



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
"RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"**

**Satisfacción, disfunción sexual y calidad  
de vida en esquizofrenia. Un estudio  
descriptivo**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL:

TÍTULO DE ESPECIALISTA EN **PSIQUIATRÍA**

PRESENTA:

**MOISÉS ELOY FRANCO MADERO**



TUTORES:

DR. RICARDO ARTURO SARACCO ÁLVAREZ.  
DRA. YVONNE GERALDIN FLORES MEDINA

Ciudad Universitaria, CD. MX. 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

1. ANTECEDENTES .....	4
El estudio de la sexualidad en el trastorno mental grave .....	4
Sexualidad en personas con esquizofrenia.....	7
Satisfacción sexual en personas con esquizofrenia .....	8
Disfunción Sexual y calidad de vida en personas con esquizofrenia .....	9
2. METODOLOGÍA.....	10
<b>2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>10</b>
<b>2.2 JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>10</b>
<b>2.3 OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
<b>2.3.1 OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>11</b>
<b>2.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....</b>	<b>11</b>
<b>2.4 HIPOTESIS.....</b>	<b>11</b>
<b>2.5 MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>11</b>
<b>2.5.1 TIPO DE ESTUDIO.....</b>	<b>11</b>
<b>2.5.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....</b>	<b>12</b>
<b>2.5.3 CRITERIOS.....</b>	<b>12</b>
<b>2.5.4 VARIABLES .....</b>	<b>12</b>
<b>2.5.5 INSTRUMENTOS .....</b>	<b>14</b>
<b>2.5.6 PROCEDIMIENTO.....</b>	<b>15</b>
<b>2.5.7 ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>15</b>
3. IMPLICACIONES ÉTICAS .....	16
4. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES .....	16
5. RESULTADOS .....	17
Análisis estadístico descriptivo.....	18
Disfunción sexual general.....	18
Disfunción sexual en Hombres.....	19
Disfunción sexual en mujeres.....	20
Satisfacción Sexual y Calidad de Vida .....	21
Análisis de correlaciones.....	21
Disfunción y Satisfacción sexuales en hombres y mujeres .....	24
6. DISCUSIÓN.....	27

7. CONCLUSIONES .....	29
8. REFERENCIAS.....	30
9. BIBLIOGRAFÍA.....	32

## 1. ANTECEDENTES

### El estudio de la sexualidad en el trastorno mental grave

La sexualidad es un aspecto central de las personas, con gran influencia en la salud general y en la calidad de vida; son diversas las formas en las que se vive y expresa y éstas formas de expresión se ven influenciadas por la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos, socio interpersonales y socioculturales. (Hyde, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (2002) explica de una manera más amplia el concepto de Sexualidad como:

Un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida que abarca el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no siempre se experimentan o expresan todas. (p.5).

A partir de estas descripciones y entendiendo a la sexualidad como una necesidad inherente al ser humano, ésta ha sido parte de las preocupaciones de los psiquiatras desde principios del siglo (Montejo, 2018). Desde el psicoanálisis ya se teorizaba la importancia de la represión sexual como origen de un gran número de trastornos mentales; se consideró que el impulso sexual o libido era el núcleo de la vida, y que las acciones para su represión llevarían a la persona hacia el sufrimiento mental. La teoría se extendía hacia el erotismo y no necesariamente al coito, si no también hacia la satisfacción del placer físico y la intimidad (Montejo, 2018).

Independientemente de las aproximaciones teóricas y terapéuticas propuestas por los psicoanalistas, McCann (2019) describe que, si bien, durante las últimas décadas se han realizado grandes transformaciones en los programas de atención a personas con trastornos mentales, principalmente en el área de derechos humanos, en términos de bienestar social y emocional aún existen problemas para este grupo poblacional, particularmente relacionado con la intimidad y la expresión de la sexualidad.

La investigación en el área de la sexualidad también ha mostrado un desarrollo científico creciente durante las últimas décadas principalmente por los trabajos realizados por Masters & Johnson sobre la respuesta sexual humana (Sarrel, 1975) o las investigaciones de Alfred Kinsey en torno a la preferencia genérica (Kinsey, 2003), lo que ha despertado un mayor interés en la investigación sobre sexualidad; además, la aparición de un número cada vez mayor de revistas específicas, el papel que toma el abuso sexual en el origen o desarrollo de algunas enfermedades mentales y la dificultad de establecer los límites entre la sexualidad normal y patológica han incrementado el interés en esta área.

Montejo (2018) señala que una de las principales limitaciones para el acceso y generalización a una salud sexual adecuada es la falta de profesionales capacitados que contribuyan a la mejora de ésta, ya que la formación de personal de salud mental en sexología aún no es suficiente para atender las necesidades de la población. La sexualidad sigue siendo un tabú, y a pesar del creciente desarrollo científico en esta área, los profesionales que se ocupan de su investigación y tratamiento siguen siendo escasos, incluso con una gran heterogeneidad de antecedentes y dificultades en las definiciones operacionales de los aspectos clave de la sexualidad (Montejo, 2019)

El área de la sexualidad humana continúa presentando desafíos para los profesionales de la salud mental y en varias investigaciones se han resaltado problemas en torno a las necesidades no satisfechas con respecto a las relaciones íntimas y sexuales entre las personas diagnosticadas con trastornos mentales graves (Quinn, 2013).

Es sabido que la mayoría de los trastornos psiquiátricos incluyen de alguna manera algunas variaciones en los síntomas sexuales lo cual podría acarrear dificultades en el ejercicio de la sexualidad. Así como, generar preguntas e inquietudes de acuerdo con el área sexual afectada, con afectación en cualquiera de las fases de la respuesta sexual humana como el deseo, excitación, orgasmo o periodo refractario (Montejo, 2019).

En relación con la prevalencia de problemas de aspecto sexual, se estima que aproximadamente el 15% de la población en general está insatisfecha con su vida sexual y este porcentaje es significativamente mayor en personas con problemas de salud mental (Mulhall, 2008).

Los hallazgos de un estudio revelaron que más de dos tercios de todas las personas con un trastorno psiquiátrico experimentaron problemas sexuales (Drunen, p. 998–1007 2009, citado por McCann, 2019).

Otra investigación encontró que esta cifra aumenta al 78% en personas con depresión, 64.1% entre las personas que experimentan psicosis y que los problemas sexuales también ocurren en personas con trastornos de estrés postraumático y trastornos de ansiedad (Osvath, 2003).

