

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS) EN LA PRÁCTICA SEXOLÓGICA

Dra. Yamira Puentes Rodríguez,* Dr. Pedro Pablo Valle Artiz,** Dr. Lázaro Hernández Coterón***

Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX)

yamira@infomed.sld.cu vallegar@infomed.sld.cu lhcot@infomed.sld.cu

* Especialista de primer grado en psiquiatría y medicina general integral, especialista del CENESEX. ** Especialista de primer grado en medicina general integral, máster en sexualidad y educación médica superior, especialista del CENESEX. *** Especialista de primer grado en psiquiatría, especialista del CENESEX.

LOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS) SON MEDICAMENTOS PERTENECIENTES AL GRUPO DE LOS PSICOFÁRMACOS QUE EJERCEN SU ACCIÓN SOBRE LAS FUNCIONES PSÍQUICAS DEL SUJETO. COMO GRUPO FARMACOLÓGICO, SE EMPLEAN FRECUENTEMENTE DENTRO DEL CAMPO DE LA NEUROPSIQUIATRÍA EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y OTRAS ENTIDADES. ESTAS SUSTANCIAS EJERCEN SU FUNCIÓN BLOQUEANDO LA RECAPTACIÓN DE NEUROTRANSMISORES (FUNDAMENTALMENTE SEROTONINA) EN EL ESPACIO SINÁPTICO. EL EMPLEO DE ESTE GRUPO FARMACOLÓGICO EN LA PRÁCTICA SEXOLÓGICA COMENZÓ A MEDIADOS DE LA DÉCADA DE LOS NOVENTA; SE HA DESCRITO SU USO EN EL TRATAMIENTO DE LA EYACULACIÓN PRECOZ, PARAFILIAS, CONDUCTAS SEXUALES COMPULSIVAS Y DESEO SEXUAL HIPOACTIVO. EN LOS ÚLTIMOS AÑOS SE HA INCREMENTADO LA INVESTIGACIÓN DE ESTOS FÁRMACOS CON METODOLOGÍAS MÁS RIGUROSAS, DANDO LUGAR A LA GENERALIZACIÓN DEL EMPLEO DE LOS MISMOS CON ESTUDIOS QUE AVALAN, DESDE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA, SU EMPLEO.

PALABRAS CLAVES: INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA, PARAFILIA, EYACULACIÓN PRECOZ, DESEO SEXUAL HIPOACTIVO

SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS (SSRI) IN THE PRACTICE OF SEXOLOGY

SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS (SSRI) ARE MEDICATIONS BELONGING TO THE GROUP OF PSYCHOPHARMACEUTICALS WHICH ACT ON THE PSYCHICAL FUNCTIONS OF SUBJECTS. AS A PHARMACOLOGICAL GROUP, THEY ARE OFTEN USED IN THE FIELD OF NEUROPSYCHIATRY IN THE TREATMENT OF DEPRESSIVE DISORDERS AND OTHER ENTITIES. THESE SUBSTANCES ACT BLOCKING THE REUPTAKE OF NEUROTRANSMITTERS (MAINLY SEROTONIN) IN THE SYNAPTIC SPACE. THE USE OF THIS PHARMACOLOGICAL GROUP IN THE PRACTICE OF SEXOLOGY BEGAN IN THE MID 1990s; ITS USE IN THE TREATMENT OF PREMATURE EJACULATION, PARAPHYLIA, COMPULSIVE SEXUAL BEHAVIOR AND HYPOACTIVE SEXUAL DESIRE HAS BEEN DESCRIBED. OVER THE LAST FEW YEARS RESEARCH ON THESE PHARMACEUTICALS HAS STEPPED UP WITH MORE RIGOROUS METHODOLOGIES, GIVING WAY TO THE GENERALIZATION OF THEIR USE ON THE BASIS OF STUDIES WHICH SUPPORT THEIR USE WITH SCIENTIFIC EVIDENCE.

