nominal, politómica
ETS	Enfermedades de transmisión sexual presentadas en algún momento según el encuestado (D)	-Sífilis -Blenorragia -HIV -VPH -Otra -Ninguno	Cualitativa, nominal, politómica

--	--	--	--

## 6. Análisis estadístico.

El análisis estadístico se hizo con el software estadístico SPSS Versión 23. (30)

Se determinaron las frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y las medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas (medias, desviación estándar) de acuerdo con la distribución de los datos. Para comparar hombres y mujeres se utilizó la prueba t de Student para las variables cuantitativas y la prueba de Chi-cuadrado para las variables cualitativas. Se eligió la prueba exacta de Fisher en los casos en que las frecuencias eran inferiores a cinco.

Para el segundo análisis se tomó la actividad sexual durante los episodios afectivos como variable dependiente, la cual se dividió en tres grupos de acuerdo con las respuestas de los participantes: aumentada, igual o disminuida. Se realizó el análisis descriptivo de los tres grupos y se utilizó la prueba Chi cuadrado para compararlos. Se considero un valor significativo un valor de p menor a 0.05. Luego se realizó un análisis Post- hoc Chi cuadrado de las variables que mostraron significancia residual utilizando el análisis residual de pares de celdas. Debido a que el valor Chi cuadrado no especifica cual combinación de categorías contribuye a la significancia estadística, se usó un residuo estandarizado por cada celda para determinar cuáles discrepancias entre los valores observados y esperados fueron mayores a lo esperado por el azar. Con el fin de controlar las comparaciones múltiples de pares de celdas y prevenir la inflación de alfa, se aplicó la corrección de Bonferroni y el valor alfa de 0.05 fue dividido por el número total de comparaciones que se hacían. Según el número de comparaciones el valor de p fue establecido en 0.008, 0.005 o 0.004. (12,13)

**PRUEBA DE BONFERRONI:** La prueba de Bonferroni permite comparar las medias de los  $t$  niveles de un factor después de haber rechazado la hipótesis nula ( $H_0$ ) de igualdad de medias mediante la técnica ANOVA. Es un método que se utiliza para controlar el nivel de confianza simultáneo para un conjunto completo de intervalos de confianza. Es importante considerar el nivel de confianza simultáneo cuando se examinan múltiples intervalos de confianza porque las probabilidades de que al menos uno de los intervalos de confianza no contenga el parámetro de población es mayor para un conjunto de intervalos que para cualquier intervalo individual. Para contrarrestar esta tasa de error más elevada, el método de Bonferroni ajusta el nivel de confianza para cada intervalo individual, de manera que el nivel de confianza simultáneo resultante sea igual al valor que ha especificado. Ajusta el nivel de significación en relación con el número de pruebas estadísticas realizadas simultáneamente sobre un conjunto de datos. Es una prueba de comparaciones múltiples. En este procedimiento se fija un nivel de significación  $\alpha$  que se reparte entre cada una de las comparaciones consideradas y se utiliza la desigualdad de Bonferroni. La prueba de Bonferroni se basa en la creación de un umbral por encima del cual la diferencia entre las dos medias será significativa y por debajo del cual esa diferencia no lo será de estadísticamente significativa. Suele ser bastante conservador y se utiliza más que todo cuando no son muchas las comparaciones a realizar y, además, los grupos son homogéneos en varianzas. Una aproximación muy buena para su cálculo consiste en multiplicar el valor original de  $p$ , por el número de comparaciones posibles a realizar. El método de Bonferroni ajusta el nivel de confianza para cada intervalo individual, de manera que el nivel de confianza simultáneo resultante sea igual al valor que ha especificado. Los intervalos de confianza más amplios de Bonferroni proveen estimaciones menos precisas del parámetro de población, pero limitan a un máximo de 5 % la probabilidad de que uno o más de los intervalos de confianza no contenga el parámetro.

## 7. Aspecto Éticos.

El proyecto estuvo basado y guiado por los principios éticos para investigaciones en seres humanos, de acuerdo con la declaración de Helsinki del año 2015, y a la RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993 del Ministerio De Salud, además se siguieron los siguientes aspectos principales:

1. Riesgos y beneficios: se llevara a cabo un control que permita garantizar la confidencialidad de la información, solo se utilizaran números de documentos de identificación para conocer los antecedentes personales y tener acceso a la historia clínica previa del pacientes, esta información solo será conocida por los investigadores, la información dada durante la entrevista diagnostica MINI y durante la recopilación de la historia sexual del paciente, posteriormente será guardada en una base de datos en una carpeta o Drive a la que solo tendrán acceso los investigadores, y en la cual no se utilizara ningún dato de identificación. Además, para evitar el riesgo de estigmatización o traumatismo al tratar temas sobre la historia sexual de las personas, se garantiza que los investigadores recibirán capacitación sobre sexología y manejo de pacientes víctimas de violencia de genero. Los beneficios directamente para los participantes del estudio serán en la medida en que posterior a la publicación de los resultados, con la información obtenida se buscara implementar nuevos programas de atención que permitan la atención integral de estos pacientes, además de la valoración y manejo por un equipo de sexología si así se requiere.
2. Personas vulnerables: Se considera que no existen otros grupos de personas

vulnerables dentro de la investigación.

3. Se explicará claramente la investigación y los métodos empleados para la misma a cada participante.
4. Esta investigación se declara libre de conflictos de interés.
5. Comité de ética de investigación: el protocolo de investigación será enviado para evaluación y aprobación por el comité de ética de la Universidad de Caldas, el cual no hace parte de la investigación.
6. Criterio de voluntariedad: luego de explicar a los participantes el proyecto, utilizando un lenguaje corriente y comprensible, estos podrán acceder de manera libre y autónoma a firmar el consentimiento informado para ingresar al estudio.
7. Garantizar al paciente que la información de sus datos personales se mantendrá bajo reserva de los autores.
8. Los datos que se publiquen serán con fines del conocimiento científico y al servicio los pacientes con trastorno bipolar que a futuro se puedan ver beneficiados.



## 8. Cronograma de actividades.

Actividad	Inicio	Final	Duracion	Mes													
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Revisión bibliográfica	mar-19	may-19	2 meses	█	█												
Redacción del primer informe	may-19	jun-19	1 mes			█											
Avance en informe escrito 1	jun-19	jul-19	1 mes				█										
Presentación del proyecto al semillero de investigación	jul-19	ago-19	1 mes					█									
Recolección de la información	may-19	oct-19	5 meses			█	█	█	█	█							
Introducción de datos en el programa estadístico	oct-19	nov-19	1 mes									█					
Análisis estadístico de los datos	nov-19	ene-20	2 meses									█	█				
Redacción del informe final	ene-20	feb-20	1 mes													█	
Presentación informe final	feb-20	mar-20	1 mes														█

## 9. Resultados.

### 9.1 Analítica Descriptiva General Univariada

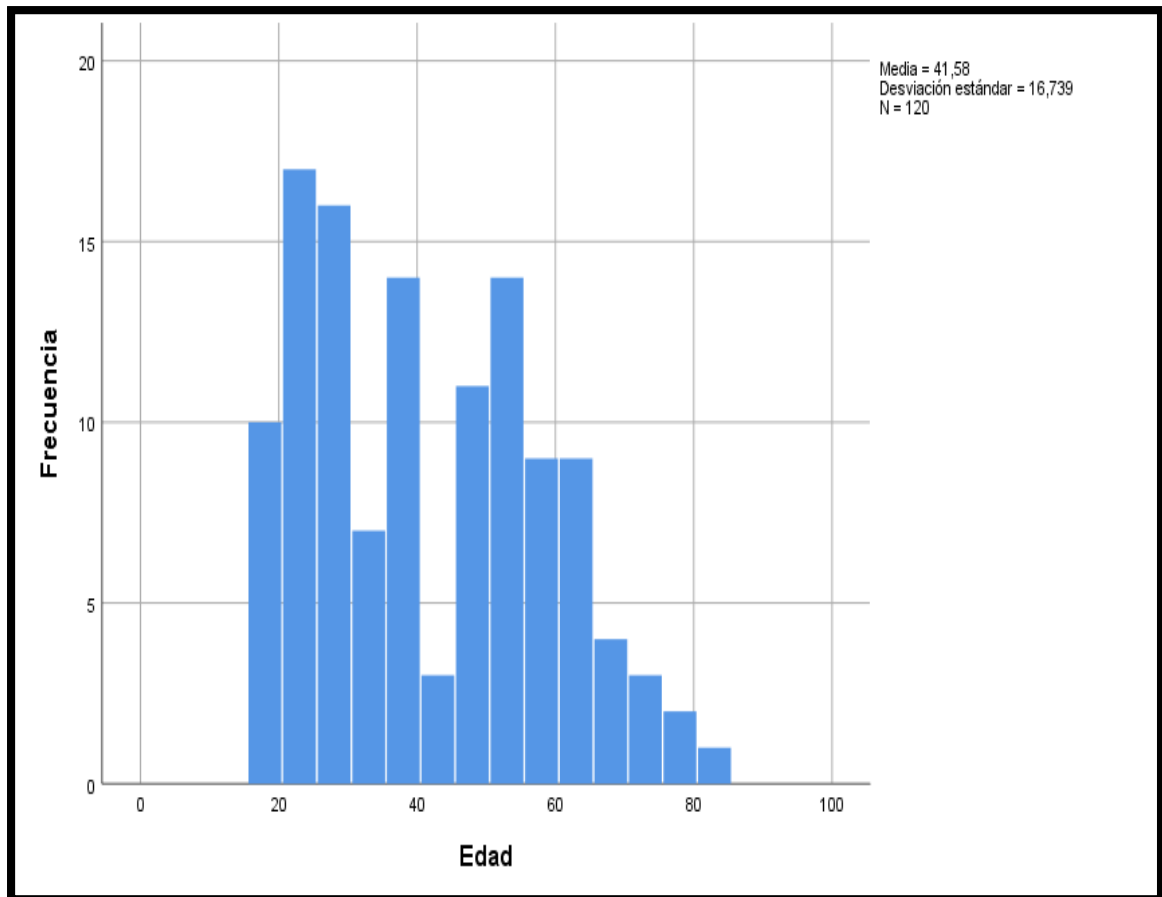
- Se recogieron 132 pacientes que sufrían de trastorno bipolar, diagnóstico realizado durante hospitalizaciones previas y su historial clínico y confirmado por medio de la entrevista MINI y la revisión de las historias clínicas realizada por los autores. De estos 132 pacientes, 5 rechazaron participar, y 7 de los que se entrevistaron se descartaron por presentar un diagnóstico de trastorno de personalidad. Ver Tabla 1
- La muestra de 120 pacientes estaba compuesta por 66 mujeres (55%) y 54 hombres (45%), con una edad entre los 18 y 82 años, y una edad media de 41.6 años con una DS de (16.73). Gráfico 1.
- En cuanto a la ocupación encontramos que el 43.3 % de las personas se encontraban empleados, estudiando 15%, desempleados 31.7% y pensionados 10%, las mujeres presentaron tasas más altas de desempleo del 40.9% (N: 27) en comparación con el 20.4% (N:11) de los hombres, así mismo había más hombres pensionados 18.5% (N:10) que mujeres 3.0 % (N:2). Gráfico 4.
- La media de años estudiados fue de 10.84 años con una DS 4.34, y no se observa una diferencia significativa entre ambos géneros. Por lo tanto, no se encontraron

diferencias en edad ni en años estudiados.