En una investigación realizada por de Jager (2017), se lograron identificar algunos aspectos clave de la sexualidad en personas con trastornos mentales graves, entre las principales preocupaciones de estas personas se destacan sus necesidades sexuales, la satisfacción y el deseo sexual, el riesgo en la conducta sexual tanto de daño a sí mismos u otros, riesgo de ITS, las disfunciones sexuales, el estigma, las fantasías y trauma sexual. Es importante señalar que estas preocupaciones no difieren tanto con las presentes en la población que no tiene trastornos mentales graves por lo que la educación en la sexualidad parece ser importante en todos los casos.

En el mismo estudio, de Jager (2017) identificó que una gran parte de la evidencia científica se centra en los aspectos biológicos de la sexualidad y no en los aspectos psicosociales de ésta.

De Boer (2015) encontró que, las personas con trastornos mentales graves son frecuentemente solteras y/o divorciadas en comparación con la población general y que las relaciones de pareja a menudo se caracterizan por una menor intimidad y satisfacción dentro de la relación.

La disfunción sexual tiende a ser subestimada y se necesitan investigaciones sistemáticas para evaluar la incidencia, la gravedad y el deterioro asociados con los efectos sexuales indeseables de las drogas psicotrópicas (Montejo, 2018).

Los desarrollos recientes en el campo incluyen el reconocimiento de los efectos beneficiosos de una vida sexual saludable en pacientes con trastornos mentales graves y la necesidad de incorporar este aspecto en la evaluación y el manejo dentro de la práctica clínica habitual (Quinn, 2013).

McCann et al. (2019), formuló una serie de recomendaciones basadas en las necesidades relacionadas con la vida sexual de las personas con trastornos mentales graves enfocadas principalmente a la práctica clínica. Así como, orientadas a las personas responsables en la formulación de investigaciones y políticas en salud mental y salud pública, las cuales se enlistan a continuación:

1. Los profesionales deben relacionarse con las personas y preguntar de forma rutinaria sobre cuestiones de sexualidad e intimidad. Debería haber un mayor diálogo en torno a cuestiones "*delicadas*".
2. La evaluación y la planificación de la atención adecuada debe incluir cuestiones de sexualidad e intimidad.
3. Debe haber una mayor conciencia y capacidad de respuesta de los profesionales en relación con los problemas de abuso sexual, los riesgos sexuales y las vulnerabilidades.
4. Es necesario que haya más disponibilidad y acceso a las terapias de conversación, como el asesoramiento individual y de pareja y la terapia sexual.
5. Debe haber tiempo dedicado a explorar pensamientos, emociones y significado en torno a las experiencias de sexualidad, incluidas las implicaciones del estigma, la confianza y la autoimagen.
6. Es necesario examinar y revisar las políticas relacionadas con los problemas de la sexualidad en los entornos de salud.

## Sexualidad en personas con esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno complicado con facetas que interfieren con las interacciones humanas, incluidas las relaciones interpersonales y la sexualidad, en el cual el deseo sexual puede verse disminuido por la propia naturaleza del trastorno (Van Sant, 2012).

Los síntomas negativos como la abulia, la anhedonia y el aislamiento social deterioran la capacidad relacional y a su vez, la psicosis asociada con la esquizofrenia puede interferir con las percepciones de las interacciones humanas.

Buckley (1999), describe que durante mucho tiempo se pensó que las personas con esquizofrenia eran asexuales o que éstas participaban en actividades sexuales aberrantes, tal creencia fue respaldada por estudios que mostraban una tasa muy baja de actividad sexual que oscilaba entre el 1.5% y el 3%, incluso se pensó que la actividad sexual podía exacerbar los síntomas psicóticos.

Sin embargo, contrario a la creencia que perduró por mucho tiempo, las personas con esquizofrenia se involucran en actividades sexuales. La presencia de actividad sexual (coito anal o vaginal) entre personas con enfermedades mentales graves se ha estimado entre el 44% y el 80%. Aproximadamente el 80% de los pacientes psicóticos estabilizados, y más del 75% de los hombres, tienen actividad masturbatoria (Bobes et al., 2003).

Akhtar y Thomson (1980) reportaron que muchos pacientes con diagnóstico de esquizofrenia presentaban expresiones de la conducta sexual mal adaptadas como por ejemplo lesiones genitales autoinducidas, masturbación pública y zoofilia.

De forma específica, las mujeres con diagnóstico de esquizofrenia, han reportado que algunos de los principales problemas en el dominio de lo sexual se relacionan con una reducción del deseo sexual y calificaron su satisfacción física y emocional con el sexo como más baja; tienen más parejas sexuales, expresando una menor probabilidad de tener una pareja, mayor probabilidad de haber sido presionadas a tener relaciones sexuales sin consentimiento o participar en la prostitución (Scandell, 2003).

Las mujeres con diagnóstico de esquizofrenia tienen menos embarazos planificados, más embarazos no deseados, más abortos y mayor probabilidad de dar a sus hijos en adopción (Díaz-Morfa, 2006). Los hombres, tienen un mayor riesgo significativo de tener hijos no deseados y pueden correr un alto riesgo de contraer y transmitir enfermedades de transmisión sexual (Sadock, 2015).

Es más probable que esta población use drogas ilícitas, y que tengan mayor cantidad de encuentros sexuales casuales debido a la dificultad para mantener una relación estable (De Boer, 2015).



Estudios recientes indican que los médicos tienden a dudar en abordar los problemas sexuales cuando tratan a personas con trastornos mentales graves, a pesar de saber que la mayoría de los pacientes con esquizofrenia experimentan disfunciones sexuales como efecto secundario de la medicación antipsicótica. Además, las personas con esquizofrenia identifican la falta de asesoramiento sobre las relaciones personales e íntimas como una necesidad de tratamiento gravemente insatisfecha (Östman, 2013).

Desde la perspectiva de la investigación, estudiar la función y disfunción sexual en pacientes con esquizofrenia es metodológicamente complejo, ya que las personas con esquizofrenia pueden sentirse incómodas sobre el tema debido a barreras culturales o desconfianza con el médico y encontrar instrumentos específicos adecuados resulta difícil. (Fan et al. 2007).