KEY WORDS: SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS, PARAPHYLIA, PREMATURE EJACULATION, HYPOACTIVE SEXUAL DESIRE

INTRODUCCIÓN

La Sociedad Mundial para la Salud Sexual (WAS) reconoce que la salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, y no la mera ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para alcanzar y mantener la salud sexual, deben respetarse, protegerse y satisfacerse los derechos sexuales de todas las personas.¹

Los/las profesionales que trabajan la sexología clínica parten del reconocimiento de la promoción de la salud sexual como fundamental para el logro del bienestar. Se asume la premisa del pleno respeto a los derechos sexuales como un componente integral de los derechos humanos básicos y, por consiguiente, inalienables y universales. En este sentido se reconoce que, debido a que las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales repercuten en la calidad de vida de las personas, es fundamental reconocer, prevenir y tratarlos.²

En la práctica sexológica actual existen innumerables estudios basados en evidencia científica que avalan la utilización de inhibidores selectivos

de la recaptación de serotonina (ISRS) en entidades relacionadas con malestares o problemas sexuales. Se reporta su empleo en el tratamiento de las parafilias, en los/las ofensores/as sexuales, en las conductas sexuales compulsivas, en la eyaculación rápida (precoz) y en la disminución del deseo sexual.

El siguiente trabajo tiene como objetivo orientar a los/las profesionales del tema en el empleo de los ISRS en entidades sexológicas, basados en investigaciones que desde la evidencia científica avalan su empleo en las mismas. Igualmente se mencionarán los fármacos que mejores resultados han mostrado tener, las dosis habitualmente empleadas y las modalidades de tratamiento según el problema sexual tratado.

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)

Los ISRS aparecen en el horizonte médico a principios de la década de los ochenta. El primero en ser aprobado y salir al mercado en 1984 es la fluvoxamina en Suiza; posteriormente en 1987 comienza el empleo y comercialización de la fluoxetina.

Actualmente los ISRS se han convertido en los antidepresivos más usados en el campo de la neuropsiquiatría, en el que no solamente se emplean por su efecto antidepresivo sino en el tratamiento de múltiples entidades médicas, como los trastornos de pánico, trastornos obsesivo-compulsivos, trastorno disfórico premenstrual, desórdenes de la alimentación, fobias sociales, trastorno por estrés postraumático, fibromialgia, dolor neuropático, trastornos de la atención/hiperactividad y problemas relacionados con la sexualidad.

Con este grupo farmacológico se ha descrito una mayor adherencia al tratamiento debido a un mejor perfil de efectos colaterales, baja toxicidad y eficacia comparable a los antidepresivos anteriormente empleados (antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoaminooxidasa).

Aspectos generales. Estos medicamentos se diseñan con el objetivo de disminuir los efectos adversos que presentan los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina,...).³ Tienen la ventaja de que carecen del efecto de bloqueo muscarínico, del bloqueo histaminérgico H1 y de las propiedades del bloqueo alfa 1 adrenérgicas.

Esta selectividad por el receptor serotoninérgico tiene numerosas ventajas, incluso menor toxicidad en los casos de sobredosificación.

Efectos frecuentes. Somnolencia, visión borrosa, trastornos de la acomodación, sequedad de la boca, constipación, hipotensión ortostática (particularmente en ancianos), incremento de la tensión intraocular, aumento de apetito y de peso, náusea, debilidad y cefalea.

Mecanismo de acción. Los ISRS inhiben la bomba de recaptación presináptica de serotonina. Esta inhibición aumenta la disponibilidad de serotonina en el espacio sináptico. Es importante señalar que el bloqueo con que estos actúan en la recaptación de serotonina no es uniforme para todos los ISRS, tampoco es la serotonina el único neurotransmisor implicado en su mecanismo de acción.

Efectos secundarios de los ISRS. a) Gastrointestinales: náuseas, dispepsia, diarrea; b) sistema nervioso central: insomnio, ansiedad, agitación, intranquilidad; c) neurológico: cefalea, temblor; d) autonómicos: sudoración excesiva; e) esfera sexual: disminución del deseo sexual, retardo eyaculatorio.