- Sobre el estado civil de la muestra se encontró que 74 personas (61.7%) estaban casadas, y 46 (38.3%) estaban separadas o solteras. Gráfico 3.
- Donde sí encontramos diferencias fue en cuanto al género y el diagnóstico de trastorno bipolar, ya que el diagnóstico de trastorno bipolar tipo II fue más común en el género femenino siendo 32 de ellas diagnosticadas con el tipo II mientras solo 8 hombres recibieron este diagnóstico. Ver tabla 3
- El género masculino reporto más comorbilidad psiquiátrica asociada a su trastorno bipolar siendo el 48.1% de los hombres, en las mujeres en cambio solo el 22.7% reporto diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica asociada.
- Aproximadamente el 50 % de las personas tenían como origen el Municipio de Manizales, mientras el 30% eran originarias de algún municipio de Caldas, y el 20% restante eran originarias de otros departamentos. Gráfico 2.

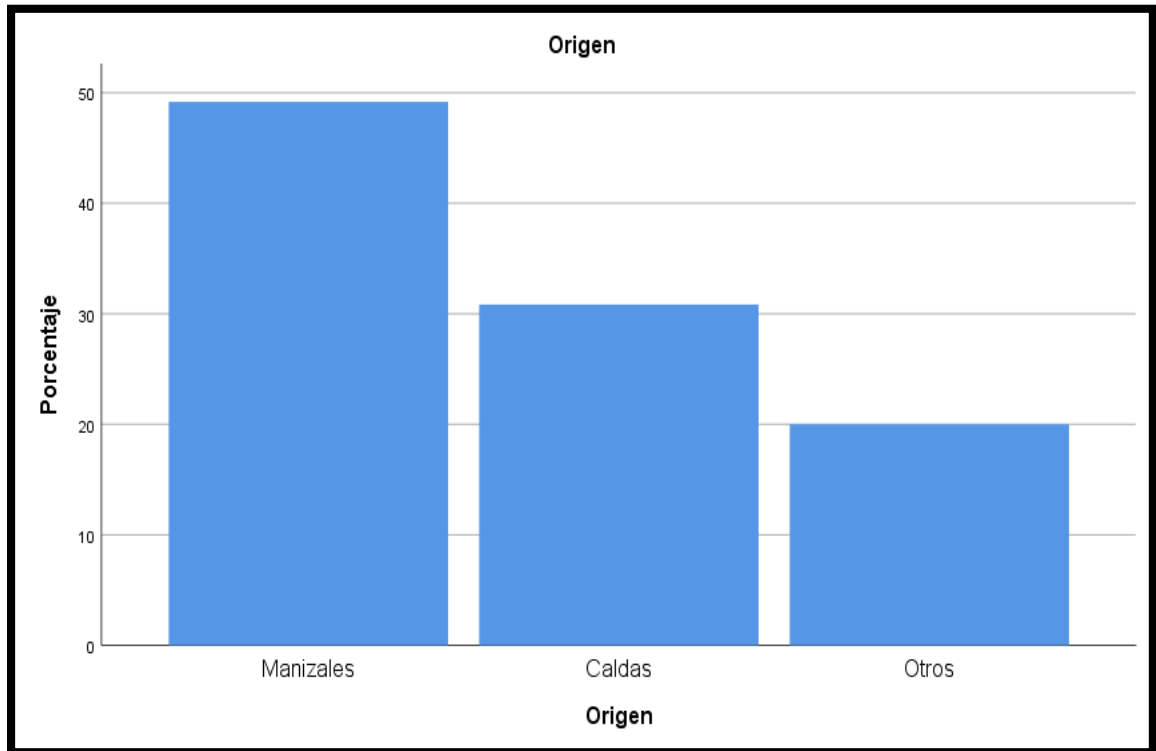
Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de la población			
características	Total, n (%)	Hombres n=54	Mujeres n=66
		n (%)	n (%)
Edad <sup>^</sup>	41.58(16.73)	44.52 (18.80)	39.18 (14.56)
Ocupación			
Estudiante	18(15.0)	6 (11.1)	12 (18.2)
Empleado	52(53.3)	27 (50.0)	25 (37.9)
Desempleado	38(3.17)	11 (20.4)	27 (40.9)
Pensionado	12(10.0)	10 (18.5)	2 (3.0)
Años estudiados <sup>^</sup>	10.84(4.34)	10.43 (4.38)	11.18 (4.31)
Estado civil			
Casado	74(61.7)	24(44.4)	22(33.3)
Soltero/separado	46(38.3)	30(55.6)	44(66.7)
Numero hijos <sup>^</sup>	1.49(1.77)	1.43 (1.89)	1.55 (1.68)
Diagnostico			
TBI	80(66.7)	46(85.2)	34(51.5)
TBII	40(33.3)	8(14.8)	32(48.5)
Comorbilidad psiquiátrica			
Si	41(34.2)	26(48.1)	15(22.7)
No	79(65.8)	28(51.9)	51(77.3)
Medicamentos			
Antidepresivo	31(25.8)	10 (18.5)	21(31.8)
Modulador	103(85.8)	51(94.4)	52(78.8)
antipsicótico	97(80.8)	46(85.2)	51(77.3)
<sup>^</sup> los datos son presentados en Promedio y desviación estándar			

Gráfico 1. Edad de la muestra



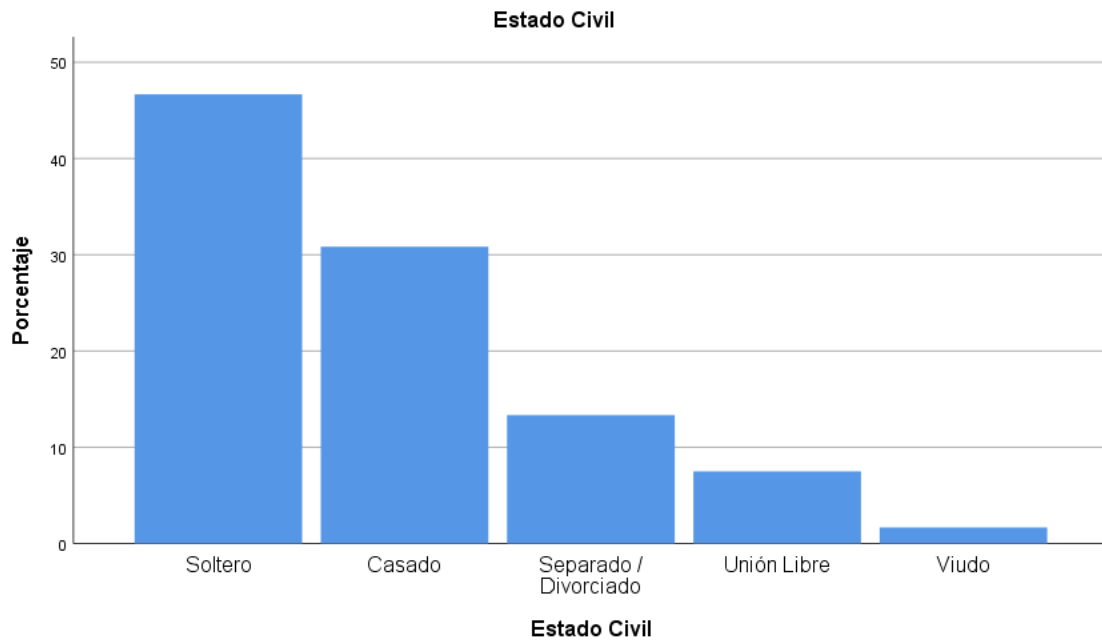
Fuente: elaboración propia

**Gráfico 2. Origen de la muestra**



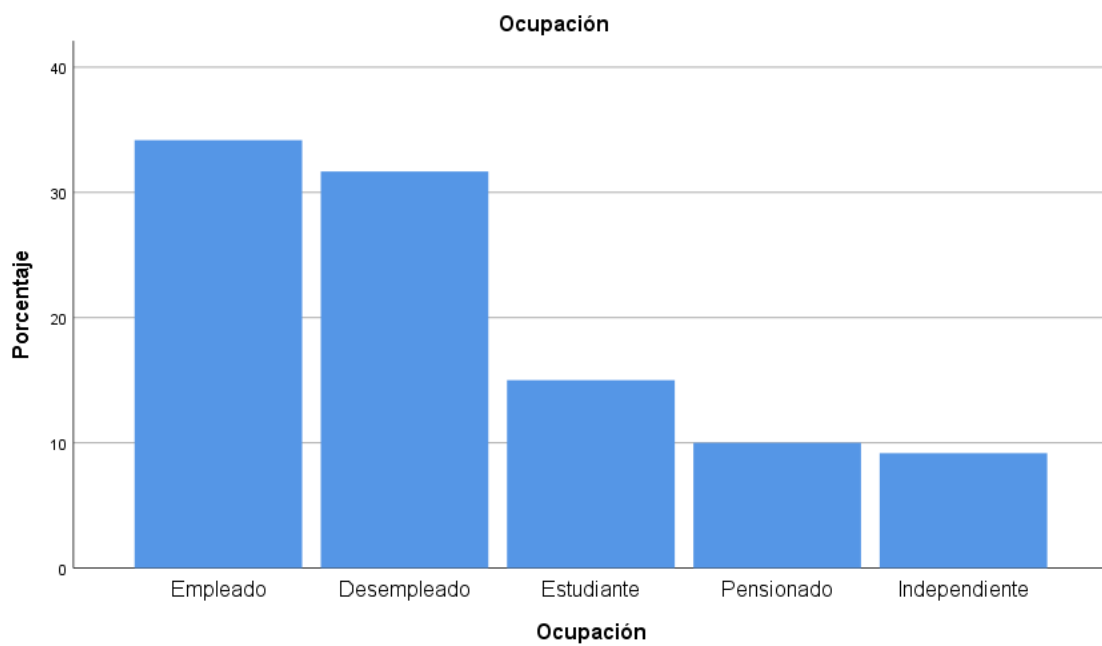
Fuente: elaboración propia

**Gráfico 3. Estado civil.**



Fuente: elaboración propia

**Gráfico 4. Ocupación.**



Fuente: elaboración propia

### CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION SEGÚN EL DIAGNOSTICO

Tabla 3. Caracterización sociodemográfica en función del diagnóstico

	Trastorno Bipolar I n= 80				Trastorno bipolar II n= 40					
	Míni mo	Máxi mo	Med ia	Desviaci ón estándar	Míni mo	Máxi mo	Med ia	Desviaci ón estándar		
Edad	18	82	42,6	17,6	18	79	39,4	14,7		
	Frecuencia			Porcentaje			Frecuencia		Porcentaje	
Género	Femenino	34	42,5		32	80				
	Masculino	46	57,5		8	20				
Origen	Manizales	36	45		23	57,5				
	Caldas	29	36,3		8	20				
	Otros	15	18,8		9	22,5				
Estado Civil	Soltero	36	45		20	50				
Civil	Casado	27	33,8		10	25				
	Separado/ divorciado	13	16,3		3	7,5				
	Unión Libre	2	2,5		7	17,5				
	Viudo	2	2,5		0	0				
Ocupación	Empleado	26	32,5		15	37,5				
	Desemplea do	27	33,8		11	27,5				
	Estudiante	7	8,8		11	27,5				
	Pensionad o	10	12,5		2	5				