#### Satisfacción sexual en personas con esquizofrenia

Offman y Matheson (2005) definen la satisfacción sexual como una respuesta emocional hacia las expectativas sexuales y la evaluación positiva general de las relaciones sexuales. A pesar de que la satisfacción sexual se considera ampliamente como un aspecto importante de la vida humana y un factor importante, ésta no se incluye en las escalas para medir la calidad de vida (Anderson, 2009).

En 2017, Laxhman realizó un estudio evaluando la satisfacción sexual de las personas con esquizofrenia, encontrando que éstos están más insatisfechos con su vida sexual que con cualquier otro dominio de su vida, incluida su propia salud mental. Es el único dominio con el que los pacientes expresaron insatisfacción explícita.

Encontró también, que el estar casado estaba relacionado con mayor satisfacción sexual y no necesariamente en el significado de vivir con su pareja o con que la probabilidad de mantener relaciones sexuales fuera mayor (Laxhman, 2017).

Independientemente de las normas culturales y los contextos socioeconómicos, estar casado puede generar importantes beneficios para las personas con esquizofrenia a través de redes sociales más sólidas (Salokangas et al., 2001).

Laxhman (2017) sugiere que las preocupaciones de los pacientes en relación con su vida sexual deben explorarse, pero es algo que puede resultar difícil, ya que probablemente algunas personas pueden mostrarse con resistencias a compartir sus puntos de vista sobre su vida sexual o no tener una vida sexual de la cual comentar, convirtiéndolo en un desafío para los médicos el intentar crear un ambiente en el que los pacientes se sientan seguros para hablar sobre sus problemas sexuales.

En 2007, Pottier concluyó que la actividad sexual reduce los efectos del estrés crónico sobre la memoria, así, la actividad sexual promovería el desarrollo de nuevas neuronas y mantendría la memoria. Kazour (2019) encontró que la motivación fue significativamente mayor en los pacientes que practican la masturbación.

Actualmente no se han realizado estudios a gran escala que exploren la satisfacción sexual de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (Laxhman, 2017).

#### Disfunción Sexual y calidad de vida en personas con esquizofrenia

La disfunción sexual en cualquiera de las fases de la respuesta sexual humana en personas con esquizofrenia puede estar relacionada con la enfermedad misma (por ejemplo, síntomas negativos, disminución de la iniciativa y la motivación), factores psicosociales, salud somática y el uso de medicamentos psicotrópicos (Hyde, 2006). Lo cual desencadenaría una baja satisfacción en el área sexual traducida en afectación importante en la calidad de vida de esta población.

La actividad sexual refleja la capacidad para manejar una relación interpersonal y el impulso para lograr un propósito especial y satisfacer una necesidad. Por lo tanto, es un índice sensible del funcionamiento global de los pacientes.

Varios estudios han examinado la asociación de la sintomatología asociada con la esquizofrenia con la función y disfunción sexual. En los hombres, una puntuación de psicopatología general PANSS alta se asoció con un mayor riesgo de disfunción eréctil, eyaculatoria y orgásmica. Los puntajes más altos de la subescala positiva de PANSS predijeron un aumento de la libido, que disminuyó con el tiempo con la mejora de los síntomas. En las pacientes mujeres, una subescala negativa de PANSS alta también predijo una disminución de la libido (Malik et al., 2011).

Peitl et al. (2009) realizaron una investigación sobre la influencia que podría tener la religión sobre las disfunciones sexuales sexual pero no encontraron diferencias significativas entre las personas con esquizofrenia respecto a las experiencias sexuales, pero sí una diferencia significativa evidente con respecto a ciertos puntos de vista religiosos y los aspectos de la autopercepción y autoestima sexual.

Las disfunciones sexuales representan un factor importante en lo que respecta a la adherencia a la medicación, como a otras variables de resultado como la calidad de vida.

La disfunción sexual sigue siendo uno de los efectos secundarios más molestos de los tratamientos con antipsicóticos por lo que la evaluación y minimización del impacto de los efectos secundarios sexuales de los medicamentos puede mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes (Hou, 2016).

Una elevación de los niveles plasmáticos de prolactina a través del antagonismo del receptor D2 se considera una posible explicación fisiopatológica de estos eventos adversos. Aparte del bloqueo D2, la sedación debida a efectos antihistaminérgicos o adrenérgicos, así como el bloqueo serotoninérgico, son vías alternativas que pueden conducir a la disfunción sexual (Malik, 2008).

A pesar del posible efecto clínico de los efectos secundarios sexuales, la evidencia de una asociación entre la disfunción sexual y la calidad de vida en pacientes ambulatorios con esquizofrenia es contradictoria (Bushong, 2014).

En un estudio realizado por Olfson (2005), la disfunción sexual es común en hombres con esquizofrenia que son tratados con antipsicóticos y se asocia con disminución de la calidad de vida, disminución de las relaciones románticas y menor intimidad cuando se establecen las relaciones.

Por otra parte, Fan et al. (2007) en un estudio que incluyó a hombres y mujeres con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo no encontró una relación significativa entre el funcionamiento sexual y la calidad de vida.

La alta prevalencia y la interferencia sustancial con la calidad de vida se combinan para hacer de la disfunción sexual un área importante para la evaluación clínica y la intervención adecuada en el manejo comunitario de la esquizofrenia.

## 2. METODOLOGÍA

### *PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN*

¿Cuál son las características de la satisfacción, disfunción sexual y calidad de vida en personas con esquizofrenia y cuál es su relación entre ellas?

#### 2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La vida sexual de las personas con esquizofrenia ha sido infravalorada o ha sido difícil de evaluar; casi todas las investigaciones relacionadas al estudio de la esquizofrenia le han dado prioridad al estudio de fisiopatología, neurobiología del padecimiento y al tratamiento base de los trastornos psiquiátricos; descuidándose así que una vida sexual satisfactoria mejora la calidad de vida e integración a la sociedad de estas personas.

#### 2.2 JUSTIFICACIÓN

Las investigaciones sobre sexualidad en personas con trastornos mentales son relativamente pocas, y las existentes, se enfocan principalmente en estudiar la disfunción sexual generada sin tomar en cuenta la satisfacción y la calidad de vida de las personas. Las disfunciones sexuales son frecuentes en los sujetos con esquizofrenia y contribuyen al incumplimiento terapéutico.