USO DE ISRS EN LAS PARAFILIAS

En el DSM-IV-TR (2002) de la American Psychiatric Association se establecen dos criterios (A y B) para el diagnóstico de las parafilias. *Criterio A:* se caracteriza por impulsos sexuales, fantasías o comportamientos intensos y recurrentes que implican objetos o actividades poco habituales, durante un periodo de por lo menos seis meses. *Criterio B:* Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

Para algunos individuos, las fantasías o los estímulos de tipo parafilico son obligatorios para obtener excitación y se incluyen invariablemente en la actividad sexual. En otros casos, las preferencias de tipo parafilico se presentan solo episódicamente (por ejemplo, durante periodos de estrés), mientras que otras veces el individuo es capaz de funcionar sexualmente sin fantasías ni estímulos de este tipo (Díaz Morfa, 2002). Se describen asociados a entidades psiquiátricas

como los trastornos adictivos, impulsivos u obsesivo-compulsivos.

En la actualidad, en la preparación de la quinta edición del DSM se sugieren modificaciones al diagnóstico de este trastorno, entre estas el establecimiento de una distinción entre parafilias y trastorno parafílico: «Una parafilia por sí misma no justificaría o requeriría automáticamente la intervención psiquiátrica. Un trastorno parafílico es una parafilia que aflige o perjudica al individuo o causa daños a terceros.» También se añadieron dos modificaciones al criterio B: la posibilidad de que la persona «haya buscado la estimulación sexual» a partir del acto parafílico, y un umbral de «al menos tres episodios de conducta parafílica» para hacer diagnóstico de trastorno parafílico (García, 2011).

En la literatura se hace referencia a numerosos tipos de parafilias. En el DSM VI-TR se describen: exhibicionismo, fetichismo, frotteurismo, pedofilia, masoquismo sexual, sadismo sexual, fetichismo transvestista, voyeurismo y una categoría separada para las parafilias no especificadas. Asimismo, se describen más de cuarenta tipos de parafilias en el Manual diagnóstico en sexología (MDS-III) (Bianco *et al.*, 2011).⁴

Estadísticamente parece ser que las parafilias son entidades claramente masculinas; sin embargo, se describe que las mismas pueden ser diagnosticadas en mujeres, con la salvedad de que en estos casos la ayuda se solicita por otras razones, como depresión, cambio frecuente de parejas o problemas de relación. Más de la mitad de las parafilias comienzan antes de los dieciocho años y suelen presentar con frecuencia tres o cinco parafilias a la vez, o bien estas se han ido alternando a lo largo de sus vidas (Levine, Risen y Althof, 1990).

El tratamiento de las parafilias ha pasado por diferentes etapas, entre las que se pueden mencionar: la castración química o quirúrgica (extirpación de los testículos), la cirugía esteroatáxica para corregir la conducta sexual «desviada», como se definía en la década de los cincuenta, y sus recidivas. Desde la década de los sesenta J. W. Bradford y J. Money se plantean sustituir los tratamientos neuroquirúrgicos con el uso de medicamentos; en un principio se emplearon los

antipsicóticos, que con posterioridad fueron desplazados por el tratamiento con antidepresivos tricíclicos (ADT) y finalmente con los ISRS (Bradford, 1985; Money, 1987).

Se considera que los tratamientos para los sujetos con parafilias vayan encaminados a lograr el control de los impulsos sexuales, reducir y/o abolir las fantasías y conductas parafílicas, con el fin de permitir que estos sujetos lleguen a tener un comportamiento sexual adecuado con los menores efectos adversos posibles como resultados de la medicación. Para lograr este objetivo se comienza el empleo de los ISRS, basándose en la teoría de que la serotonina es un inhibidor de la respuesta sexual; los mismos pueden modificar la respuesta tanto eyaculatoria como orgásmica y producir trastornos en la erección y disminución en el deseo sexual según la dosis administrada.

