

Artículo original

Conviviendo con esclerosis múltiple: relación entre disfunción sexual, calidad de vida y salud mental



Francisco Peñalver^{a,*}, Graciana Galiana^b, Ana Laura González Bellene^c y Berenice Silva^d

^a Médico, Residencia de Neurología Clínica, Servicio de Neurología y Neurocirugía, Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza, Argentina

^b Médico neurólogo, Residencia de Neurología Clínica, Servicio de Neurología y Neurocirugía, Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza, Argentina

^c Residencia de Neurología Clínica, Servicio de Neurología y Neurocirugía, Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza, Argentina

^d Hospital Italiano de Buenos Aires, Hospital Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

RESUMEN

Historia del artículo:

Recibido el 8 de agosto de 2024

Aceptado el 24 de abril de 2025

On-line el 31 de mayo de 2025

Palabras clave:

Esclerosis múltiple

Depresión

Disfunción sexual

Calidad de vida

Introducción: La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria y neurodegenerativa del sistema nervioso central (SNC) que afecta principalmente a jóvenes y es la causa principal de discapacidad en dicho grupo. La disfunción sexual (DS) en pacientes con EM es más frecuente de lo que se estima. El siguiente estudio se enfocó en estimar la prevalencia de DS, prevalencia y grado de depresión, y percepción de estado de salud en pacientes con EM y sus relaciones con el Expanded Disability Status Scale (EDSS).

Materiales y métodos: Se diseñó un estudio observacional, descriptivo y transversal de nuestra población con EM. Se obtuvieron datos a través de los formularios: Inventario de depresión de Beck (BDI-2), Short-form 12 (SF-12) y Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire 19 (MSISQ-19). Se analizaron los datos paramétricos y no paramétricos con EPI Info 7.

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes durante un periodo de 15 meses. La mediana del EDSS fue de 1,5. El 50,9% de pacientes presentaban algún tipo de DS, el 37,7% algún grado de depresión y el 26,4% tenían una autopercepción de salud negativa. El análisis no paramétrico demostró que pacientes con DS presentaron una mediana de EDSS de 2 y pacientes sin DS de 1,5 ($p = 0,03$); los pacientes con depresión grave un EDSS de 3,25 y sin depresión de 1,5 ($p = 0,04$) y aquellos con percepción de salud negativa un EDSS de 2,75 y de 1,5 para la positiva ($p = 0,0003$). La evaluación paramétrica encontró que pacientes con EDSS < 2 presentaron DS en un 34,6% y depresión en un 31,6%, mientras que aquellos con EDSS > 2 presentaron DS en un 66,7% ($p = 0,001$) y depresión en un 53,3% ($p = 0,08$). Pacientes con EDSS < 4 presentaron disfunción sexual en un 44,4% y con EDSS > 4 un 87,5% ($p = 0,01$). Los pacientes con EDSS < 4 presentaron depresión en un 30,4% y pacientes con EDSS > 4 85,7% ($p = 0,004$). Los pacientes con EDSS < 4 percibieron su estado de salud positivamente en un 91,7% y 85,7% de los pacientes con EDSS > 4 negativamente ($p = 0,0001$).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: franj.penalver@gmail.com (F. Peñalver).

<https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2025.04.007>

1853-0028/© 2025 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Conclusión: Existe una alta prevalencia de DS y depresión en pacientes con EM, que, si bien se correlaciona con mayor discapacidad, son significativos en algunos casos desde valores de EDSS de 2 o más. Esto sugiere mala calidad de vida y la necesidad de un tratamiento integral que aborde aspectos físicos y emocionales de la EM desde etapas tempranas.

© 2025 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Living with Multiple Sclerosis: Relationship between sexual dysfunction, quality of life and mental health

A B S T R A C T

Keywords:

Multiple sclerosis
Depression
Sexual dysfunction
Quality of life

Introduction: Multiple sclerosis (MS) is an inflammatory and neurodegenerative disease of the central nervous system that primarily affects young individuals and is the leading cause of disability in this group. Sexual dysfunction (SD) in patients with MS is more common than previously recognized. The present study aimed to determine the prevalence of sexual dysfunction, depression, and negative health perception, as well as their relationships with the Expanded Disability Status Scale (EDSS).

Materials and Methods: We conducted an observational, descriptive, cross-sectional study in our MS population. Data were obtained using the Beck Depression Inventory (BDI-2), Short-form 12 (SF-12), and Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire 19 (MSISQ-19). Parametric and non-parametric data were analyzed using EPI Info 7.