La comprensión de la vida sexual de las personas y los problemas relacionados con el sexo es importante por distintas razones; la actividad sexual refleja la capacidad para manejar una relación interpersonal y satisfacer una necesidad. El sexo desempeña un papel crucial en la calidad de vida. La calidad de vida de los pacientes debe considerarse un criterio importante por el cual se evalúan los tratamientos. La disfunción sexual sigue siendo uno de los efectos secundarios más molestos de los tratamientos antipsicóticos.

“Las estimaciones indican que el 54-88% de los varones y el 30-94% de las mujeres con esquizofrenia experimentarán disfunción sexual mientras toman medicamentos antipsicóticos” (Díaz-Morfa, 2006, p. 24). Así, los efectos sexuales secundarios de los antipsicóticos pueden impactar negativamente en la calidad de vida y en la adhesión a la medicación de las personas con esquizofrenia.

## 2.3 OBJETIVOS

### 2.3.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación entre grado de satisfacción y disfunción sexuales en participantes con esquizofrenia, así como su relación con la calidad de vida en esta población.

### 2.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar el grado de calidad de vida global en participantes con esquizofrenia.
- Identificar la presencia de disfunciones sexuales en estos participantes y su asociación al uso de antipsicóticos y otros psicofármacos.
- Determinar el nivel de satisfacción sexual en los participantes con esquizofrenia.

## 2.4 HIPOTESIS

Los niveles de satisfacción sexual en los participantes con esquizofrenia serán de moderados a bajos, con una alta prevalencia de disfunciones sexuales principalmente asociada al uso de psicofármacos, lo cual afectará de manera negativa la calidad de vida de estas personas.

## 2.5 MATERIAL Y MÉTODOS

### 2.5.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, descriptivo, transversal.

## 2.5.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Margen de error: 10%  
 Nivel de confianza: 95%  
 Población: 850

Tamaño de muestra: **87**

$$n = \frac{z^2(p*q)}{e^2 + \frac{z^2(p*q)}{N}}$$

### Ecuación Estadística para Proporciones poblacionales

n= Tamaño de la muestra  
 Z= Nivel de confianza deseado  
 p= Proporción de la población con la característica deseada (éxito)  
 q= Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)  
 e= Nivel de error dispuesto a cometer  
 N= Tamaño de la población

## 2.5.3 CRITERIOS

### 2.5.3.1 Criterios de inclusión:

Personas con el diagnóstico de esquizofrenia, que se encuentren adscritos a la clínica de esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría o que pertenezcan a la consulta externa de dicha institución y sean mayores de edad.

2.5.3.2 Criterios de exclusión: Personas que cuenten con diagnóstico psiquiátrico comórbido de trastorno neurocognitivo mayor o tengan historial de enfermedades crónicas degenerativas en mal control, trastornos neurológicos o endocrinológicos o enfermedades genitales reportadas.

2.5.3.3 Criterios de eliminación: Sujetos que no acepten participar o abandonen el estudio.

## 2.5.4 VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Género	Sexo biológico	Nominal dicotómica	Femenino/ Masculino	Hoja de datos sociodemográficos
Edad	Años del sujeto al momento de la entrevista	Intervalar	Edad en años cumplidos al momento de la entrevista	
Diagnóstico	Diagnóstico psiquiátrico realizado	Nominal	Esquizofrenia Esquizoafectivo Delirante primario	
Escolaridad	Máximo grado de estudios de los pacientes	Intervalar	En años cumplidos de estudio.	
Nivel socioeconómico	Determinado nivel de ingresos por medio del	Intervalar	1-5	

	estudio socioeconómico			
Calidad de Vida	Conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social.	Intervalar	0-120	Schizophrenia Quality Of Life Scale (SQLS).
<b>SEXUALIDAD</b>				
Función sexual femenina	Reflejo de la función sexual en la mujer en nivel de bienestar físico, psicológico y social	Intervalar	Deseo Excitación Lubricación Orgasmo Satisfacción Dolor	Índice de función sexual femenina.
Disfunción eréctil	Capacidad del sujeto para tener y mantener una erección de calidad.	Nominal	No hay disfunción eréctil DE leve DE leve a moderada DE moderada DE severa	Índice internacional de disfunción eréctil (IIEF-5)
Satisfacción sexual	Respuesta afectiva y emocional surgida de la evaluación de las interacciones sexuales personales y de la percepción de la consumación del deseo erótico.	Nominal	Bajo Medio Alto	Inventario de satisfacción sexual
Deseo sexual	Fase apetitiva en la cual un individuo trata de acceder a una	Intervalar	1-30	Escala de experiencia sexual de Arizona

	pareja potencial mediante el desarrollo de ciertas pautas etológicas			
--	--	--	--	--