Los ISRS pasan a convertirse en la primera línea de tratamiento no solo de las parafilias (exhibicionismo, pedofilia y otras), sino también de las conductas sexuales compulsivas, mostrando una mayor y mejor respuesta, con pobres efectos adversos.

De los agentes serotoninérgicos informados, la fluoxetina y la sertralina han recibido la mayor atención y parecen efectivos en informes de casos y en ensayos clínicos abiertos en pacientes ambulatorios (Greenberg *et al.*, 1996).

M. Muse y G. Frigola reconocen que la fluoxetina disminuye el deseo sexual en 70 % de los casos parafílicos, mejorando también la conducta compulsiva de estas personas (Muse y Frigola, 2003).

En un estudio de caso se reportan excelentes resultados con el uso de la fluoxetina (Dios *et al.*, 2006), coincidente con lo reportado por Kafka y Hennen (2002).

La medicación y la dosis empleadas para el tratamiento de las parafilias es la siguiente:

Fluoxetina 20-60 mg

Sertralina 100-200 mg

Paroxetina 20-60 mg

Algunos autores coinciden en que los mejores resultados en el tratamiento de las parafilias y en la prevención de delitos sexuales pueden obtenerse al utilizar los fármacos en conjunto con la psicoterapia, y que la eficacia es mejor con esta

combinación en comparación con la monoterapia. La estrategia general de la psicoterapia en estos pacientes es el abordaje cognitivo-conductual.

EYACULACIÓN PRECOZ E INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS CON ISRS

La eyaculación precoz está considerada uno de los trastornos sexuales más frecuentes en el varón, considerándose que afecta aproximadamente a 29 % de los hombres. La definición de esta entidad ha estado sujeta a polémica en la comunidad científica desde hace varios años (Puentes Rodríguez, 2010). Para los autores de este artículo la definición más precisa es la que aporta la Academia Internacional de Sexología Médica (Cunha, Hernández y Pereira, 2004), que conceptualiza esta entidad como una condición persistente o recurrente en la cual el hombre no consigue percibir y/o controlar las sensaciones propioceptivas que preceden al reflejo eyaculatorio, provocando trastornos personales y/o perturbando la relación con la pareja.

En la actualidad los antidepresivos, específicamente los ISRS, son los más utilizados en el tratamiento de esta entidad. Los resultados, en general, han sido muy efectivos, con la particularidad de que un gran número de pacientes sufren recaídas al suspender el fármaco. Se han descrito varios ISRS en el tratamiento de esta entidad. A continuación se exponen los más utilizados y sus dosis.

La fluoxetina, la sertralina, la paroxetina, el citalopram y el escitalopram han sido utilizados en el tratamiento de la eyaculación precoz desde mediados de la década de los noventa. En los últimos tiempos apareció en el mercado internacional la dapoxetina, antidepresivo perteneciente al grupo de los ISRS que ha sido desarrollado específicamente para el tratamiento de la eyaculación precoz (Modi *et al.*, 2010), ya que posee características farmacocinéticas particulares que lo hacen adecuado para su empleo a demanda con un pico máximo a la hora y media de la ingestión, quedando en sangre solo 5 % de la dosis a las veinticuatro horas.

C. San Martín Blanco, experto español en el tema, refiere: «Los antidepresivos inhibidores

selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina, la paroxetina y la sertralina, consiguen de forma rápida una notable mejoría de la latencia eyaculatoria. Por su parte los antidepresivos tricíclicos y especialmente la clorimipramina resultan igualmente útiles, pero a dosis que provocan efectos indeseables» (San Martín Blanco, 2007). Otros autores recomiendan igualmente el empleo de ISRS, reportando excelentes resultados (Madeo *et al.*, 2008; Cabello, 2010).