Results: A total of 53 patients were included over a period of 15 months. The median EDSS score was 1.5. Of the patients, 50,9% presented some form of sexual dysfunction, 37,7% had some degree of depression, and 26,4% had a negative self-perception of health. Non-parametric analysis showed that patients with sexual dysfunction had a median EDSS score of 2, while those without dysfunction had a median score of 1.5 ($p = 0.03$). Patients with severe depression had an EDSS score of 3.25, compared to 1.5 for those without depression ($p = 0.04$), and those with a negative perception of health had an EDSS score of 2,75, while those with a positive perception had a score of 1.5 ($p = 0.0003$). Parametric evaluation found that patients with EDSS < 2 had a 34.6% prevalence of sexual dysfunction and a 31.6% prevalence of depression, whereas those with EDSS > 2 had an 66.7% prevalence of sexual dysfunction ($p = 0.001$) and a 53.3% prevalence of depression ($p = 0.08$). Patients with EDSS < 4 presented sexual dysfunction in 44.4% and with EDSS > 4 in 87.5% ($p = 0.01$). Patients with EDSS < 4 presented depression in 30.4% and patients with EDSS > 4 85.7% ($p = 0.004$). Patients with EDSS < 4 were perceived positively by 91.7% and patients with EDSS > 4 by 85.7% negatively ($p = 0.0001$).

Conclusion: There is a high prevalence of sexual dysfunction and depression in patients with MS, which correlates with increased disability, even from EDSS values of 2 or higher. This suggests poor quality of life and the need for comprehensive treatment addressing both physical and emotional aspects of MS from the early stages.

© 2025 Sociedad Neurológica Argentina. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Introducción

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad desmielinizante que afecta el sistema nervioso central (SNC), que se caracteriza por ser inflamatoria, neurodegenerativa, crónica y progresiva¹. Afecta principalmente a pacientes jóvenes y puede tener un impacto significativo en la vida sexual de las personas que la padecen. La relación entre la EM y la sexualidad puede ser compleja y multifacética, y puede variar de una persona a otra². La disfunción sexual (DS) en pacientes con EM

es más frecuente de lo que se cree, ya que son síntomas que a menudo no se interrogan en la consulta³⁻⁵.

Se sabe que la prevalencia de los trastornos sexuales es alta; aunque no hay un porcentaje exacto, estos rondarían entre el 50 y 90% en mujeres y el 40 y 80% en hombres^{2,3,6,7}. No se ha encontrado relación entre la DS y un puntaje alto en la Escala Expandida del estado de discapacidad (EDSS) en estudios previos⁶. Además, estudios similares indican que pacientes que tienen esta patología presentan de manera subdiagnosticada y subtratada depresión, sin presentar correlación con el estado de discapacidad⁸.

Los síntomas de DS pueden ser clasificados en primarios (P), secundarios (S) y terciarios (T). Los primarios son los causados directamente por los cambios neurológicos que afectan la respuesta sexual, como la disminución de la libido, alteración en la sensibilidad genital, disminución de la lubricación vaginal, y disminución del orgasmo. La DS secundaria se refiere a síntomas que no implican directamente al sistema genital, pero pueden afectarlo, como la fatiga, tensión muscular, debilidad, disfunción vesical e intestinal, incoordinación, eventos secundarios a fármacos para EM, trastornos cognitivos y dolor. Los síntomas terciarios son los provocados por los aspectos psicológicos, culturales y sociales (cambios negativos en la imagen personal, estado del ánimo o imagen corporal, depresión, sentirse menos atractivo, miedo a ser rechazado)⁹. Esta clasificación puede cuantificarse a través del cuestionario de sexualidad e intimidad en EM (MSISQ-19)¹⁰.

La depresión en pacientes con EM es un punto clave y determinante en la calidad de vida autopercebida de los mismos. Se asocia a síntomas frecuentes como la fatiga, el dolor, los trastornos de sueño y la DS, a los cuales no se les suele interrogar de manera exhaustiva en la consulta¹¹.

El objetivo se enfocó en estimar la prevalencia de DS, prevalencia y grado de depresión, y percepción de estado de salud en pacientes con EM y sus relaciones con la EDSS.

Se evaluaron datos demográficos de sexo, edad, nivel de educación, medicación actual y años de evolución desde el diagnóstico.

Materiales y métodos

A fin de encontrar la prevalencia de DS P, S y T, su correlación con la prevalencia de depresión, percepción de calidad de vida y EDSS se diseñó un estudio observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico de nuestra población con EM. Se obtuvieron los datos a través de un formulario que debía llenar cada uno de los participantes de manera presencial firmando previamente un consentimiento informado. Dicho formulario contaba con los cuestionarios BDI-2, SF-12 y MSISQ-19. En la consulta donde se les brindó el formulario, se calculó su puntaje de EDSS tras una evaluación física actualizada por su neurólogo de cabecera. Se analizaron los datos con EPI Info 7.

Participantes

Se reclutaron pacientes desde enero de 2023 a abril de 2024, en la provincia de Mendoza (Hospital Luis C. Lagomaggiore) y en la provincia de Buenos Aires (Hospital Italiano de Buenos Aires y Hospital Ramos Mejía) con diagnóstico de EM tanto del ámbito público como del privado. Se incluyeron pacientes mayores de 16 años, con cualquier fenotipo de EM, que hubieran iniciado sus relaciones sexuales y que dieran el consentimiento para completar todos los formularios. Se excluyeron aquellos pacientes que no cumplían los criterios de McDonald 2017 para EM, que estuvieran cursando un brote, con incapacidad para entender los cuestionarios y aquellos que no dieran su consentimiento. A los pacientes reclutados se les calculó el EDSS en la misma consulta que se les entregó el formulario. La muestra incluyó finalmente 53 pacientes.