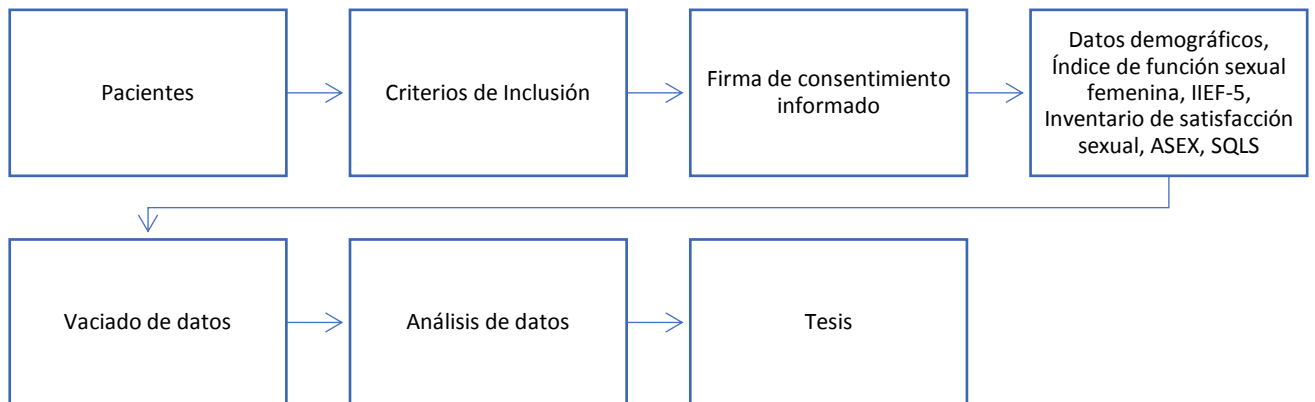
### 2.5.5 INSTRUMENTOS

- **Hoja de datos sociodemográficos:** Esta hoja sirve para la recolección de los datos sociodemográficos de las características de los sujetos a evaluar y consta de los datos generales de los sujetos. Contiene folio que sirve para todo el estudio, además del estado civil, estado ocupacional, diagnóstico, religión, antecedentes de la enfermedad, para los pacientes un registro del tratamiento.
- **Índice de función sexual femenina:** Este cuestionario consta de 19 preguntas y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; cada pregunta tiene 5 o 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntaje mejor sexualidad.
- **Índice internacional de disfunción eréctil (IIEF-5):** El IIFE consta de 15 preguntas que abarcan: función eréctil, función orgásmica, deseo sexual, satisfacción con la relación sexual y satisfacción global. Además, demuestra alta sensibilidad y especificidad para detectar los cambios en la función eréctil como respuesta al tratamiento. El grado de DE (disfunción eréctil) se califica de 0 a 30 puntos; entre 6 a 10: severa, entre 11 a 16: moderada, entre 17 a 25: leve y desde 26 a 30 no existe DE.
- **Inventario de satisfacción sexual (Álvarez-Gayou, 2011):** El inventario de satisfacción sexual, Gayou es una escala tipo Likert, compuesta por 29 ítems con cinco opciones de respuesta, que van de siempre a nunca. Cuenta con un coeficiente de confiabilidad de 0.92. La prueba evalúa cinco factores: Afectivo, bienestar, respeto- responsabilidad, estímulos sensoriales y comunicación.
- **Escala de experiencia sexual de Arizona (ASEX):** Fue desarrollada con la intención de obtener un instrumento que permitiese cuantificar la disfunción sexual secundaria a la medicación psicotrópica, consta de 5 ítems que cuantifican los siguientes aspectos de la respuesta sexual humana: deseo-impulso, excitación, lubricación vaginal/erección, capacidad para alcanzar el orgasmo, satisfacción-placer en el orgasmo. Cada ítem es puntuado utilizando una escala tipo Likert de 6 grados que oscila desde 1 hasta 6. El marco de referencia temporal es la semana anterior.
- **Schizophrenia Quality Of Life Scale (SQLS)** La SQLS es un instrumento auto aplicable consistente de 30 ítems que se agrupan en los siguientes dominios: Psicosocial (15 ítems), Motivación y energía (7 ítems) y Síntomas y efectos secundarios (8 ítems). Cada uno de los ítems se puntúa con un nivel de medición ordinal, usando un formato Likert con puntuaciones que van desde 0 (nunca) hasta 4 (siempre).

Para que puntuaciones mayores reflejen peor calidad de vida, algunos ítems se transforman invirtiendo sus valores.

### 2.5.6 PROCEDIMIENTO

Se llevó a cabo el proceso de reclutamiento a partir de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Los participantes estuvieron conformados por pacientes que acuden a la clínica de esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría o que asisten al servicio de la consulta externa. A ellos se les solicitó que participasen de manera voluntaria al estudio, se firmó el consentimiento informado en caso de aceptar y se aplicaron las escalas correspondientes en una o dos sesiones, las cuales consistieron en hoja de datos demográficos, índice de función sexual femenina, IIEF-5, inventario de satisfacción sexual, ASEX y SQLS, en sesiones de 45 a 60 minutos.



### 2.5.7 ANÁLISIS DE RESULTADOS

La descripción de las características demográficas y clínicas de los pacientes se realizó con porcentajes para variables categóricas y media y desviación estándar para las variables continuas.

Se realizó un análisis de correlación de Pearson entre las variables de Satisfacción y calidad de vida para el grupo completo; y un análisis por dividido por sexo biológico para analizar la relación entre la disfunción y satisfacción sexual. Se estableció un nivel de significancia estadística:  $< 0.05$



### 3. IMPLICACIONES ÉTICAS

El estudio se realizó de acuerdo con los principios generales estipulados en declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial (2008). Se contó con la aprobación del comité de ética para este proyecto con número: CEI/C/043/2020.

Se cumplió con los cuatro principios básicos de bioética de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. El estudio respetó el principio de no maleficencia al tratarse de un estudio descriptivo en el que no se realizaron intervenciones directas sobre los participantes; no se produjo daño, dolor o sufrimiento a los participantes. Se respetó el principio de beneficencia al generar información sobre la conducta sexual y su relación con la calidad de vida y satisfacción en pacientes con psicosis crónica.

Se respetó la autonomía del participante ya que fue decisión del sujeto el participar o no en el estudio además de poder retirarse del estudio en cualquier momento.

El estudio respetó también el principio de justicia ya que los participantes que no desearon participar podrán asistir al curso educativo o en su defecto entregárseles un tríptico con información de salud sexual, así como no tener ninguna repercusión en la atención institucional.

### 4. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Entre los recursos humanos directamente implicados se encontró el investigador y los tutores del proyecto de investigación. El investigador aplicó las escalas necesarias para la valoración de los sujetos a evaluar y las pruebas necesarias. El tutor dedicó parte de su tiempo a las asesorías del proyecto y la evolución de este a lo largo del tiempo. Los recursos materiales implicados son las escalas requeridas que tengan derechos de autor o cuotas para su uso y un equipo de cómputo para la aplicación de estas.

## 5. RESULTADOS

### Datos Sociodemográficos

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo</b>		
<i>Hombre</i>	19	63.3%
<i>Mujer</i>	11	36.7%
Total:	30	100%
<b>Estado Civil</b>		
<i>Soltero</i>	27	90%
<i>Casado</i>	3	10%
Total:	30	100%
<b>Escolaridad</b>		
<i>Secundaria</i>	4	13.3%
<i>Preparatoria</i>	14	46.7%
<i>Licenciatura</i>	11	36.7%
<i>Posgrado</i>	1	3.3%
Total:	30	100%
<b>Empleo</b>		
<i>No</i>	23	76.7%
<i>Sí</i>	4	13.3%
<i>Subempleo</i>	3	10.0%
Total:	30	100%

### Hospitalizaciones

	Frecuencia	Porcentaje
Válido		
<i>No</i>	18	60.0
<i>Sí</i>	12	40.0
Total	30	100.0

El 60% de los participantes no ha tenido ninguna hospitalización psiquiátrica previa o posteriormente a que se realizara el diagnóstico de esquizofrenia.