Los doctores Alfonso y Puentes Rodríguez han publicado en Cuba estudios que reportan excelentes resultados en el tratamiento de la eyaculación precoz (EP). Ambos evaluaron la eficacia del uso de terapias combinadas, psicoterapia con psicofármacos en la eyaculación precoz; las drogas empleadas fueron sertralina y clomipramina.

La forma de administración de los medicamentos puede ser:

- tratamiento continuo: las dosis varían en dependencia del fármaco (Seco, 2009). Fluoxetina 20-40 mg/día (dosis habitual: 20 mg), paroxetina 10-40 mg/día (dosis habitual: 20 mg), sertralina 50-200 mg/día (dosis habitual: 25-50 mg/día);
- a demanda: dosis única antes del coito, con un tiempo que varía en dependencia del fármaco; por ejemplo, 3-4 horas para la paroxetina, 4-8 horas para la sertralina; 1,5 horas (30-60 mg) para la dapoxetina;
- combinación de ambos: se recomienda la administración del fármaco como mínimo tres semanas, y posteriormente mantenerlo a demanda.

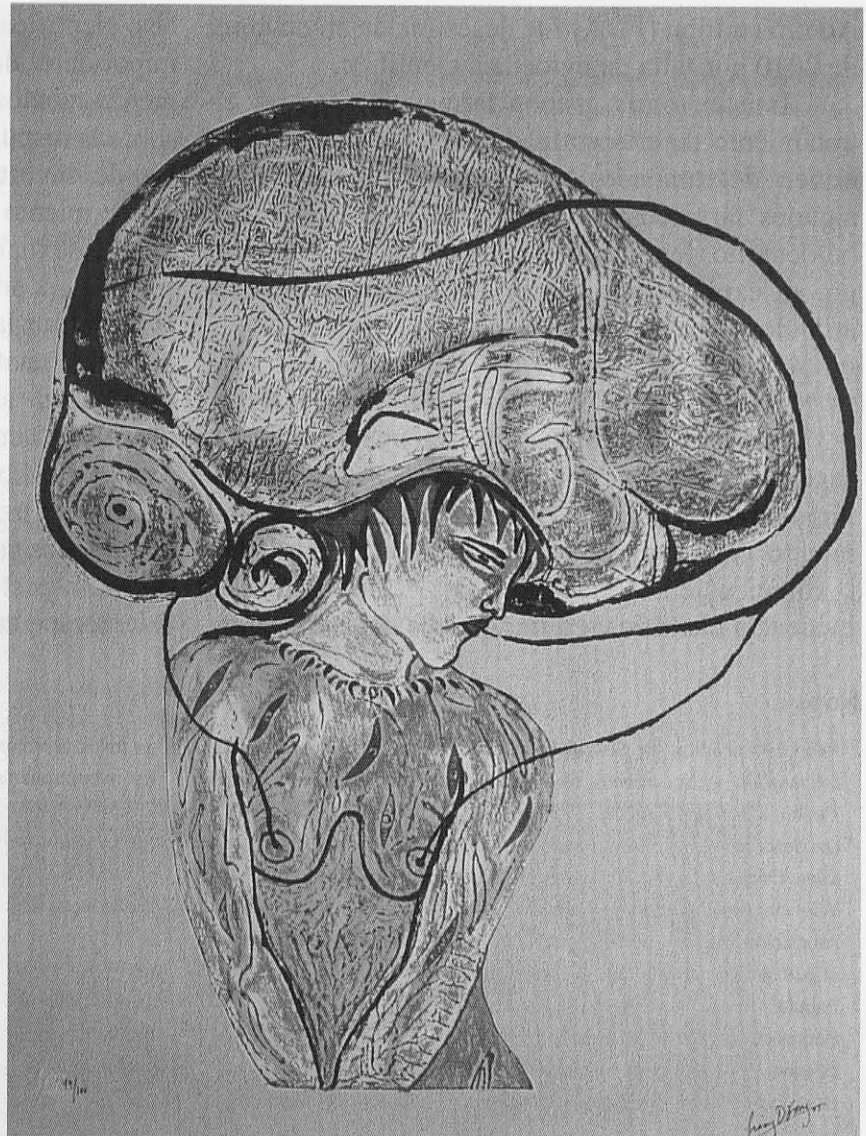
Los inhibidores de la 5 fosfodiesterasa, como sildenafil, tadalafil y vardenafil, constituyen un aporte importante en el tratamiento de la disfunción eréctil (DE). En el caso de la EP cuando se asocia con DE, también se han obtenido excelentes resultados. Algunos autores refieren que el sildenafil no aumenta el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal, pero mejora la percepción del control eyaculatorio. Para otros investigadores, por la seguridad erectiva que pueden agregar a sujetos con EP, su uso en estos casos estaría justificado. Las investigaciones de estos fármacos como terapia junto a los ISRS están aún en proceso de evaluación (Abdel-Hamid, 2007).