Cuestionarios

Se solicitaron al momento de la consulta datos demográficos que incluyeron sexo, edad, nivel de educación, medicación actual y años transcurridos desde el diagnóstico. Se utilizaron 3 cuestionarios para la evaluación de la sexualidad y del estado de salud mental.

SF-12

De los cuestionarios que evalúan la calidad de vida autopercebida, el SF 12 es una versión acortada del SF 36, uno de los cuestionarios más utilizados a nivel mundial, siendo genérico y aplicable a nuestra población¹². Este mismo evalúa a través de 12 preguntas el grado de bienestar y la capacidad funcional en las últimas 4 semanas de aquellas personas mayores de 14 años y define un estado «positivo» o «negativo» de salud, basándose en 6 preguntas de salud física y 6 preguntas sobre salud mental, de las cuales, según su respuesta, se obtiene un porcentaje de autopercepción global de salud. Al ser un cuestionario validado en personas con EM, consideramos que se adapta a las necesidades de nuestro estudio¹³.

MSISQ-19

Este cuestionario busca medir el predominio de los síntomas sexuales en pacientes con EM en los últimos 6 meses. El mismo evalúa los 3 ejes de la DS a través de 5 preguntas para la disfunción primaria (adormecimiento de genitales, falta de interés o deseo sexual, orgasmos menos intensos, retardo en el tiempo para lograr el orgasmo y lubricación vaginal inadecuada o dificultad para mantener una erección satisfactoria), 9 preguntas para la disfunción secundaria (presencia de rigidez muscular o espasmos en brazos, piernas o cuerpo; síntomas urinarios; síntomas intestinales; sensación de dependencia debido a la enfermedad; temblor en manos o cuerpo; presencia de dolor, ardor o malestar en el cuerpo; problemas para mover el cuerpo durante la actividad sexual; problemas con la concentración, memoria o pensamiento; exacerbación de la enfermedad) y 5 preguntas para la disfunción terciaria (sensación de tener un cuerpo menos atractivo; sensación de pérdida de feminidad o masculinidad por la enfermedad; miedo a ser rechazado sexualmente debido a la EM; preocupación por la satisfacción sexual de la pareja; sensación de menor confianza en la sexualidad debido a la enfermedad). El puntaje va en un rango de 19 a 95 puntos; cuanto mayor es el puntaje, mayor es la DS, y si una pregunta tiene un puntaje igual o mayor de 4 determina disfunción en el campo de dicha pregunta¹⁴. Dicho formulario aún no se encuentra validado en Argentina.

BDI-2

Es un autoinforme respecto a la intensidad de los síntomas de depresión entendiéndolo como un síndrome, evaluando cuantitativamente mediante 21 ítems, con 4 opciones cada ítem, en concordancia con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Este cuestionario divide el puntaje obtenido en un rango de 0 a 63 en 4 grupos: 0 a 13 sin depresión, 14 a 19 leve, 20 a 28 moderada y 29 a 63 grave¹⁵.

Consideraciones éticas

Se presentó el protocolo de nuestro estudio al Comité de Ética e Investigación del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, el cual fue aprobado. Todos los participantes que cumplieron los criterios de inclusión dieron su consentimiento informado por escrito, previo a completar los cuestionarios. El estudio se llevó a cabo desde enero de 2023 hasta abril de 2024.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis estadístico de tipo descriptivo univariado de las variables depresión, percepción de salud y DS. Al momento de realizar la correlación entre estas variables nominales con la escala EDSS, la cual es una escala ordinal, se utilizó el análisis no paramétrico de Kruskal-Wallis H Test. Luego se buscó la significación clínica de esta relación no paramétrica mediante la conversión del EDSS a una escala nominal de dos formas diferentes. En la primera forma se dividió a la muestra en 2 categorías según el puntaje de EDSS de 0 a 3,5 puntos, para pacientes sin discapacidad o discapacidad mínima, y 4 a 10 puntos para aquellos con discapacidad moderada o severa, teniendo en cuenta que 4 es un valor tomado arbitrariamente para determinar presencia de discapacidad significativa.

En la segunda forma, se dividió en 2 grupos según el EDSS, tomando un valor de corte de 0 a 1,5 puntos y de 2 a 10 puntos. De esta manera se busca evaluar si la DS está presente de manera temprana, permitiendo utilizar este valor como una herramienta para la práctica clínica. En estos dos análisis se tomó un IC del 95% con una $p < 0,05$ para ser estadísticamente significativa. Esto se llevó a cabo mediante una correlación paramétrica usando la prueba de Chi cuadrado para analizar EDSS (nominal) con depresión, percepción de salud y DS realizando un análisis bivariado. Utilizamos esta prueba para convertir variables continuas en categóricas, ya que puede evaluar asociaciones entre variables categóricas sin asumir una distribución específica.