### Tratamiento Antipsicótico

	Frecuencia	Porcentaje
Primera Generación	6	20.0
Segunda Generación	23	76.7
Combinación	1	3.3
Total	30	100.0

### Otros tratamientos

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	2	6.7
Anticolinérgicos	4	13.3
Benzodiazepinas	3	10.0
Antidepresivos	20	66.7
Otros	1	3.3
Total	30	100.0

Dentro de todos los participantes, el 76.7% (23) utiliza fármacos antipsicóticos de segunda generación, en menor medida se utilizan los de primera generación en un 20% (6) o una combinación de ambos (3.3%). Además del tratamiento con fármacos antipsicóticos, el 66.7% (20) de los participantes utilizan de manera concomitante fármacos antidepresivos, siendo otros fármacos frecuentes los anticolinérgicos (13.3%), benzodiazepinas (10%) y solo el 6.7% (2), no utilizan otros fármacos además de los antipsicóticos.

### Uso de Sustancias de Abuso

	Frecuencia	Porcentaje
No usa	19	63.3
Tabaco	2	6.7
Alcohol	5	16.7
Cannabis	4	13.3
Total	30	100.0

La mayor parte de los participantes no utiliza sustancias de abuso, en un 63.3% (19) de ellos. Las sustancias que más frecuentemente se encontraron fueron alcohol en un 16.7% (5), cannabis en un 13.3% (4) y tabaco en un 6.7% (2).

### Análisis estadístico descriptivo.

#### Disfunción sexual general.

En el instrumento de Escala de Experiencia Sexual de Arizona, utilizada para la cuantificación de disfunción sexual secundaria a medicamentos psicotrópicos se obtuvo una puntuación media de 17.13 con una desviación estándar de 5.66 para el grupo completo. En esta escala, una mayor puntuación se traduce en una mayor disfunción sexual (mínimo 6, máximo 30). Lo que implica que los pacientes se encuentran en niveles de Mayor disfunción sexual de acuerdo con la puntuación media del instrumento.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Escala de Experiencia Sexual de Arizona	30	6	30	17.13	5.667

Disfunción sexual en Hombres.

En el instrumento Índice Internacional de Función Eréctil, que se subdivide en cinco dominios, se obtuvieron los siguientes resultados (tabla Resultados de IIEF-5). De acuerdo con esto los pacientes varones puntuaban para una disfunción eréctil grave de acuerdo con los puntos de corte establecidos (6-10) para tal dominio en la mayoría de los participantes, con una media de 8.89.

Los resultados del resto de los dominios son los siguientes:

- Función orgásmica (rango de puntuación:0-10) con una media de 4.53
- Satisfacción en las relaciones sexuales (rango de puntuación:0-15) con una media de 2.79
- Deseo sexual (rango de puntuación: 2-10) con una media de 5.89,
- Satisfacción sexual global (rango de puntuación:2-10) con una media de 4.58,

Si bien no existen puntos de corte para los cuatro dominios anteriores, se establece que a menor puntuación existe una menor satisfacción o función en tal área, situándose con resultados por debajo de la media de la puntuación total.

*Tabla de Resultados de Índice Internacional de Disfunción Eréctil (IIEF-5).*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Dominio IIEF sobre la función eréctil	19	1	26	8.89	7.241
Dominio IIEF sobre la función orgásmica	19	0	10	4.53	4.221
Dominio IIEF sobre la satisfacción en las relaciones sexuales	19	0	14	2.79	4.962
Dominio IIEF sobre el deseo sexual	19	2	10	5.89	2.470
Dominio IIEF sobre satisfacción sexual global	19	2	10	4.58	2.652

Disfunción sexual en mujeres.

El índice de función sexual femenina se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla *Resultados de Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)*).

En el Índice de Función Sexual Femenina, que a su vez se divide en seis dominios y arroja una puntuación total se obtuvieron los siguientes resultados:

- Deseo sexual (puntaje mínimo 1.2, máximo 6), una media de 3.27;
- Excitación sexual (puntaje mínimo 0, máximo 6), una media de 2.04;
- Lubricación (puntaje mínimo 0, máximo 6), una media de 2.34;
- Orgasmo (puntaje mínimo 0, máximo 6), una media de 2.14,
- Satisfacción sexual (puntaje mínimo 0.8, máximo 6), una media de 1.96
- Dolor durante las relaciones sexuales (mínimo 0, máximo 6), una media de 1.3.

En el instrumento, no existen puntos de corte que indiquen cuándo existe un mejor o peor funcionamiento sexual, pero se establece que a menor puntuación menor funcionamiento sexual, de los seis dominios, el único que se encuentra sobre la media de la puntuación total está relacionada con el deseo sexual, lo cual implicaría que el deseo sexual en las pacientes no se afecta en gran medida como en el resto de los dominios; ya que el resto se encuentra por debajo de la media del puntaje total.

Sobre la puntuación total del Índice de función sexual Femenina, se obtuvo una media de 13.11, (el instrumento cuenta con un rango mínimo de 2 y máximo de 36), lo cual significaría un mayor grado de disfunción sexual global.

*Tabla de Resultados de Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Dominio IFSF sobre el deseo sexual	11	1.2	5.4	3.273	1.2109
Dominio IFSF sobre la excitación sexual	11	.0	4.8	2.045	1.7637
Dominio IFSF sobre la lubricación	11	.0	5.1	2.345	2.2160
Dominio IFSF sobre el orgasmo	11	.0	5.6	2.145	2.0882
Dominio IFSF sobre la satisfacción sexual	11	.0	5.6	1.964	2.1049

Dominio IFSF sobre el dolor durante las relaciones sexuales	11	.0	3.6	1.345	1.4672
Puntuación total del IFSF	11	1.5	25.5	13.118	9.7889

#### Satisfacción Sexual y Calidad de Vida

El inventario de satisfacción sexual de Álvarez-Gayou, el cual cuenta con un rango de puntuación entre 29 y 145, obtuvo una media de 92.17 con una desviación estándar de 34.11. Lo cual, de acuerdo con los puntos de corte establecidos para tal instrumento, situaría a la mayor parte de los participantes en un nivel de satisfacción sexual bajo (29-110).