Independiente	10	12,5	1	2,5
nte				

## 9.2 Análisis Bivariado Características de la Sexualidad.

- En cuanto a las características de la sexualidad se encontró que la sexualidad era más importante para los hombres, no se atribuyó a los medicamentos a la actividad sexual, mientras en el género femenino se presentó mayor abuso sexual y fueron más forzadas por sus parejas a tener relaciones sexuales.
- Sobre la importancia de la sexualidad encontramos que para el género masculino era muy importante para 38 (70.4%) de los encuestados, mientras que en el género femenino fueron 19 (28.8%) de las encuestadas, siendo estadísticamente significativo.
- También hubo una mayor proporción de mujeres que manifestaron que durante la eutimia sus relaciones sexuales eran poco o nada satisfactorias, siendo 13 (19.7%) de ellas.
- En las características de la sexualidad también incluimos a las víctimas de la violencia sexual, hallando que las mujeres con frecuencia víctimas del abuso sexual y el ser forzadas por sus parejas a tener relaciones sexuales, en nuestra muestra encontramos que 26 mujeres (39.4%) reportaron ser víctimas de abuso sexual en cualquier momento de la vida, y 24 (36.4%) de ellas fueron forzadas por sus parejas a tener relaciones sexuales.
- Por último, de las características de la sexualidad preguntamos sobre el consumo de sustancias durante las relaciones sexuales, siendo más común entre los hombres de los cuales 33 (61.1%) manifestaron haber tenido relaciones sexuales bajo el efecto de spa, que en las mujeres que fueron 27 (40.9%); además, 38 personas (31.7%) respondieron que habían tenido relaciones sexuales con

personas desconocidas, acabadas de conocer o por fuera de su pareja, configurando una conducta de indiscreción sexual. Ver tabla 4

Tabla 4. Diferencias de las características de la sexualidad y satisfacción sexual entre hombres y mujeres con trastorno bipolar.					
Características	n:120 Total, n (%)	Hombres	Mujeres	Chi cuadrado	P valor
		n=54 n (%)	n=66 n (%)		
Importancia sexualidad				6.93	<b>0.01•</b>
Muy importante	57(47.5)	38(70.4)	19(28.8)		
Importante	42(30.0)	12(22.2)	30(45.5)		
Poco/nada importante	21(17.5)	4(7.4)	17(23.7)		
Satisfacción sexual en eutimia				5.14	<b>0.03•</b>
Satisfactorias	104(86.7)	51(94.4)	53(80.3)		
Poco/nada satisfactorias	16(13.3)	3(5.6)	13(19.7)		
Disminución del deseo sexual por medicamento					
Si	42(35.0)	23(42.6)	19(28.8)	2.48	0.13•
No	78(65.0)	31(57.4)	47(71.2)		
Abuso sexual				6.16	<b>0.02•</b>
Si	36(30.0)	10(18.5)	26(39.4)		
No	84(70.0)	44(81.5)	40(60.6)		
Forzado por pareja a tener relaciones sexuales				5.77	<b>0.02•</b>
Si	33(27.5)	9(16.7)	24(36.4)		
No	87(72.5)	45(83.3)	42(63.6)		
Relaciones sexuales bajo efectos de SPA				4.84	<b>0.04•</b>
Si	60(50.0)	33(61.1)	27(40.9)		
No	60(50.0)	21(38.9)	39(59.1)		
Relaciones sexuales con personas desconocidas en eutimia				2.36	0.17•
Si	38(31.7)	21(38.9)	17(25.8)		
No	82(68.3)	33(61.1)	49(74.2)		
• Prueba de Fisher					
Valores estadísticamente significativos en negrilla					

SPA: sustancia psicoactiva.

#### 9.4 Características De La Sexualidad Según El Diagnostico

Debemos aclarar que para efectos de nuestro estudio queremos abordar estas diferencias de una manera descriptiva, si bien no hay resultados diferentes significativamente pues una de nuestras limitaciones en este aspecto es que los dos grupos de trastorno bipolar tipo I y tipo II no son grupos homogéneos lo cual disminuye la validez del análisis, sin embargo, posibilita observar la necesidad de un estudio posterior que permita visualizar estas diferencias con mayor grado de significancia.

- La importancia de la sexualidad para los pacientes con trastorno bipolar tipo I fue muy importante para el 52.5% (N 42), algo importante para el 33.8 % (N: 27), poco importante y nada importante para el 11.3% y 2.5% respectivamente. mientras que en los pacientes con TB II la sexualidad es muy importante y algo importante para una misma cantidad de pacientes, en este caso para el 37 (N: 15), y poco importante para el 25% (N: 10).
- La frecuencia con la que se tenían relaciones sexuales en estado de intoxicación por sustancias en los pacientes con trastorno bipolar I era frecuentemente en el 12.5% de los pacientes, ocasionalmente el 36.3% y nunca el 51.3%, en cambio para los pacientes con TBII las relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias era frecuente en el 7.5%, ocasionalmente en el 40% y nunca en el 52.5%. Las sustancias consumidas durante las relaciones sexuales según lo reportado por los pacientes fueron principalmente para el trastorno bipolar tipo I, el Cannabis y sus derivados por un 21.3%, el alcohol por un 20%, la cocaína en el 5% y las benzodiazepinas en 2.5%. y en los pacientes de TBII el alcohol fue reportado por un 30%, cannabis en un 17.5%, la cocaína en un 5% y las benzodiazepinas no fueron reportadas.
- Encontramos que el 33.8 % (N:27) de las personas con TBI y el 27.2% (N: 11) de

las personas con TBII reconocen haber tenido relaciones sexuales con desconocidos o personas por fuera de su relación de pareja durante la eutimia. Durante los episodios de manía/hipomanía, en los pacientes con diagnóstico de TBI se encontró que el 30% reporto haber tenido relaciones sexuales con desconocidos y en TB II el 15%. Y durante la depresión se evidencio que el 5% de los pacientes con trastorno bipolar I y el 15% en los pacientes con TB II manifestaron haber tenido relaciones sexuales con desconocidos, observándose una disminución en ambos grupos en comparación con la eutimia.

- Sobre la actividad sexual entendida como el número de relaciones sexuales aproximada durante una semana, en los episodios de manía en comparación con los episodios de eutimia, se encontró que en los pacientes con trastorno bipolar I, 42.5% (N: 34) manifestaron tener un aumento de la actividad sexual, 40% (N: 32) que permaneció igual y 17.5% (N: 14) que disminuyo. Asimismo, en los pacientes con TBII el 32.5% (N:13) refirieron que su actividad sexual aumento, 57.3% (N: 23) permaneció igual y 10% (N:4) disminuyo en comparación con la eutimia. En cambio, durante los episodios depresivos en los pacientes con TBI se encontró que en el 16.3% su actividad sexual aumento, mientras que en el 55% permaneció igual y en el 28.8% disminuyo en comparación con la eutimia, y en aquellos con TBII en el 7.5% aumenta, en el 65% permanece igual y en el 27.5% disminuye. Ver tabla 5.

Tabla 5. Características de la función sexual frente al diagnóstico

		<b>Trastorno bipolar I</b>		<b>Trastorno bipolar tipo II</b>	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Importancia de la sexualidad	Muy importante	42	52,5	15	37,5
	Algo importante	27	33,8	15	37,5
	Poco importante	9	11,3	10	25
	Nada importante	2	2,5	0	0
Relaciones sexuales bajo efectos de sustancias psicoactivas	Si	40	50,0	20	50
	No	40	50,0	20	50
Sustancia psicoactiva consumida durante las relaciones sexuales	Alcohol	16	20,0	12	30
	Cannabinoides	17	21,3	7	17,5
	Cocaína	4	5,0	2	5
	Benzodiacepina	2	2,5	0	0
	Ninguna	41	51,3	19	47,5
Frecuencia en la que tiene relaciones sexuales bajo efectos de sustancia psicoactivas	Frecuentemente	10	12,5	3	7,5
	Ocasionalmente	29	36,3	16	40
	Nunca	41	51,3	21	52,5
Episodio en el que es más frecuente el consumo de sustancias psicoactivas en	Eutimia	26	32,5	12	30
	Depresión	4	5,0	5	12,5
	Manía/hipomanía	6	7,5	2	5
	Ambos	3	3,8	2	5
	Nunca	41	51,3	19	47,5

las relaciones sexuales					
Conductas sexuales inapropiadas durante la eutimia	Masturbación compulsiva	2	2,5	1	2,5
	Pornografía compulsiva	5	6,3	0	0
	Sexting	3	3,8	4	10
	Voyerismo	1	1,3	0	0
	Ninguna	69	86,3	35	87,5
Relaciones sexuales con desconocidos durante la eutimia	Si	27	33,8	11	27,5
	No	53	66,3	29	72,5
Actividad sexual en los episodios de manía en comparación con la eutimia	Aumenta	34	42,5	13	32,5
	Igual	32	40,0	23	57,5
	Disminuye	14	17,5	4	10
Relaciones sexuales con desconocidos durante los episodios de manía	Si	24	30,0	6	15
	No	56	70,0	34	85
Conducta sexual inapropiada durante los episodios de manía	Masturbación compulsiva	7	8,8	1	2,5
	Pornografía compulsiva	7	8,8	0	0
	Sexting	2	2,5	0	0
	Exhibicionismo	3	3,8	0	0
	Voyerismo	2	2,5	0	0
	Ninguna	59	73,8	39	97,5
Actividad sexual	Aumenta	13	16,3	3	7,5

en los episodios	Igual	44	55,0	26	65
depresión en	Disminuye	23	28,8	11	27,5
comparación con					
la eutimia					
Relaciones	Si	4	5,0	6	15
sexuales con	No	76	95,0	34	85
desconocidos					
durante los					
episodios de					
depresión					
Conducta sexual	Masturbación	2	2,5	3	7,5
inapropiada	compulsiva				
durante los	Sexting	1	1,3	1	2,5
episodios de	Voyerismo	1	1,3	0	0
depresión	Exhibicionismo	0	0,0	1	2,5
	Ninguna	76	95,0	35	87,5