DESEO SEXUAL HIPOACTIVO E ISRS

Esta entidad es definida, según el DSM-IV-TR, como la disminución (o ausencia) de fantasías y deseo de actividad sexual de forma persistente o recurrente; el trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales. Es importante al realizar el diagnóstico descartar entidades médicas asociadas o consumo de medicamentos y/o drogas que puedan afectar el ciclo de respuesta sexual. Resultan interesantes los aportes de R. Basson y sus colegas al concepto del deseo sexual hipoactivo, cuando señalan los cambios fisiológicos de la mujer a lo largo del ciclo vital, así como la duración y la calidad de la pareja, entre los aspectos que hay que tener en cuenta a la hora de definir este malestar (Basson et al., 2003). Desde el punto de vista epidemiológico, afectaría a 36,8 % de las mujeres, aunque estos datos han sido establecidos con muestras incidentales en mujeres que acuden a centros sanitarios por otros motivos (Cabello, 2010).

Entre los neurotransmisores que regulan la respuesta sexual femenina, se encuentran la serotonina (5-HT), la norepinefrina (NE) y la dopamina (DA). La serotonina puede reducir el deseo sexual, retrasa el orgasmo y puede ser causa de anorgasmia, mientras que la dopamina incrementa el deseo sexual y la sensación de excitación, aumenta la conducta sexual y estimula el deseo una vez que la actividad sexual se ha iniciado. Por su parte, la noradrenalina puede incrementar la excitación sexual y promueve el orgasmo.

Hasta el momento no existe ningún fármaco que tenga como indicación precisa el tratamiento del deseo sexual hipoactivo, fundamentalmente en las mujeres, que han sido el grupo más estudiado. Se describen algunos psicofármacos que, en condiciones específicas, pueden resultar útiles en el trata-



miento de esta entidad. Específicamente el bupropión⁵ ha sido utilizado de forma inespecífica y con independencia de la etiología del deseo sexual hipoactivo; demostró mejoría en 29 % de las pacientes que anteriormente no habían respondido a placebo y ha resultado ser un fármaco eficaz en el tratamiento del deseo sexual hipoactivo como resultado del uso de otros ISRS (Cabello, 2010). La dosis recomendada (Clayton *et al.*, 2004) es de 150 mg diarios.

La flibanserina es otro de los ISRS que, de acuerdo con las investigaciones actuales, incrementa la dopamina y la norepinefrina en corteza, no cambia la dopamina en el núcleo accumbens y aumenta la conducta de sollicitación en las hembras (modelo de roedores), comportándose como un agonista 5-HT_{1A} 5-HT_{1A}/antagonista 5-HT_{2A}. Su aprobación por la Food and Drug

Administration (FDA) fue desestimada en octubre de 2010 por falta de evidencia científica.

Existen otros grupos farmacológicos en el tratamiento de esta entidad, entre los que se describen determinados compuestos hormonales y algunos fármacos que potencian la excitabilidad (sildenafil, fentolamina, apomorfina); sin embargo, su explicitación rebasa los objetivos de este artículo.