Finalmente, en el instrumento de Schizophrenia Quality of Life, calificada entre 0 y 100 puntos, en el cual una menor puntuación significa una mejor calidad de vida, se obtuvo una media de 55.63 con desviación estándar de 21.26, lo que posiciona a los participantes en una calidad de vida percibida con una tendencia a ser de peor calidad.

#### *Tabla de Resultados Inventario de Satisfacción Sexual y Schizophrenia Quality of Life Scale*

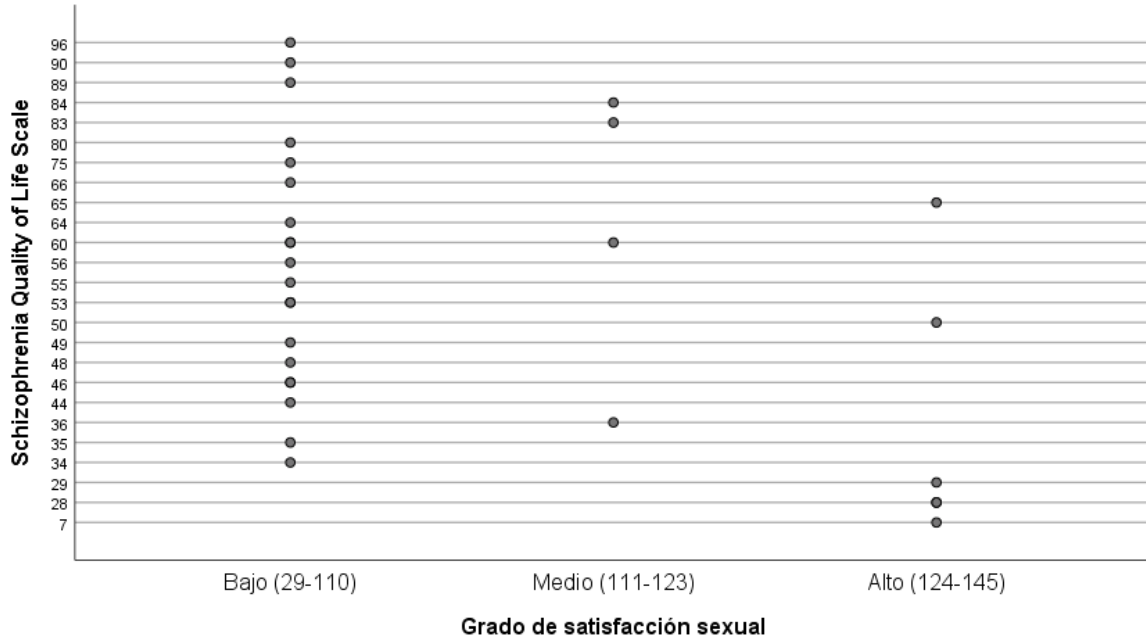
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Inventario de Satisfacción Sexual (Álvarez-Gayou)	30	29	144	92.17	34.116
Schizophrenia Quality of Life Scale	30	7	96	55.63	21.269

#### Análisis de correlaciones.

Se realizó un análisis de correlación de Pearson entre las variables de Calidad de vida (SQLS) y el grado de satisfacción sexual, obtenido del inventario de Satisfacción Sexual de Álvarez-Gayou. Se obtuvo una correlación negativa  $r = -0.42$ , se obtuvo una  $\alpha$  de 0.020.

*Gráfica de Dispersión simple entre SQLS y Grado de satisfacción Sexual del grupo completo*

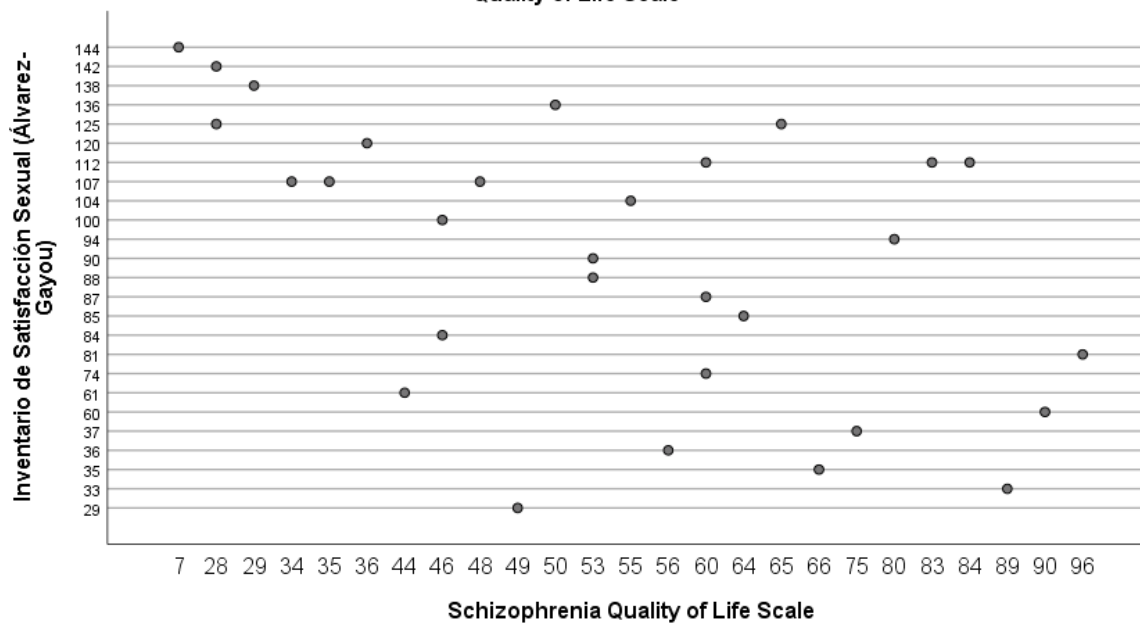
Dispersión simple con ajuste de línea de Schizophrenia Quality of Life Scale por Grado de satisfacción sexual



En el gráfico de dispersión se observa que con una mayor puntuación obtenida en la SQLS que implica una menor calidad de vida, se asocia con un nivel bajo de satisfacción sexual, lo cual coincide con lo descrito en la literatura. A su vez, una menor puntuación en la SQLS (mejor calidad de vida), está asociada con una mayor satisfacción sexual.