## 9.5 Análisis Bivariado De Satisfacción Sexual Según El Diagnostico

- Del total de los participantes con TBI, el 60% (N: 48) refieren que sus relaciones sexuales durante la eutimia son muy satisfactorias durante la eutimia, seguido del 32,5% (N:26) que manifiestan sus relaciones sexuales como satisfactorias, 6,3% (N:5) poco satisfactorias y por último 1,3% (N:1), quienes indican, que sus relaciones sexuales son nada satisfactorias. Gráfico 5.
- Del total de los participantes con TBII, el 25% (N:10) manifiestan que sus relaciones sexuales son muy satisfactorias durante los episodios de eutimia, en cambio 50% (N: 20) que sus relaciones sexuales son satisfactorias y 25% (N: 10) que son poco satisfactorias y por último ninguno manifiesta que son nada satisfactorias durante sus episodios de eutimia. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el grado de satisfacción de las relaciones sexuales durante la eutimia y el tipo de trastorno afectivo bipolar ( $p=0,001$ ).
- Durante los episodios de manía, el 32.5% (N:26) de los pacientes con trastorno bipolar tipo I refiere que sus relaciones sexuales son más satisfactorias, el 45% (N: 36) que son igual satisfactorias, y el 22.5% (N: 18) que son menos satisfactorias que durante los episodios de eutimia. Ver Gráfico 6.
- Mientras que 22.5% (9) de los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar II refieren que sus relaciones sexuales son más satisfactorias, el 50% (N: 20) refieren que son igual de satisfactorias y 27.5% (N: 11) que son menos satisfactorias que durante la eutimia. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el grado de satisfacción de las relaciones sexuales durante la eutimia y el tipo de trastorno afectivo bipolar ( $p=0,514$ ).
- De los pacientes con trastorno bipolar tipo I, el 7.5% (N: 6) refiere que sus relaciones sexuales son más satisfactorias durante la manía, en tanto que el



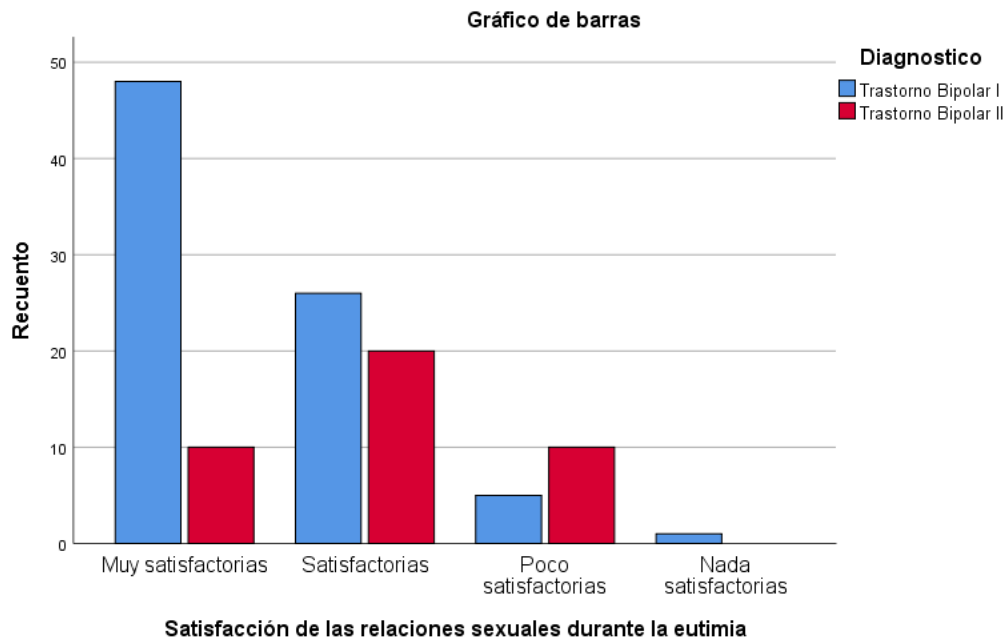
37.5% (N: 30) que son igualmente satisfactorias, y el 55% (N: 44) que sus relaciones sexuales son menos satisfactorias que durante los episodios de eutimia. Ver gráfico 7

- En el caso de los pacientes con trastorno bipolar tipo II el 5% (N: 2) refieren que sus relaciones sexuales son más satisfactorias durante la depresión, el 25% (N: 10) refieren que son igual de satisfactorias y 70% (N: 28) que son menos satisfactorias que durante la eutimia. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el grado de satisfacción de las relaciones sexuales durante la eutimia y el tipo de trastorno afectivo bipolar ( $p=0,279$ ). Ver tabla 6.

Tabla 6. Satisfacción sexual según el diagnóstico

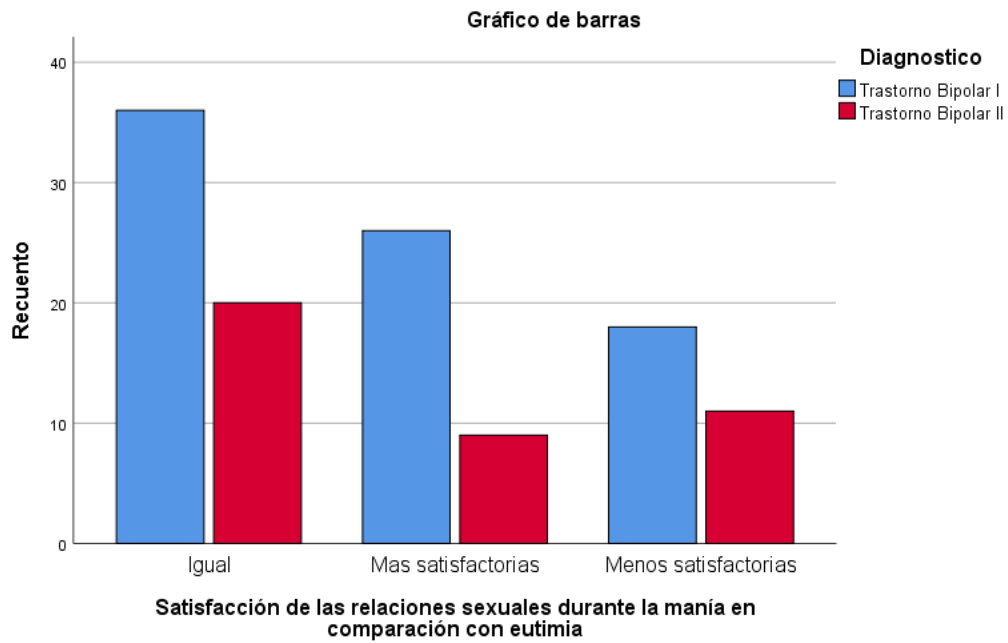
			<b>Trastorno afectivo bipolar I</b>	<b>Trastorno afectivo bipolar II</b>	<b>p-Valor (Chi-cuadrado de homogeneidad)</b>
			n= 80	n= 40	
Satisfacción de las relaciones sexuales durante la eutimia	Muy satisfactorias	Fc	48	10	0,001
		%	60	25	
	Satisfactorias	Fc	26	20	
		%	32,5	50	
	Poco satisfactorias	Fc	5	10	
		%	6,3	25	
Satisfacción de las relaciones sexuales durante la manía, en comparación con la eutimia	Nadas satisfactorias	Fc	1	0	0,514
		%	1,3	0	
	Más satisfactorias	Fc	26	9	
		%	32,5	22,5	
	Igual	Fc	36	20	
		%	45	50	
Satisfacción de las relaciones sexuales durante la depresión, en comparación con la eutimia	Menos satisfactoria	Fc	18	11	0,279
		%	22,5	27,5	
	Más satisfactorias	Fc	6	2	
		%	7,5	5	
	Igual	Fc	30	10	
		%	37,5	2	
	Menos satisfactoria	Fc	44	28	
		%	55	70	

**Gráfico 5. Satisfacción sexual durante la eutimia.**



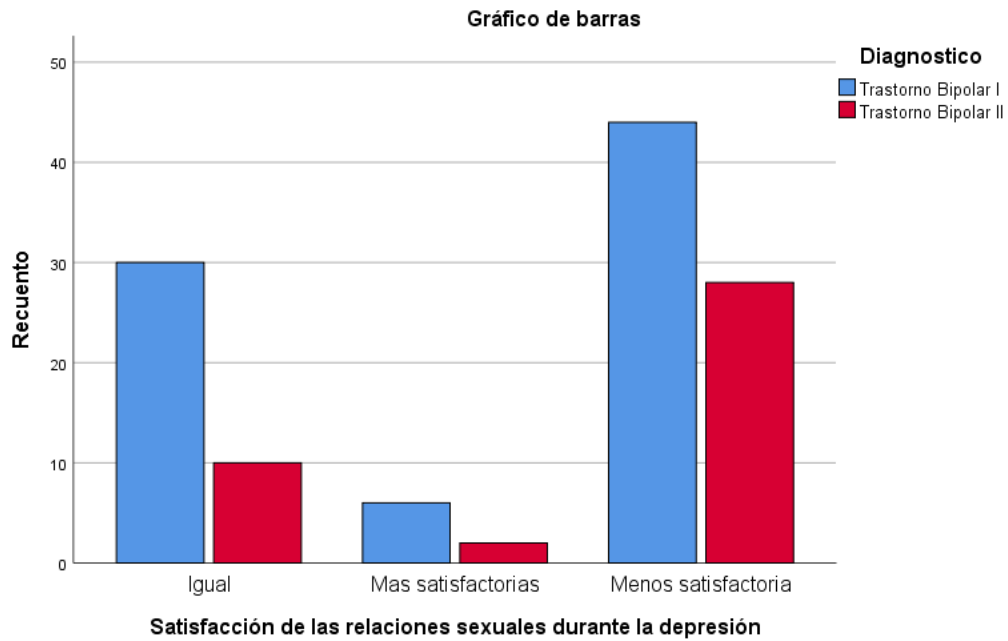
Fuente: elaboración propia

**Gráfico 6. Satisfacción sexual durante la manía vs durante la eutimia.**



Fuente: elaboración propia

**Gráfico 7. Satisfacción sexual durante la depresión**



Fuente: elaboración propia

## **9.6 Satisfacción Sexual Según El Tratamiento Farmacológico Recibido Para Trastorno Bipolar**

- En este análisis se planteó un objetivo descriptivo que buscaba identificar la posible relación que existe entre el nivel de satisfacción sexual de los participantes y su tratamiento, para realizar este análisis estadístico se utilizó un cruce de variables categóricas dicotómicas con una prueba de Chi cuadrado de Pearson. Con un valor alfa de significancia menor a 0.05.
- Se les pregunto a los pacientes sobre el tratamiento farmacológico recibido durante los episodios depresivos o maniacos y si habían percibido una disminución en su deseo sexual el cual hubiera iniciado posterior al inicio de la medicación y que ellos asociaran a esto.
- NO se encontraron relaciones significativas entre el uso de determinados medicamentos y la satisfacción sexual de los pacientes, ni tampoco se encontró ninguna asociación con la percepción de disminución del deseo sexual luego del inicio de la medicación y la satisfacción sexual durante los episodios de manía o depresión. Ver tabla 7.