CONCLUSIONES

Los/las profesionales que trabajan la práctica sexológica disponen de un arsenal terapéutico importante en el grupo de los ISRS. El conocimiento de su empleo en las diferentes entidades sexológicas en la actualidad está avalado por la evidencia científica, en unos casos desde posicio-

nes científicas más rigurosas que en otros. Es importante destacar que la aparición de estos medicamentos o el descubrimiento de los efectos sobre la respuesta sexual han facilitado el desarrollo de investigaciones básicas que mejoran el conocimiento sobre la fisiopatología del funcionamiento sexual.

Se recomienda que, aun cuando su uso esté avalado por la evidencia científica, el/la profesional debe mantener un enfoque integracionista que incluya el abordaje combinado de diferentes modelos psicoterapéuticos y terapias farmacológicas, partiendo de que el tratamiento de cada sujeto debe ser *personalizado*, con la consideración de los factores psicológicos individuales y de la pareja, los aspectos socioculturales y otros que el/la psicoterapeuta considere oportuno evaluar.

NOTAS

- 1 World Association for Sexual Health: *Salud sexual para el milenio. Declaración y documento técnico*, World Association for Sexual Health, Minneapolis, 2008.
- 2 Los derechos sexuales son derechos humanos fundamentales y universales. Declaración del XIII Congreso Mundial de Sexología, 1997, en Valencia, España, revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999, en el XIV Congreso Mundial de Sexología, en Hong Kong, República Popular China.
- 3 Efectos colaterales de los antidepresivos tricíclicos: a) frecuentes: visión borrosa, trastornos de la acomodación, sequedad de la boca, constipación, hipotensión ortostática, incremento de la tensión intraocular,

- arritmias, temblores, disminución de la capacidad sexual; b) ocasionales: extrapiramidalismo, taquicardia, bloqueo auriculoventricular, confusión o delirio; c) raros: eosinofilia, trombocitopenia, leucopenia, agranulocitosis, reacciones alérgicas, alopecia, ansiedad, ginecomastia, convulsiones, ictericia colestásica, galactorrea, tinnitus, hiponatremia, alteraciones de la glucemia.
- 4 Se incluyen en este manual efebomanía, somatofilia, orgasmofilia, juvenofilia, clismafilia, braquioproctosigmoidismo, entre otras.
- 5 Dentro del grupo de los ISRS, el bupropión es un fármaco cuyo mecanismo de acción está relacionado con la inhibición selectiva de la recaptación de dopamina y norepinefrina.

BIBLIOGRAFÍA

- ABDEL-HAMID, I. A. (2007). «Phosphodiesterase 5 inhibitors in rapid ejaculation: potential use and possible mechanisms of action». *Drugs*, vol. 64, no. 1, pp. 13-26. (PubMed ID: 14723556) (PubMed-indexed for MEDLINE).
- ALFONSO, B. C. y Y. PUENTES RODRÍGUEZ (2006). «Eyaculación precoz, un reto para la medicina sexual». *Sexología y Sociedad*, CENESEX, La Habana, año 12, no. 30, abril, pp. 22-27.
- ALLERS, K. A. et al. (2010). «Acute and repeated flibanserin administration in female rats modulates monoamines differentially across brain areas: A microdialysis study». *J Sex Med.*, febrero.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. 2002. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Texto revisado)*. Masson, S.A., Barcelona.
- BASSON, R. et al. (2003). «Definitions of women sexual dysfunction reconsidered: Advocating expansion and revision». *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, no. 24, pp. 221-229.