Se utilizó el software de EPI Info 7 para el análisis de datos.

Resultados

Se incluyeron 53 pacientes durante un periodo de 15 meses. La media de edad de la muestra fue de 36,6 años (DE 11,5). La media de edad en hombres fue de 38 años (DE 10,4) y en mujeres fue de 35,8 años (DE 12,2). El 62,3% ($n = 33$) fueron mujeres y el 37,7% ($n = 20$) fueron hombres. El nivel educativo de los pacientes resultó en un 58,5% terciario o universitario, 37,7% secundario y el resto educación primaria. El fenotipo de EM fue en un 86,8% ($n = 46$) remitente recurrente, el 7,6% secundaria progresiva y el 5,7% primaria progresiva. Con respecto al tratamiento modificador de la enfermedad, el 22,6% utilizaba fingolimod, el 20,6% dimetilfumarato, 13,2% cladribina, el 7,6% teriflunomida, el resto utilizaba rituximab, ocrelizumab, alemtuzumab, ofatumumab, natalizumab, sionimod o interferones. La media del EDSS fue de 2,1 (DE 1,8), la mediana fue de 1,5. Solo el 17% de la muestra se encontraba bajo tratamiento antidepresivo, ya fuese psicoterapia o psicofarmacológico (tabla 1).

Tabla 1 – Datos demográficos

Variables demográficas	Porcentaje frecuencia
Edad	36,6 ($\pm 11,5$)
Sexo	
Femenino	62,3%
Masculino	37,7%
Fenotipo clínico de la EM	
EMRR	86,8%
EMSP	7,6%
EMPP	5,7%
Tratamiento modificador de la enfermedad	
Fingolimod	22,6%
Dimetilfumarato	20,8%
Cladribina	13,2%
Teriflunomida	7,6%
Ocrelizumab	5,66%
Natalizumab	5,66%
Ofatumumab	3,77%
Rituximab	3,77%
Alemtuzumab	3,77%
Siponimod	3,77%
Sin tratamiento	3,77%
Glatiramer acetate	1,89%
Interferón	1,89%
Nivel educativo	
Primaria	3,8%
Secundaria	37,7%
Universitario	58,5%
EDSS	1,5 (25%: 1 - 75%: 2,5)
Tratamiento antidepresivo	
Sí	17%
No	83%
SF-12	
Positivo	73,6%
Negativo	26,4%
BDI-2	
Depresión mínima/sin depresión	62,26%
Depresión leve	15,09%
Depresión moderada	15,09%
Depresión grave	7,55%
MSISQ-19	
Disfunción primaria	28,30%
Disfunción secundaria	26,42%
Disfunción terciaria	37,74%

Respecto a la DS, 27 pacientes (50,94%) presentaban algún tipo, ya sea disfunción P, S y/o T. De ellos, 18 pacientes fueron mujeres y el resto fueron hombres. La prevalencia de DS en mujeres fue del 54,6% y en hombres del 45%. Del total de los pacientes, encontramos que el 28,3% ($n = 15$) tenían disfunción primaria, 26,4% ($n = 14$) disfunción secundaria y 37,7% ($n = 20$) disfunción terciaria.

Según el formulario de depresión de Beck, 33 pacientes (37,7%) no presentaban depresión o presentaban depresión mínima, 8 pacientes depresión leve, 8 pacientes depresión moderada y 4 pacientes depresión grave. En mujeres, el porcentaje de depresión grave fue del 9% y un 66,7% de depresión mínima o sin depresión; y de los pacientes hombres, un 20% tenía depresión moderada y un 55% depresión mínima o sin depresión, siendo en un menor porcentaje (5%) depresión grave.

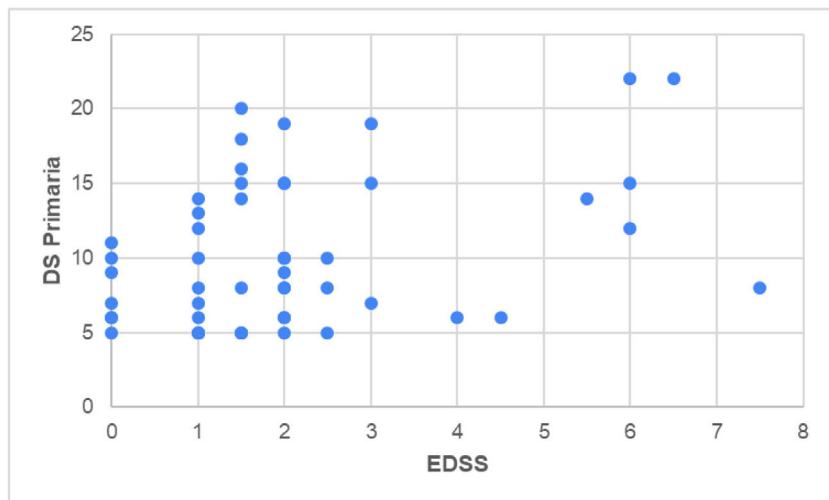


Figura 1 – Distribución de frecuencia de DS primaria según EDSS.