Tabla 7. Satisfacción sexual según medicación

			Modulador de ánimo		p-Valor	Antipsicótico		p-Valor	Antidepresivo		p-Valor	Discrepancia del sexo medicado
			Si	No		Si	No		Si	No		
Satisfacción de las relaciones sexuales durante la eutimia												
Muy satisfactorias	Fc	51	7	0,814	45	13	0,738	15	43	0,776	22	
	%	49,5	41,2		46,4	56,5		48,4	48,3		52,4	
Satisfactorias	Fc	39	7		38	8		11	35		14	
	%	37,9	41,2		39,2	34,8		35,5	39,3		33,3	
Poco satisfactorias	Fc	12	3		13	2		5	10		6	
	%	11,7	17,6		13,4	8,7		16,1	11,2		14,3	
Nadas satisfactorias	Fc	1	0		1	0		0	1		0	
	%	1	0		1	0		0	1,1		0	
Satisfacción de las relaciones sexuales durante la manía, en comparación con la eutimia												
Más satisfactorias	Fc	29	6	0,828	32	3	0,14	7	28	0,589	15	
	%	28,2	35,3		33	13		22,6	31,5		35,7	
Igual	Fc	49	7		42	14		15	41		17	
	%	47,6	41,2		43,3	60,9		48,4	46,1		40,5	
Menos satisfactoria	Fc	25	4		23	6		9	20		10	
	%	24,3	23,5		23,7	26,1		29	22,5		23,8	
Satisfacción de las relaciones sexuales durante la depresión, en comparación con la eutimia												
Más satisfactorias	Fc	8	0	0,14	7	1	0,87	2	6	0,98	2	
	%	7,8	0		7,2	4,3		6,5	6,7		4,8	
Igual	Fc	36	4		32	8		10	30		15	
	%	35	23,5		33	34,8		32,3	33,7		35,7	
Menos satisfactoria	Fc	59	13		58	14		19	53		25	
	%	57,3	76,5		59,8	60,9		61,3	59,6		59,5	





## **9.7 Analítica Inferencial Y Cambios De La Actividad Sexual Con Los Episodios Afectivos**

En el análisis bivariado se relacionan las características de la sexualidad Vs la actividad sexual de los pacientes, entendida como la frecuencia de relaciones sexuales. En dos gráficos tipo tabla se evidenciarán las características que presentan asociación estadísticamente significativa con los cambios en la actividad sexual.

### **9.7.1. Actividad sexual y episodios de manía:**

- En la evaluación de los cambios en la actividad sexual de personas con trastorno bipolar durante los episodios afectivos previos, con la realización del análisis post-hoc, en los episodios de manía encontramos que no se evidenciaron diferencias significativas relacionadas con el género, ya que de los pacientes que manifestaban un aumento de la actividad sexual en los episodios de manía, el 44.7% (N:21) eran mujeres y el 55.3% eran hombres (N:26), de los que manifestaban que su actividad sexual disminuía durante la manía, 44.4% (N: 8) eran mujeres y el 55.6% (N: 10) eran hombres, por último en los que permanecía igual su actividad sexual el 67.3% (N37) eran mujeres y 32.7% (N:18) eran hombres.
- Donde sí encontramos diferencias fue en la importancia de la sexualidad, ya que para el 32.7% (N:18) de las personas en las que la actividad sexual permanecía igual, la sexualidad era muy importante.
- Al indagar sobre la afectuosidad hacia su pareja, el 57.4% (N: 27) de los pacientes en los que la actividad sexual aumentaba, su afectuosidad también aumentaba durante los episodios de manía, mientras que para el 61.1% (N:11) de las personas en los que la actividad sexual continuaba igual durante la manía, la afectuosidad disminuye, durante los episodios de manía.

- El deseo y la satisfacción sexual se relacionan directamente con la actividad sexual, pues en el 100% (N:47) de las personas que reportan un aumento de la actividad sexual durante los episodios de manía presentaban un aumento del deseo sexual durante estos episodios, mientras que el 94.4% (N: 17) de los pacientes en los que su actividad sexual disminuía su deseo sexual también disminuía y el 72.7% (N: 40) de los pacientes en los que su actividad sexual permanecía igual su deseo sexual continuaba igual, existiendo una asociación estadísticamente significativa.
- En los pacientes que manifestaban que su actividad sexual aumentaba durante la manía el 51.1% (N: 24) refería que igualmente sus relaciones sexuales eran más satisfactorias, y en los pacientes en los que su actividad sexual disminuía el 61.1% (N: 11) manifestaban que sus relaciones sexuales eran menos satisfactorias durante estos episodios.
- Por último, no se encontraron diferencias significativas en la actividad sexual de los pacientes que manifestaban consumo de sustancias durante las relaciones y las relaciones sexuales con personas desconocidas o poco conocidas con su actividad sexual durante la manía. Ver Tabla 8.

**Tabla 8. Cambios en la actividad sexual de personas con trastorno bipolar durante los episodios de manía**

Variables	Actividad sexual en episodios de manía.			Chi cuadrado	p Valor
	Aumenta n (%)	Disminuye n (%)	Igual n (%)		
Genero:				6.18	0.04
Femenino	21(44.7)	8(44.4)	37(67.3)		
Masculino	26(55.3)	10(55.6)	18(32.7)		
Importancia de la sexualidad:				11.4	<b>0.02</b>
Muy Importante	27(57.4)	12(66.7)	<b>18(32.7)</b>		
importante	15(32.0)	5(27.7)	22(40.0)		
Poco/nada	5(10.6)	1(5.6)	15(27.3)		
Afectuosidad hacia su pareja durante la manía:				22,31	<b>&lt;0.01</b>
Aumenta	<b>27(57.4)</b>	3(16.7)	20(36.3)		
Disminuye	7(14.9)	<b>11(61.1)</b>	10(18.2)		
Igual	13 (27.7)	4 (22.2)	25 (45.5)		
Deseo sexual en la manía:				160.8	<b>&lt;0.01</b>
Aumenta	<b>47(100.0)</b>	1(5.6)	11(20.0)		
Disminuye	0(0.0)	<b>17(94.4)</b>	4(7.3)		
Igual	0(0.0)	0(0.0)	<b>40(72.7)</b>		
Satisfacción sexual en la manía:				30.73	<b>0.00</b>
Igual	18(38.3)	5(27.8)	<b>33(60.0)</b>		
Mas satisfactoria	<b>24(51.1)</b>	2(11.1)	<b>9(16.4)</b>		
Menos satisfactoria	5(10.6)	<b>11(61.1)</b>	13(23.6)		
Disminución de deseo sexual por medicamento:				10.51	<b>&lt;0.01</b>
Si	23(48.9)	8(44.4)	<b>11(20.0)</b>		
No	24(51.1)	10(55.6)	<b>44(80.0)</b>		
Relaciones sexuales bajo efectos de SPA:				6.67	0.04
Si	30(63.8)	9(50.0)	21(38.2)		

No	17(36.2)	9(50.0)	34(61.8)		
Relaciones sexuales con desconocidos:				2.00	0.37
Si	15(31.9)	4(22.2)	11(20.0)		
No	32(68.1)	14(77.8)	44(80.0)		
<i>Valores estadísticamente significativos en negrilla en pruebas Post hoc de Bonferroni</i>					

### 9.7.2. Actividad sexual y depresión:

- Sobre los cambios en la actividad sexual de personas con trastorno bipolar durante los episodios de depresión, luego de la realización del análisis post-hoc, encontramos que en el 25% (N: 25) de los pacientes en los que aumentaba la actividad sexual durante la depresión, reportaba que su afectuosidad disminuía, asimismo un 50% (N:8) de estos pacientes en los cuales aumentaba la actividad sexual manifestaba que su afectuosidad hacia su pareja era igual durante la depresión.
- Al indagar sobre el deseo sexual y la actividad sexual se evidencio que tenían una relación directamente proporcional, pues encontramos que en el 81.3% (N:13) de los pacientes en los que la actividad sexual aumentaba manifestaban que su deseo sexual también aumentaba, mientras que el 85.3% (N:29) en los que la actividad sexual disminuía el deseo sexual también disminuía, y por último en el 88.6% (N:62) en los pacientes en los que la actividad sexual permanecía igual su deseo sexual también permanecía igual durante el episodio de depresión siendo estadísticamente significativo.
- Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en cuanto al género donde el 56% (N:9) de los pacientes con TB que referían que su actividad sexual aumentaba durante la depresión eran de género femenino mientras que el 43.7% (N:7) eran de género masculino, en cambio el 47.1% (N:16) de los que manifestaban que su actividad sexual disminuía eran mujeres mientras que el 52.9% (N: 18) eran hombres sin presentar diferencias significativas
- En el 68.7 % de pacientes que reportaban que la actividad sexual Aumentaba durante los episodios de depresión, su satisfacción sexual permanece igual, siendo una diferencia significativa.
- En cuanto a la importancia de la sexualidad durante la depresión, el consumo de sustancias durante las relaciones sexuales y su relación con la actividad sexual

durante los episodios depresivos tampoco se encontraron diferencias significativas. Ver Tabla 9