- BIANCO, C. F. et al. (2011). *Manual diagnóstico en sexología*. Editorial C.I.P.V., Caracas.
- BRADFORD, J. W. (1985). «Organic treatments for the male sexual offender». *Behavioural Sciences and the Law*, vol. 3, no. 4.
- CABELLO, S. F. (2010). *Manual médico de terapia sexual*. Editorial Prismática, Madrid.
- CLAYTON, A. H. et al. (2004). «A placebo-controlled trial of bupropion SR as an antidote for selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction». *J Clin Psychiatry*, no. 65, pp. 62-67.
- CUNHA, R., R. HERNÁNDEZ y G. PEREIRA (2004). *Ejaculación precoz/rápida. Consenso de Academia Internacional de Sexología Médica*. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.
- DÍAZ MORFA, J. (2002). «Actualización en el tratamiento farmacológico de las parafilias». *Psiquiatr. Biol.*, vol. 9, no. 2, pp. 94-102.
- DÍOS, E. B. et al. (2006). «Parafilias: un estudio de caso». *Sexología y Sociedad*, CENESEX, La Habana, año 12, no. 30, abril, pp. 22-27.

- GARCÍA, F. D. (2011). «Evaluación del tratamiento farmacológico actual de las parafilias». En <http://www.siicsalud.com/dato/editorial.php/123679>.
- GREENBERG, D. M. et al. (1996). «A comparison of treatment of paraphilias with three serotonin reuptake inhibitors: A retrospective study». *Bull Am Acad Psychiatr Law*, no. 24, pp. 525-532.
- KAFKA, M. P. (1991). «Successful treatment of paraphilic coercive disorder (a rapist) with fluoxetine hydrochloride». *Br J Psychiatry*, no. 158, junio, pp. 884-847.
- KAFKA, M. P. y J. HENNEN (2002). «A DSM-IV Axis I comorbidity study of males with paraphilias and paraphilia-related disorders». *Sex Abuse*, vol. 4, no. 4, octubre, pp. 349-366.
- LEVINE, S., C. RISEN y S. ALTHOF (1990). «Essay on the diagnosis and nature of paraphilia». *Journal of Sex and Marital Therapy*, no. 2, pp. 89-102.
- MADEO, B. et al. (2008). «The effects of citalopram and fluoxetine on sexual behavior in healthy men: Evidence of delayed ejaculation and unaffected sexual desire. A randomized, placebo-controlled, double-blind, double-dummy, parallel group study». *J Sex Med*, no. 5, pp. 2431-2441.
- MODI, N. et al. (2010). «Single- and multiple-dose pharmacokinetics of dapoxetine hydrochloride, a novel agent for the treatment of premature ejaculation». *J Clin Pharmacol*, vol. 46, no. 3, pp. 301-309.
- MONEY, J. (1987). «Treatment guidelines. Antiandrogen and counseling of paraphilic sex offenders». *Journal of Sex and Marital Therapy*, vol. 13, no. 3, pp. 219-223.
- MUSE, M. y G. FRIGOLA (2003). «La evaluación y tratamiento de los trastornos parafílicos». *C. Med. Psicosom*, no. 65.
- PUNTES RODRÍGUEZ, Y. (2010). «Eyaculación precoz y métodos del sentido común: de la pregunta obligada a la reflexión médica». *Sexología y Sociedad*, CENESEX, La Habana, año 16, no. 44, diciembre, pp. 21-35.
- SAN MARTÍN BLANCO, C. (2007). «Actualización en el abordaje de los trastornos eyaculatorios y el orgasmo, desde una perspectiva integradora. ¿Qué podemos hacer?». *Rev Int Androl*, vol. 5, no. 1, pp. 63-72.
- SAVIÑÓN, J. A., R. JONSON y P. P. PAREDES (2007). «Antidepressivos: antes, ahora y después». *Rev. Neuropsicofarmacología*, vol. 4, no. 1, pp. 15-30.
- SECO, K. V. (2009). *Eyaculación precoz: manual de diagnóstico y tratamiento*. Editorial Fundamentos, Madrid.



Haciendo mar (serie «Seres futuribles») (2009)
Técnica mixta sobre pellón, 120 x 150 cm

FECHA DE RECEPCIÓN DE ORIGINAL: 5 de febrero de 2011

FECHA DE APROBACIÓN PARA SU PUBLICACIÓN: 5 de diciembre de 2011