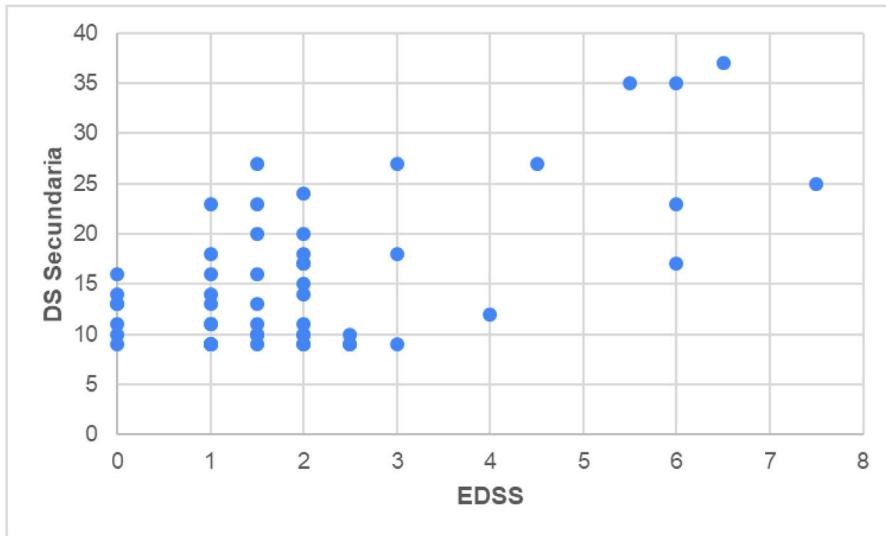


Figura 2 – Distribución de frecuencia de DS secundaria según EDSS.

En relación con la percepción del estado de salud según la escala SF-12, el 26,4% de los pacientes perciben su estado de salud física y mental como negativo, siendo el 30% de las mujeres y el 20% de los hombres.

Entre los 27 pacientes con algún tipo de DS, el 55,6% presentaba algún grado de depresión, en contraste con solo el 19,2% de aquellos sin DS ($p = 0,003$). Dentro del grupo con DS, el 11,1% tenía depresión grave, el 29,6% depresión moderada y el 14,8% depresión leve, mientras que el resto no presentaba depresión o esta era mínima.

Al analizar la relación entre la DS y la percepción del estado de salud según el SF-12, se encontró que 13 pacientes con DS se autopercebían con un estado de salud negativo, mientras que 14 consideraban tener un estado de salud positivo.

Se pudo analizar que la mediana del EDSS para pacientes con DS fue de 2, mientras que en pacientes sin disfunción la mediana de EDSS fue de 1,5 ($p = 0,03$) (figs. 1–3). En cuanto a la relación entre el EDSS y el grado de depresión, se observó que

los pacientes con depresión grave presentaron una mediana de EDSS de 3,25, aquellos con depresión moderada tuvieron una mediana de 2,5, mientras que los pacientes con depresión leve 1,5. Por otro lado, aquellos sin depresión o con depresión mínima presentaron una mediana de EDSS de 1,5 ($p = 0,04$). Con relación a la percepción del estado de salud, se encontró que los pacientes con una percepción negativa tenían una mediana de EDSS de 2,75, mientras que aquellos con una percepción positiva presentaron una mediana de 1,5 en el EDSS ($p = 0,0003$).

Cuando utilizamos las pruebas para poder dividir las muestras en dos categorías encontramos que aquellos pacientes con EDSS < 4 ($n = 46$) presentaron DS un 44,4% ($n = 20$) y con EDSS > 4 ($n = 7$) presentaron DS un 87,5% ($n = 6$) ($p = 0,01$). De ellos, la DS primaria para EDSS < 4 fue del 36,5% y 26,67% con EDSS > 4 ($p = 0,2$); la DS secundaria para EDSS < 4 fue del 17,8% y 75% con EDSS > 4 ($p = 0,001$); y la DS terciaria para EDSS < 4 fue del 33,3% y 62,5% con EDSS > 4 ($p = 0,07$). Según el grado