**Tabla 9. Cambios en la actividad sexual de personas con trastorno bipolar durante los episodios de depresión**

Variables	Actividad sexual en episodios de depresión.			Chi cuadrado	<i>p</i> Valor
	Aumenta	Disminuye	Igual		
	n (%)	n (%)	n (%)		
Genero				1.23	0.54
Femenino	9(56.3)	16(47.1)	41(58.6)		
Masculino	7(43.7)	18(52.9)	29(41.4)		
Importancia de la sexualidad				8.35	0.08
Muy Importante	5(31.3)	22(64.7)	30(42.9)		
importante	6(37.5)	10(29.4)	26(37.1)		
Poco/nada	5(31.3)	2(5.9)	14(20.0)		
Afectuosidad hacia su pareja durante la depresión				10.38	<b>0.03</b>
Aumenta	4(25.0)	4(11.8)	11(15.7)		
Disminuye	4(25.0)	19(55.8)	46(65.7)		
Igual	8(50.0)	11(32.4)	<b>13(18.6)</b>		
Deseo sexual en depresión				135.64	<b>0.00</b>
Aumenta	<b>13(81.3)</b>	3(8.8)	6(8.6)		
Disminuye	1(6.2)	<b>29(85.3)</b>	2(2.8)		
Igual	2(12.5)	2(5.9)	<b>62(88.6)</b>		
Satisfacción sexual en depresión				12.78	<b>0.01</b>
Igual	<b>11(68.7)</b>	9(26.5)	<b>20(28.5)</b>		
Mas satisfactoria	1(6.3)	4(11.8)	3(4.3)		
Menos satisfactoria	4(25.0)	21(61.7)	47(67.2)		
Disminución de deseo sexual por medicamento				0.81	0.67
Si	5(31.2)	14(41.2)	23(32.9)		
No	11(68.8)	20(58.8)	47(67.1)		
Relaciones sexuales bajo efectos de SPA				2.79	0.25

Si	8(50.0)	21(61.8)	31(44.3)		
No	8(50.0)	13(38.2)	39(55.7)		
Relaciones sexuales con desconocidos				0.77	0.68
Si	6(37.5)	12(35.3)	20(28.6)		
No	10(62.5)	22(64.7)	50(71.4)		
<i>Valores estadísticamente significativos en negrilla en pruebas Post- hoc de Bonferroni</i>					
SPA: sustancia psicoactiva					



A continuación, se adjuntan el Análisis Post Hoc de cada una de las variables analizadas:

<b>Actividad sexual en los episodios de manía.</b>			
	<b>Variables</b>	<b>Diferencia significativa</b>	<b>Significancia</b>
<b>Disminución del deseo sexual por medicamento</b>	Si/Aumenta	6.59	0.010
	Si/Disminuye	6.59	0.010
	Si/Igual	0.83	0.362
	No/Aumenta	0.83	0.362
	No/Disminuye	10.04	0.0015
	No/Igual	10.04	0.0015

Corrección de Bonferroni: \* p significativa de 0.008

Interpretación: existe una asociación estadísticamente significativa entre los pacientes en los cuales su actividad sexual disminuye y permanece igual con los que declaran que no presentan disminución sexual del sexual asociado al medicamento.

<b>Actividad sexual en los episodios de manía en comparación con la eutimia</b>			
	<b>variables</b>	<b>Diferencia significativa</b>	<b>Significancia</b>
<b>Afectuosidad durante los episodios de manía hacia su pareja en comparación con eutimia</b>	Igual/Aumenta	1.823	0.177
	Igual/Disminuye	1.513	0.219
	Igual/Igual	3.063	0.08
	Aumenta/Aumenta	7.896	0.005*
	Aumenta/Disminuye	5.429	0.02
	Aumenta/Igual	16.892	0.000*
	Disminuye/Aumenta	4.884	0.027
	Disminuye/Disminuye	1.166	0.28
	Disminuye/Igual	1.513	0.219

Corrección de Bonferroni: \* p significativa de 0.005

Interpretación: existe una asociación estadísticamente significativa entre los pacientes en los cuales su actividad sexual aumenta durante los episodios de manía y en donde la

afectuosidad durante los episodios de manía también aumenta; Y también en los que la actividad sexual continua igual su afectuosidad hacia la pareja permanece disminuye.

<b>Actividad sexual en los episodios de manía en comparación con la eutimia</b>			
	<b>variables</b>	<b>Diferencia significativa</b>	<b>Significancia</b>
<b>Satisfacción de las relaciones sexuales durante la manía en comparación con eutimia</b>	Igual/Aumenta	2.161	0.142
	Igual/Disminuye	17.893	0.00*
	Igual/Igual	7.728	0.005*
	Mas satisfactorias/Aumenta	3.028	0.082
	Mas satisfactorias/Disminuye	3.349	0.067
	Mas satisfactorias/Igual	15.761	0.00*
	Menos satisfactorias/Aumenta	7.236	0.007
	Menos satisfactorias/Disminuye	8.066	0.005*
	Menos satisfactorias/Igual	0.014	0.904

Corrección de Bonferroni: \* p significativa de 0.005

Interpretación: existe una asociación estadísticamente significativa entre los pacientes que refieren que su actividad sexual disminuye y su satisfacción sexual permanece igual, también en los que la actividad sexual permanece igual y la satisfacción sexual permanece también igual durante los episodios de manía. Además, los pacientes que refieren que su actividad sexual permanece igual y sus relaciones sexuales son más satisfactorias durante la manía que durante la eutimia. Por último, en los pacientes que refieren que su actividad sexual disminuye refieren que sus relaciones sexuales son menos satisfactorias.

<b>Actividad sexual en los episodios de manía en comparación con la eutimia</b>			
	<b>Variables</b>	<b>Diferencia significativa</b>	<b>Significancia</b>
<b>Cambio en los episodios de manía del deseo sexual respecto a la eutimia</b>	Aumenta/Aumenta	79.92	0.000*
	Aumenta/Disminuye	16.40	0.0001
	Aumenta/Igual	38.69	0.000
	Disminuye/Aumenta	16.08	0.0001
	Disminuye/Disminuye	86.86	0.000*
	Disminuye/Igual	10.56	0.0012
	Igual/Aumenta	34.57	0.000
	Igual/Disminuye	7.34	0.0067
	Igual/Igual	70.89	0.000*

Corrección de Bonferroni: \* p significativa de 0.005

Interpretación: existe una asociación estadísticamente significativa entre los pacientes que refieren que su actividad sexual aumenta y su deseo sexual también aumenta, igualmente en aquellos en los que disminuye su actividad sexual también disminuye su deseo sexual y en aquellos en los que su actividad sexual continua igual su deseo sexual continua igual, si bien observamos que existen más valores significativos, en este caso, se observa que son valores de N menores a 5, por lo cual no son estadísticamente significativos.

<b>Actividad sexual en los episodios de manía en comparación con la eutimia</b>			
	<b>Variables</b>	<b>Diferencia significativa</b>	<b>Significancia</b>
<b>Importancia de la sexualidad</b>	Aumenta/Muy importante	3.07	0.0799
	Aumenta/Algo importante	0.32	0,5694
	Aumenta/Poco-nada importante	2.52	0,1125
	Disminuye/Muy importante	3.12	0,0774
	Disminuye/Algo importante	0.49	0,4858
	Disminuye/Poco-nada importante	2.09	0,1479
	Igual/Muy importante	8.89	0,0029*
	Igual/Algo importante	1.12	0,291

	Igual/Poco-nada importante	6.72	0,0095
--	----------------------------	------	--------

Corrección de Bonferroni: \* p significativa de 0.004

Interpretación: existe una asociación estadísticamente significativa en los pacientes que refieren que su actividad sexual persiste igual durante los episodios de manía y manifiestan que para ellos la sexualidad es muy importante.

<b>Actividad sexual en los episodios depresión en comparación con la eutimia</b>			
	<b>Variables</b>	<b>Diferencia significativa</b>	<b>Significancia</b>
<b>Cambio en los episodios de depresión del deseo sexual respecto a la eutimia.</b>	Aumenta/Aumenta	48.86	0.000*
	Aumenta/Disminuye	3.92	0.048
	Aumenta/Igual	13.47	0.000*
	Disminuye/Aumenta	2.86	0.091
	Disminuye/Disminuye	83.36	0.000*
	Disminuye/Igual	46.24	0.000*
	Igual/Aumenta	10.69	0.001*
	Igual/Disminuye	48.72	0.000*
	Igual/Igual	76.56	0.000*

Corrección de Bonferroni: \* p significativa de 0.006

Interpretación: Existe una asociación estadísticamente significativa entre los pacientes que refieren que su actividad sexual aumenta y su deseo sexual también aumenta durante los episodios de depresión. Igualmente, en aquellos en los que disminuye su actividad sexual también disminuye su deseo sexual y en aquellos en los que su actividad sexual continua igual su deseo sexual continua igual durante los episodios de depresión, si bien observamos que existen más valores significativos, en este caso, se observa que son valores de N menores a 5, por lo cual no son estadísticamente significativos.

<b>Actividad sexual en los episodios depresión en comparación con la eutimia.</b>			
	<b>Variables</b>	<b>Diferencia significativa</b>	<b>Significancia</b>

<b>Satisfacción de las relaciones sexuales durante la depresión.</b>	Igual/Aumenta	10.43	0.001*
	Igual/Disminuye	0.00	0.944
	Igual/Igual	9.42	0.002*
	Mas satisfactorias/Aumenta	1.00	0.317
	Mas satisfactorias/Disminuye	1.99	0.159
	Mas satisfactorias/Igual	0.06	0.803
	Menos satisfactorias/Aumenta	1.72	0.190
	Menos satisfactorias/disminuye	1.54	0.215
	Menos satisfactorias/Igual	3.57	0.059

Corrección de Bonferroni: \* p significativa de 0.005

Interpretación: existe una asociación estadísticamente significativa entre los pacientes que refieren que su actividad sexual aumenta y su satisfacción sexual era más satisfactoria durante los episodios depresivos, también en los que la actividad sexual permanece igual y la satisfacción sexual permanece también igual durante los episodios depresión.

<b>Actividad sexual en los episodios depresión en comparación con la eutimia</b>			
	<b>variables</b>	<b>Diferencia significativa</b>	<b>Significancia</b>
<b>Afectuosidad durante los episodios de depresión hacia su pareja en comparación con eutimia.</b>	Igual/Aumenta	5.153	0.023
	Igual/Disminuye	1.166	0.280
	Igual/Igual	5.617	0.018
	Aumenta/Aumenta	0.792	0.373
	Aumenta/Disminuye	0.593	0.441
	Aumenta/Igual	0.053	0.818
	Disminuye/Aumenta	7.952	0.005*
	Disminuye/Disminuye	0.002	0.968
	Disminuye/Igual	4.623	0.032

Corrección de Bonferroni: \* p significativa de 0.006

Interpretación: existe una asociación estadísticamente significativa entre los pacientes que refieren que su actividad sexual aumenta durante los episodios de depresión y su afectuosidad hacia su pareja disminuye, no se evidencian otros hallazgos significativos.

## 10. Discusión.

El estudio examino la actividad sexual en hombres y mujeres por trastorno bipolar y se correlaciono esta actividad de acuerdo con las variables y característica de la sexualidad. Estudios previos han mostrado que cerca del 50% del paciente con TB no tienen vida sexual activa, tienen relaciones sexuales sin métodos de protección y cerca del 25 % han tenido embarazos no planeados.(31)

En el presente estudio, encontramos que el 25.8% de los participantes habían presentado embarazos no planeados una cifra muy similar. Sin embargo al diferenciarlo por género, 33.3% de las mujeres lo reportaron, mientras solo 16.7% de los hombres, al tratar de buscarle una explicación solo podríamos teorizar que puede estar relacionado con que es más fácil para las mujeres reconocer el embarazo mientras que los hombres pueden no darse cuenta de que su pareja quedo embarazada, además las mujeres son más forzadas a tener relaciones sexuales por su pareja y reportar con más frecuencia ser víctimas de abuso sexual.(32–34) como se reporta en este estudio, un ejemplo de esto lo hallamos en un estudio que exploraba las relaciones sexuales forzadas y el abuso sexual entre pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, depresión, esquizofrenia y pacientes sanas, encontrando que Las pacientes bipolares femeninas eran más propensas a ser forzadas a tener relaciones sexuales por una pareja y al abuso sexual.(35)

Luego de enfocarnos en las características de la sexualidad de las personas con diagnostico bipolar, encontramos el aumento de la actividad sexual en pacientes con trastorno bipolar está relacionado con la importancia de la sexualidad y la satisfacción sexual, lo anterior relacionado con el género, pues para los hombres la sexualidad es más importante en su vida y así mismo para quienes es más importante durante los episodios

de manía la actividad sexual permanece igual que en los periodos de eutimia, igualmente, el deseo sexual y la satisfacción sexual durante los episodios de manía y de depresión, son variables que se relacionan con la actividad sexual durante los episodios afectivos, lo anterior está sustentado en el hecho de que la función sexual humana, los factores generadores y moduladores de la respuesta sexual y la fases de la función sexual, apetitiva, relacional, estimuladora, excitatoria y orgásmica, todos estos elementos están general, aunque no forzosamente, concatenados en una secuencia de varias fases, no necesariamente de manera progresiva, o continua, con una secuencia de los fenómenos secundarios o alternativos y con unos circuitos de retroalimentación positiva, que son de gran importancia.(36,37) es por eso que al generarse cambios en el deseo sexual y la satisfacción sexual por ende se ve afectada la actividad sexual en estos pacientes, sin embargo, deben realizarse estudios específicos para determinar las posibles asociaciones y relaciones, entre los diferentes factores que pueden ser considerados como causas se esta variación.

En nuestro estudio encontramos que la satisfacción sexual es una característica importante de la sexualidad que se relaciona directamente con la actividad sexual, siendo la satisfacción sexual un elemento evaluado en otros estudios, que reportan que las personas con trastorno bipolar muestran puntuaciones elevadas en la insatisfacción sexual, incluso cuando se controlan los factores de confusión relevantes.(2) Y estas reducciones en la satisfacción sexual durante los episodios afectivos pueden ser el resultado de cambios relacionados con la enfermedad como son el interés sexual, la capacidad de respuesta y el afecto.(38)

Por ultimo resaltamos que encontramos cambios significativos en la actividad sexual durante los episodios afectivos de nuestros pacientes diagnosticados con trastorno bipolar, cambios relacionados con múltiples factores como son la afectuosidad, la importancia de la sexualidad, la satisfacción y el deseo sexual de nuestros pacientes, estos resultados permiten así mismo plantearse nuevos estudios que evalúen elementos más específicos que modifican cada una de estas características para determinar así mismo de que maneras podemos intervenir y mejorar la actividad sexual y la salud sexual de los pacientes con trastorno bipolar.

En las limitaciones del estudio actual encontramos una muestra pequeña de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, además al evaluar la sexualidad de manera retrospectiva y con evaluaciones reportadas a partir de la percepción de los pacientes se



pueden presentar sesgos de memoria, por lo que se podría realizar estudios puedan evaluar la sexualidad durante los mismos episodios afectivos. Teniendo en cuenta que se han visto diferencias en la actividad sexual entre los diferentes diagnóstico de trastorno bipolar tipo I y II, se deben plantear futuras investigaciones con una muestra más grande y con subgrupos diferenciados del trastorno bipolar para evaluar las posibles diferencias entre estos.(14)

En las fortalezas de este estudio se halla una delimitación adecuada de los pacientes con criterios de inclusión definidos por entrevista y criterios de exclusión de diagnósticos de enfermedad neurológica que podrían generar confusión.

## 11. Conclusiones y recomendaciones.

Se recogieron 132 pacientes que sufrían de trastorno bipolar. De estos 132 pacientes, 5 rechazaron participar, y 7 de los que se entrevistaron se descartaron por presentar un diagnóstico de trastorno de personalidad.

La muestra de 120 pacientes estaba compuesta por 66 mujeres y 54 hombres, con una edad entre los 18 y 82 años, y una edad media de 41.6 años con una DS de (16.73). Se reporto diferencias en cuanto a la ocupación y en los hombres se reportó con más frecuencia el uso de moduladores (Acido valproico, Litio y lamotrigina). No se encontraron diferencias en edad media, años escolaridad y estado civil entre los dos géneros. El diagnóstico de trastorno bipolar tipo II fue más común en el género femenino. Se encontró que la sexualidad era más importante para los hombres, y las mujeres reportaron mayor abuso sexual y/o fueron más forzadas por sus parejas a tener relaciones sexuales, además manifestaron con más frecuencia que sus relaciones sexuales eran poco o nada satisfactorias durante la eutimia. Fue más común entre los hombres la conducta de tener relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias durante la eutimia.

En los episodios de manía, el análisis Chi Cuadrado encontró asociación entre el género, la importancia de la sexualidad, el deseo sexual, la satisfacción sexual, la afectuosidad hacia su pareja, la disminución de deseo sexual por el uso de medicamentos y las relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias, con la actividad sexual durante la manía. Posteriormente el análisis post Hoc, demostró que la importancia de la sexualidad, la afectuosidad hacia su pareja y la satisfacción sexual se asociaron de manera significativa y directamente proporcional con la actividad sexual. Los pacientes que manifestaron que

para ellos la sexualidad era muy importante presentaron menos cambios en su actividad sexual, y en los pacientes con afectuosidad aumentada y relaciones sexuales más satisfactorias la actividad sexual aumentaba.

En los episodios de depresión, el análisis Chi Cuadrado encontró asociación entre la afectuosidad hacia la pareja, el deseo sexual y la satisfacción sexual con la actividad sexual durante la depresión. Posteriormente, el análisis post Hoc, encontró que el deseo sexual y la satisfacción sexual se asociaron de manera significativa y directamente proporcional con la actividad sexual, los pacientes que manifestaron menor deseo sexual y menos satisfacción presentaron disminución de la actividad sexual. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al género, la importancia de la sexualidad durante la depresión, el consumo de sustancias durante las relaciones sexuales y su relación con la actividad sexual durante los episodios depresivos.

La importancia de la sexualidad y la satisfacción sexual se asociaron con cambios de la actividad sexual durante los episodios afectivos. El deseo sexual y la satisfacción sexual se relacionaron directamente y de manera significativa, con la actividad sexual durante los episodios de manía y depresión tanto en hombres como en mujeres. Se encontraron diferencias entre la actividad sexual, la importancia de la sexualidad y el antecedente de abuso sexual entre hombres y mujeres. Para los hombres es más importante la sexualidad y en las mujeres se encontró una menor satisfacción sexual y más antecedentes de ser víctimas de violencia sexual.

Este estudio permite visualizar junto con otras investigaciones que los pacientes con trastorno bipolar presentan cambios durante sus episodios afectivos de su actividad sexual que puede afectar su salud sexual y mental. La evidencia permite reconocer los factores relacionados con estos cambios, y plantearse posibles elementos de intervención que pueden modificarlos y prevenir o atenuar estos cambios, mejorando así mismo la calidad de vida de los pacientes.

Futuras investigaciones deben centrarse en evaluar elementos más específicos que modifican cada una de estas características para determinar así mismo de que maneras podemos intervenir y mejorar la actividad sexual y la salud sexual de los pacientes con trastorno bipolar. Además, se plantea la necesidad de formar a los profesionales en salud

mental, sobre la sexualidad, la evaluación de la función sexual y la salud sexual de los pacientes con trastorno mental, el tratamiento de las disfunciones sexuales y las posibles intervenciones que permitan mejorar su salud sexual, esta formación debe ser apoyada por los profesionales y especialistas en sexología.

## 12. Conclusiones y recomendaciones.

### ANEXO 1. Historia Clínica Sexológica:

Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_ Genero:

Seguridad social: \_\_\_\_\_ Ciudad de Origen: \_\_\_\_\_ Estado civil:

Número de hijos: \_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad (número de años): \_\_.

Antecedentes médicos de importancia: \_\_\_\_\_.

Diagnostico: \_\_\_\_\_.

Nombre y dosis de los medicamentos que toma actualmente:

\_\_\_\_\_.

Comorbilidad psiquiátrica: \_\_\_\_\_.

Numero de episodios de hipomanía/manía: \_\_\_\_\_.

Numero de episodios de depresión: \_\_\_\_\_.

Síntoma cardinal en manía/ hipomanía: \_\_\_\_\_.

Síntoma cardinal en depresión: \_\_\_\_\_.

1. El medicamento que actualmente toma ha provocado una disminución en su deseo sexual?
2. Ha presentado alguno de los siguientes síntomas: (dispareunia, disfunción eréctil, anorgasmia, deseo sexual hipoactivo, vaginismo, eyaculación precoz, priapismo)
3. Qué tan importante es la sexualidad para usted?
4. Ha tenido embarazo (PARA HOMBRES: ¿dejar una mujer en embarazo) no planeado?
5. En caso de responder SI a la pregunta anterior, (PARA HOMBRES: ¿dejar una mujer en embarazo) el embarazo sucedió durante algún episodio afectivo (Depresión, manía/hipomanía)
6. Ha sido víctima de abuso sexual?
7. El abuso sucedió durante algún episodio?
8. En algún momento ha sido forzado (a) por su pareja o compañero sentimental a tener relaciones sexuales?
9. Ha tenido relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias psicoactivas (Ej.: marihuana, alcohol, cocaína, inhalantes) en caso de respuesta No vaya a la pregunta #13
10. En caso de responder SI a la pregunta anterior, mencione cual sustancia.
11. Con qué frecuencia ha tenido relaciones sexuales bajo el efecto de SPA (sustancias psicoactivas)?
12. Las relaciones sexuales bajo el efecto de SPA se presentan con más frecuencia en los episodios de (Eutimia, Depresión, Manía/hipomanía):
13. Durante los periodos de eutimia ha tenido encuentros sexuales con desconocidos? (casuales o pasajeros, por ejemplo, personas que conoce una noche o un fin de semana).