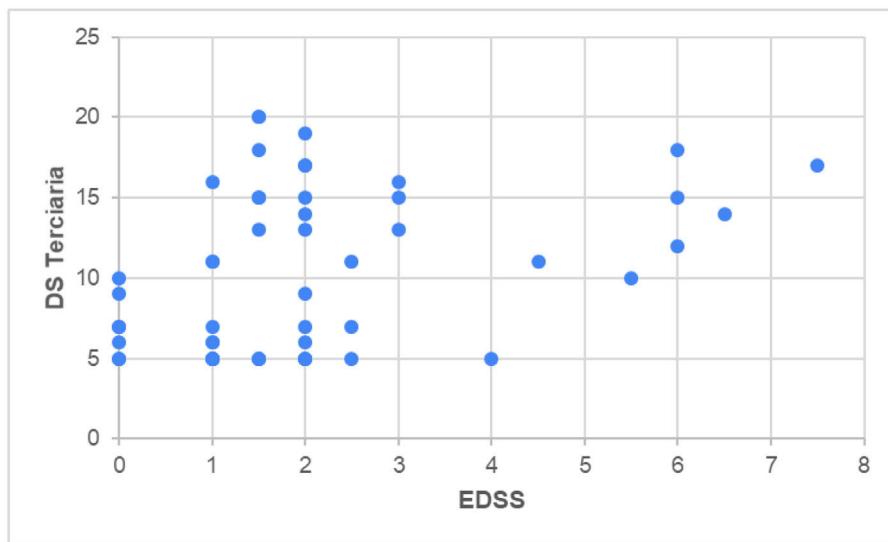


Figura 3 – Distribución de frecuencia de DS terciaria según EDSS.

Tabla 2 – Análisis paramétrico según EDSS en los grupos de evaluación con valor de corte de 4 o 2 por grupo

Análisis paramétrico	Porcentaje de relación		p
EDSS	EDSS < 4	EDSS > 4	
Disfunción sexual	44,4%	87,5%	0,01
DS primaria	36,5%	26,67%	0,2
DS secundaria	17,8%	75%	0,001
DS terciaria	33,3%	62,5%	0,07
Depresión	30,4%	85,7%	0,004
Percepción positiva de salud	91,7%	14,3%	0,0001
Percepción negativa de salud	8,3%	85,7%	0,0001
	EDSS < 2	EDSS > 2	
Disfunción sexual	34,6%	66,7%	0,001
DS primaria	19,23%	37,04%	0,08
DS secundaria	19,23%	33,33%	0,13
DS terciaria	30,77%	44,44%	0,16
Depresión	31,6%	53,3%	0,08
Percepción positiva de salud	92,31%	55,56%	0,001
Percepción negativa de salud	7,69%	44,44%	0,001

En negrita, los valores significativos.

de depresión, los pacientes con EDSS < 4 presentaron depresión en un 30,4% y pacientes con EDSS > 4 sí la presentaron en un 85,7% ($p = 0,004$). Con respecto a la percepción de salud, los pacientes con EDSS < 4 se percibieron positivamente un 91,7% y negativamente un 8,3%, mientras que pacientes con EDSS > 4 se percibieron positivamente un 14,3% y negativamente un 85,7% ($p = 0,0001$) (tabla 2) (fig. 4).

En la segunda forma se dividió la muestra en dos nuevas categorías tomando como valor de corte el EDSS < 2 y > 2 ($n = 38$ y $n = 15$, respectivamente). De ellos, presentaron DS un 34,6% de los pacientes con EDSS < 2 y un 66,7% de aquellos con EDSS > 2 ($p = 0,001$). Respecto a la depresión, un 31,6% de los pacientes con EDSS < 2 presentaban depresión y un 53,3% de aquellos con EDSS > 2 ($p = 0,08$) (tabla 2) (fig. 4).

Discusión

Este estudio tuvo como objetivo determinar la frecuencia de DS primaria, secundaria y terciaria, así como la presencia de depresión y la autopercepción del estado de salud en pacientes con EM, y evaluar su relación con el puntaje en la escala EDSS. Se encontró que la prevalencia de DS fue del 54,6% en mujeres y del 45% en hombres, similar al estudio de Altmann et al.⁷ el cual presentó un 58% y 42%, respectivamente, y al estudio de prevalencia en Argentina de Carnero Contentti et al.¹⁶, donde encontraron un 53,5% y 21,4% de mujeres vs. hombres, respectivamente. Respecto a la frecuencia de depresión, esta fue del 37,7%, ligeramente más baja que el 46% encontrado en el estudio de Lew-Starowicz y Rola¹⁷, siendo más frecuente la