14. En los periodos de eutimia ha tenido conductas sexuales que usted o los demás considerarían inapropiadas o fuera de lo común? (ejemplo, masturbación exagerada, pornografía, exhibicionismo, sexting)
15. Que tan satisfactorias son sus relaciones en los periodos de eutimia?
16. ¿La actividad sexual en los episodios de manía respecto a los periodos de eutimia ha aumentado, ha permanecido igual o ha disminuido?
17. ¿En los episodios de manía el deseo de tener relaciones sexuales respecto a los periodos de eutimia esta aumentado, igual o disminuido?
18. En los episodios de manía la afectuosidad (la forma en que expresa sus sentimientos, emociones) hacia su compañero sentimental ha aumentado, permanecido igual o disminuido?
19. En los episodios de manía la afectuosidad (la forma en que expresa sus sentimientos, emociones) de su compañero sentimental hacía usted ha aumentado, ¿igual o disminuido?
20. Durante los episodios de manía ha tenido encuentros sexuales con desconocidos? (casuales o pasajeros, por ejemplo, personas que conoce una noche o un fin de semana).
21. En los episodios de manía ha tenido mayor número de parejas sexuales?
22. En los episodios de manía ha tenido conductas sexuales que usted o los demás considerarían inapropiadas o fuera de lo común? (ejemplo, masturbación exagerada, pornografía, exhibicionismo, sexting)
23. En caso de responder Si a la pregunta anterior, ¿cuál de estas conductas ha estado presente (ejemplo, masturbación exagerada, pornografía, exhibicionismo, sexting)?
24. Qué tan satisfactorias son sus relaciones en los periodos de manía respecto a los periodos de eutimia (muy satisfactorias, igual de satisfactorias o más satisfactorias)?

25. La actividad sexual en los episodios de depresión respecto a los periodos de eutimia ha aumentado, permanecido igual o disminuido?
26. En los episodios de depresión el interés o el deseo de tener relaciones sexuales respecto a los periodos de eutimia ha aumentado, permanecido igual o disminuido?
27. En los episodios de depresión la afectuosidad (la forma en que expresa sus sentimientos, emociones) respecto a la eutimia, ¿hacia su compañero sentimental ha aumentado, permanecido igual o disminuido?
28. En los episodios de depresión la afectuosidad (la forma en que expresa sus sentimientos, emociones) de su compañero sentimental hacía usted ha aumentado, permanecido igual o disminuido?
29. Durante los episodios de depresión ha tenido encuentros sexuales con desconocidos (casuales o pasajeros, por ejemplo, personas que conoce una noche o un fin de semana).
30. En los episodios de depresión ha tenido mayor número de parejas sexuales?
31. En los episodios de depresión ha tenido conductas sexuales que usted o los demás considerarían inapropiadas o fuera de lo común (ejemplo, masturbación exagerada, pornografía, exhibicionismo, sexting)
32. En caso de responder SI a la pregunta anterior, cuál de estas conductas ha estado presente.
33. Que tan satisfactorias son sus relaciones en los periodos de depresión respecto a los periodos de eutimia (más satisfactorias, igual de satisfactorias o menos satisfactorias)
34. Ha tenido enfermedades de transmisión sexual? ¿Cual?



## 13. Referencias bibliográficas.

1. Harsh V, Clayton AH, Clayton AH. Sex Differences in the Treatment of Sexual Dysfunction. *Curr Psychiatry Rep.* 2018;2018 Mar 1.
2. Vanwesenbeeck I, Have M, Graaf R De. Associations between common mental disorders and sexual Associations between common mental disorders and sexual dissatisfaction in the general population. *Br J Psychiatry.* 2014;Aug;205(2):151-7.
3. Ghormode, D., Gupta, P., Ratnani, D., & Aneja J. Evaluation of sexual dysfunction and quality of life in patients with severe mental illness: A cross-sectional study from a tertiary care center in Chhattisgarh. *Ind Psychiatry J.* 2019;28(1):75–81.
4. Montejo AL, Montejo L, Baldwin DS. The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World Psychiatry.* 2018;17(1):3–11.
5. Baldwin DS, Manson C, Nowak M. Impact of Antidepressant Drugs on Sexual Function and Satisfaction. *CNS Drugs.* 2015;29(11):905–13.
6. García-Blanco A, García-Portilla MP, Fuente-Tomás L de la, Batalla M, Sánchez-Autet M, Arranz B, et al. Sexual Dysfunction and Mood Stabilizers in Long-Term Stable Patients With Bipolar Disorder. *J Sex Med [Internet].*

- 2020;17(5):930–40. Available from:  
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.032>
7. J. A. Sexual problems in healthy and depressed persons. *Int Clin Psychopharmacol.* 1998;Jul;13 Sup:1-4.
  8. American Psychiatric Association D-5 TF. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.). [Internet]. (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. Available from:  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596%0A>
  9. Atlantis E, Sullivan T. Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *J Sex Med.* 2012;9(6):1497–507.
  10. MINISTERIO DE SALUD. RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993. Colombia; 1993 p. 19.
  11. Association WM. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA* [Internet]. 2013 Nov 27;310(20):2191–4. Available from:  
<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
  12. Beasley TM, Schumacher RE. Multiple regression approach to analyzing contingency tables: Post hoc and planned comparison procedures. *J Exp Educ.* 1995;64(1):79–93.
  13. García-pérez MA, Complutense U. The Proper Use of Standardized Residuals. 2015;63(5):825–39.
  14. Mazza M, Harnic D, Catalano V, Di Nicola M, Bruschi A, Bria P, et al. Sexual behavior in women with bipolar disorder. *J Affect Disord* [Internet]. 2011;131(1–3):364–7. Available from:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.010>
  15. Sadock, Benjamin james; Sadock:, Virginia Alcott Sadock; Ruiz. P. Kaplan

And Sadock's comprehensive textbook of Psychiatry. New York: Wolters Kluwer; 2017.

16. WHO. The World Health Organisation. 2018.
17. Gomez-Restrepo C EC. Encuesta Nacional de Salud Mental. Bogota; 2015.
18. Casper RC, Redmond DE, Katz MM, Schaffer CB, Davis JM, Koslow SH. Somatic Symptoms in Primary Affective Disorder: Presence and Relationship to the Classification of Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42(11):1098–104.
19. Kennedy SH, Dickens SE, Eisfeld BS, Bagby RM. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J Affect Disord*. 1999;56(2–3):201–8.
20. Elkhiat YI, Abo Seif AF, Khalil MA, GamalEl Din SF, Hassan NS. Sexual Functions in Male and Female Patients With Bipolar Disorder During Remission. *J Sex Med [Internet]*. 2018;15(8):1111–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.06.002>
21. Liliana Dell'Osso, MD, Claudia Carmassi, MD, PhD, Marina Carlini M. Sexual Dysfunctions and Suicidality in Patients with Bipolar Disorder and Unipolar Depression. *J Sex Med*. 2009;Nov;6(11):3063-70.
22. Torri P, Cesari D, Landi P, Ciapparelli A, Maggi M. Sexual Dysfunctions and Suicidality in Patients with Bipolar Disorder and Unipolar Depression. 2009;3063–70.
23. McIntyre RS, Berk M, Brietzke E, Goldstein BI, López-Jaramillo C, Kessing LV, et al. Bipolar disorders. *Lancet [Internet]*. 2020;396(10265):1841–56. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31544-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31544-0)
24. Carvalho AF, Firth J, Vieta E. Bipolar disorder. *N Engl J Med*. 2020;383(1):58–66.
25. Yatham LN, Kennedy SH, Bond DJ, Frey BN, Sharma V, Goldstein BI, et al.

- Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments ( CANMAT ) and International Society for Bipolar Disorders ( ISBD ) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* [Internet]. 2018;97–170. Available from: [wileyonlinelibrary.com/journal/bdi](http://wileyonlinelibrary.com/journal/bdi)
26. Zapiain JG. *Psicología de la sexualidad*. Madrid: ALIANZA EDITORIAL; 2013. 328 p.
  27. Gelder, Michael G et al. *New Oxford Textbook of Psychiatry*. 2nd edició. Gelder, Michael G. Andreasen, Nancy C. López-Ibor, Juan J. Geddes JR, editor. Oxford University Press; 2012.
  28. Kaplan H. *Disorders of sexual desire*. Simon and. New York.: Simon & Schuster; 237 p.
  29. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R DG. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 2:34-57.
  30. Norman H. Nie, C. Hadlai (Tex) Hull DHB. *IBM SPSS Statistics 23* [Internet]. IBM; 2021. Available from: [https://www.ibm.com/products/spss-statistics?lnk=hpmps\\_bupr](https://www.ibm.com/products/spss-statistics?lnk=hpmps_bupr)
  31. Posada Correa AM, Andrade Carrillo RA, Suarez Vega DC, Gómez Cano S, Agudelo Arango LG, Tabares Builes LF, et al. Sexual and Reproductive Health in Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2020;49(1):15–22. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.04.007>
  32. Dickson N, Wilson M, Herbison P PC. Unwanted pregnancies involving young women and men in a New Zealand birth cohort. *N Z Med J*. 2002;2002 Apr 1.

33. Breiding MJ, Smith SG, Basile KC, Walters ML, Chen J MM. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization--national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. *MMWR Surveill Summ.* 2015;63(8):1–4.
34. Kearns MC, D’Inverno AS RD. The Association Between Gender Inequality and Sexual Violence in the U.S. *Am J Prev Med.* 2021;58(1):12–20.
35. McCandless F SC. Sexual health and women with bipolar disorder. *J Adv Nurs.* 2003;(2000).
36. Alzate H. *Sexualidad Humana.* Segunda Ed. Bogota, Colombia: Temis.; 1997.
37. Argiolas A MM. The neurophysiology of the sexual cycle. *J Endocrinol Invest.* 26(3 Suppl):20-2.
38. Lam D, Donaldson C, Brown Y, Malliaris Y. Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. *Bipolar Disord.* 2005;7(5):431–40.