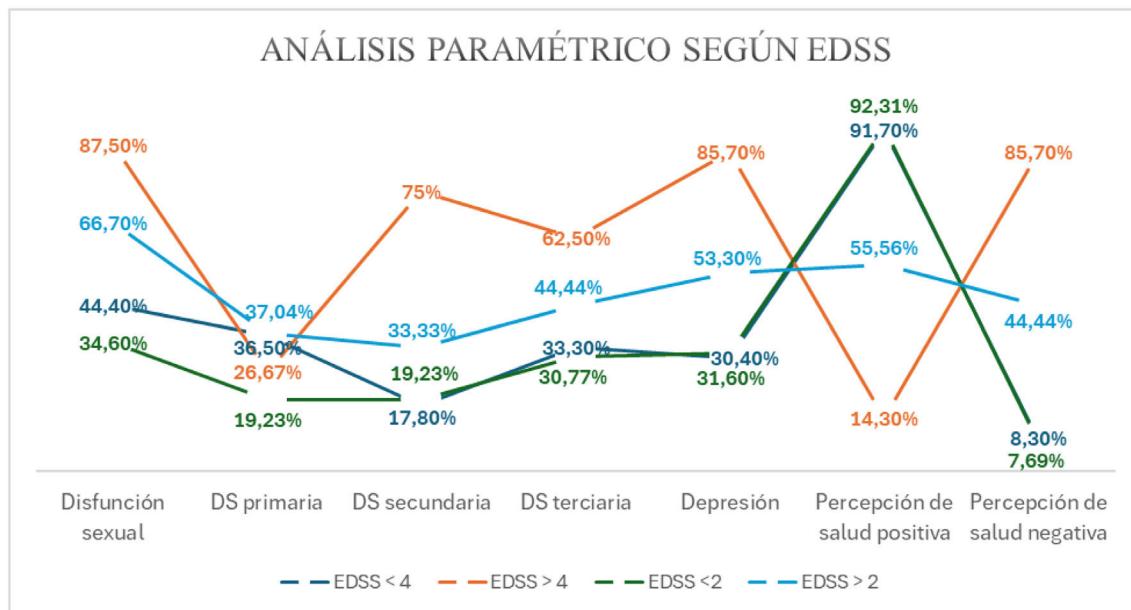


Figura 4 – Análisis paramétrico porcentual según los dos grupos de EDSS estudiados.

depresión grave (9%) en las mujeres respecto a los hombres (5%).

Como sabemos, la sexualidad desempeña un papel que es fundamental en el bienestar y la calidad de vida autopercibida de los pacientes en general, adquiriendo una relevancia especial en aquellos que padecen enfermedades crónicas, como ya lo describieron Schmidt et al. en su estudio sobre sexualidad en EM⁹. Esto no se correlaciona con nuestro hallazgo en cuanto a la percepción del estado de salud del cual únicamente el 26,4% de los pacientes presentaron una percepción negativa de su salud frente a un 73,6% que la percibieron positiva. Es importante destacar que la DS en pacientes con EM se encuentra estrechamente relacionada con la depresión. Se ha observado en nuestro estudio que el 50,9% de los pacientes con DS presentan algún grado de depresión (12,1% depresión grave, 24,2% depresión moderada y 24,2% leve). Aunque es posible que esto no afecte significativamente la percepción global de la salud de los pacientes, es evidente que la DS sí tiene un impacto en la salud mental de los mismos, al igual que lo que se observó en el estudio de Schairer et al.³.

No encontramos en la revisión bibliográfica de estudios similares que analicen los datos no paramétricos correlacionando valores de EDSS con DS y depresión, siendo este estudio el primero en realizar dicho análisis.

Respecto a las limitaciones de nuestro estudio, es importante destacar que en la selección de los pacientes y la evaluación de estos no se tuvo en cuenta si presentaban vejiga neurogénica o si habían presentado signos o síntomas de lesión medular que pudieran afectar su funcionalidad sexual. Además, ya que la distribución de los pacientes en el análisis paramétrico fue asimétrica, no se cumplió con la suposición de una distribución normal de los datos, por lo que se puede afectar la interpretación de estos. Además, se empleó un enfoque basado en la autoevaluación de los pacientes para el diagnóstico de DS, percepción de salud y depresión y la recopilación

de datos, implicando que los datos no fueron confirmados con una evaluación directa por un especialista. Aunque este método es de frecuente uso en los estudios que buscan relación entre estas variables al igual que el nuestro, presenta ciertas limitaciones y podría producir sesgo en los resultados obtenidos. Para abordar esta cuestión, se emplearon cuestionarios validados específicamente en nuestra población con EM, como el MSISQ-19. La inclusión de estos instrumentos validados en nuestro estudio contribuyó a fortalecer la calidad de la investigación, ya que proporcionaron una medida más precisa y confiable de los síntomas y la calidad de vida relacionada con la EM en nuestra población.

Conclusión

En este estudio observamos la prevalencia de DS y depresión en pacientes con EM, encontrando una correlación significativa con el aumento del EDSS, especialmente evidente a partir de un EDSS de 4 o más. Además, se identificó que la DS puede manifestarse significativamente incluso con valores de EDSS de 2 o mayores. La presencia de DS se asoció con tasas más altas de depresión entre los pacientes con EM. Asimismo, aproximadamente una cuarta parte de los pacientes reportaron una percepción negativa de su salud. Estos hallazgos subrayan la baja calidad de vida experimentada por estos pacientes y enfatizan la necesidad de un enfoque integral en el manejo de la EM, que abarque tanto los aspectos físicos como emocionales de la enfermedad desde etapas tempranas.

Autoría

Todos los autores diseñaron, recopilaron, analizaron, escribieron y revisaron el manuscrito críticamente. Todos los autores leyeron y aprobaron el manuscrito final.

Aprobación ética y consentimiento para participar

Se obtuvo el consentimiento informado de cada paciente y el estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore.

Financiación

No aplica.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no tienen intereses contrapuestos.

Agradecimientos

No aplica.

Disponibilidad de datos

Los datos generados durante el estudio deben ser solicitados a los autores.

Consentimiento de publicación

Debe solicitarse a los autores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kołtuniuk A, Przestrzelska M, Karnas A, Rosińczuk J. The Association Between Sexual Disorders and the Quality of Life of Woman Patients With Multiple Sclerosis: Findings of a Prospective, Observational, and Cross-Sectional Survey. *Sex Med.* 2020;8:297-306, <http://dx.doi.org/10.1016/j.esxm.2020.02.009>.
2. Zorzon M, Zivadinov R, Bosco A, Monti Bragadin L, Moretti R, Bonfigli L, et al. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: a case-control study. 1. Frequency and comparison of groups. *Mult Scler.* 1999;5:418-27, <http://dx.doi.org/10.1177/1352458599005001609>.
3. Schairer LC, Foley FW, Zemon V, Tuula T, Denise C, Ruth AM, et al. The impact of sexual dysfunction on health-related quality of life in people with multiple sclerosis. *Mult Scler.* 2014;20:610-6, <http://dx.doi.org/10.1177/1352458513503598>.
4. Hennessey A, Robertson NP, Swingler R, Compston DAS. Urinary, faecal and sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis. *J Neurol.* 1999;246:1027-32, <http://dx.doi.org/10.1007/s004150050508>.
5. Demirkiran M, Sarica Y, Uguz S, Yerdelen D, Aslan K. Multiple sclerosis patients with and without sexual dysfunction: are there any differences?". *Mult Scler.* 2006;12:209-11, <http://dx.doi.org/10.1191/135248506ms1253oa>.
6. Nortvedt MW, Riise T, Frugaård J, Mohn J, Bakke A, Skår AB, et al. Prevalence of bladder, bowel and sexual problems among multiple sclerosis patients two to five years after diagnosis. *Mult Scler.* 2007;13:106-12, <http://dx.doi.org/10.1177/1352458506071210>.
7. Altmann P, Leutmezer F, Leithner K, Monschein T, Ponleitner M, Stattmann M, et al. Predisposing Factors for Sexual Dysfunction in Multiple Sclerosis. *Front Neurol.* 2021;12, <http://dx.doi.org/10.3389/fneur.2021.618370>.
8. Marrie R, Horwitz R, Cutler G, Tyry T, Campagnolo D, Vollmer T. The burden of mental comorbidity in multiple sclerosis: frequent, underdiagnosed, and undertreated. *Mult Scler.* 2009;15:385-92, <http://dx.doi.org/10.1177/1352458508099477>.
9. Schmidt EZ, Hofmann P, Niederwieser G, Kapfhammer H-P, Bonelli RM. Sexuality in multiple sclerosis. *J Neural Transm.* 2005;112:1201-11, <http://dx.doi.org/10.1007/s00702-005-0275-7>.
10. Sanders AS, Foley FW, LaRocca NG, Zemon V. The multiple sclerosis intimacy and sexuality questionnaire-19 (MSISQ-19). *Sex Disabil.* 2000;18:3-26, <http://dx.doi.org/10.1023/A:1005421627154>.
11. Solaro C, Gamberini G, Masuccio FG. Depression in Multiple Sclerosis: Epidemiology, Aetiology, Diagnosis and Treatment. *CNS Drugs.* 2018;32:117-33, <http://dx.doi.org/10.1007/s40263-018-0489-5>.
12. Schmidt S, Vilagut G, Garin O, Cunillera O, Tresserras R, Brugulat P, et al. Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña. *Med Clin (Barc).* 2012;139:613-25, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2011.10.024>.
13. Vera-Villarroel P, Silva J, Celis-Atenas K, Pavez P. Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. *Rev Med Chil.* 2014;142:1275-83, <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000007>.
14. Gaviria Carrillo M, Ortiz Salas PA, Rueda Vergara KP, Cortes Bernal GA, Nava Mesa M, Moreno Medina K. Herramientas para la evaluación integral de la función sexual en pacientes con esclerosis múltiple. *Neurología.* 2023;38:197-205, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2020.04.028>.
15. Sanz J, García-Vera MP. Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventory para la Depresión de Beck-Segunda Edición (BDI-II) en pacientes españoles con trastornos psicológicos. *An Psicol.* 2013;29, <http://dx.doi.org/10.6018/analeps.29.1.130532>.
16. Carnero Contentti E, Pettinicchi JP, Caride A, López PA. Sexual Dysfunction in Patients with Multiple Sclerosis from Argentina: What are the Differences Between Women and Men? *Sex Disabil.* 2019;37:521-39, <http://dx.doi.org/10.1007/s11195-019-09603-5>.
17. Lew-Starowicz M, Rola R. Correlates of Sexual Function in Male and Female Patients with Multiple Sclerosis. *J Sex Med.* 2014;11:2172-80, <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12622>.