Al hacer la correlación entre la puntuación de la Schizophrenia Quality of Life Scale y la puntuación total del Inventario de Satisfacción Sexual de Gayou, se observa el mismo fenómeno descrito en el gráfico anterior, en el que una mayor puntuación en el Inventario de Satisfacción Sexual (mayor satisfacción) se relaciona con una menor puntuación en la SQLS, esto es, una mejor calidad de vida.

Dispersión simple con ajuste de línea de Inventario de Satisfacción Sexual (Álvarez-Gayou) por Schizophrenia Quality of Life Scale





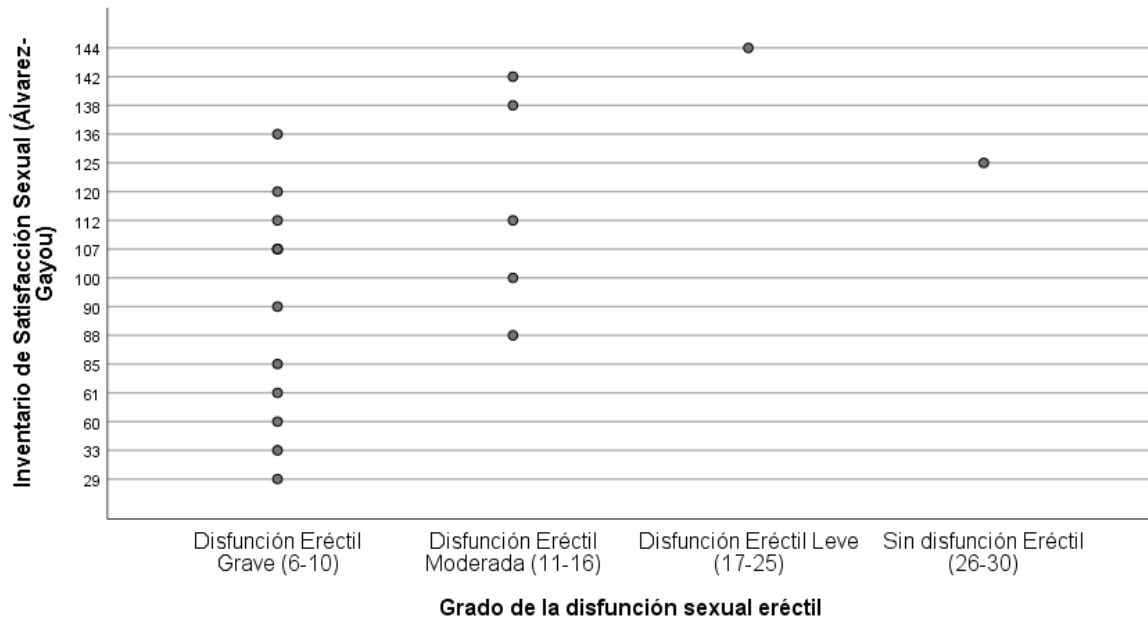
### Disfunción y Satisfacción sexuales en hombres y mujeres

Para el grupo de hombres, a quienes se les aplicó el Índice Internacional de Función Eréctil, en el análisis de correlaciones entre las variables de calidad de vida, grado de la disfunción sexual eréctil se obtuvo correlación positiva con una  $r = 0.609$  y un  $\alpha$  de 0.006.

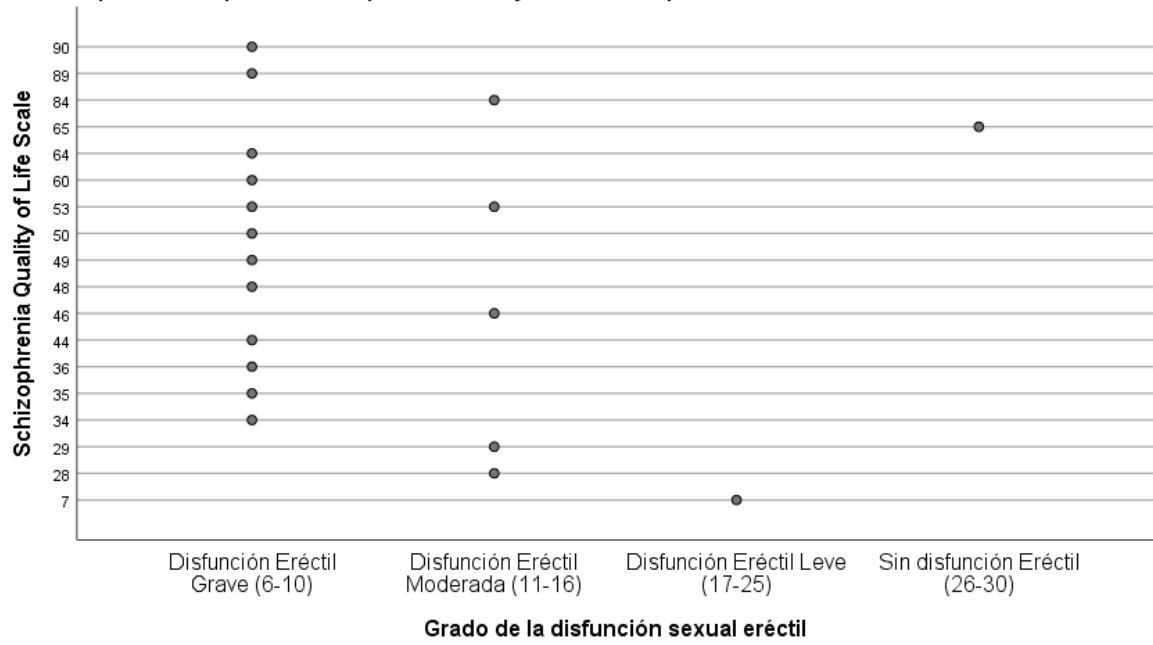
En el gráfico de dispersión se observa que a una menor puntuación en el Inventario de Satisfacción Sexual (menor satisfacción), existen mayores participantes con disfunción eréctil grave durante la relación sexual.

Ahora bien, existe un grupo de participantes en los que, a pesar de presentar una disfunción eréctil grave, consideran su vida sexual como satisfactoria, estos participantes argumentan que a pesar de no tener una erección lo suficientemente firme para la penetración, encuentran satisfactorio actividades como los besos, caricias, magreo o masturbación.

Dispersión simple con ajuste de línea de Inventario de Satisfacción Sexual (Álvarez-Gayou) por Grado de la disfunción sexual eréctil

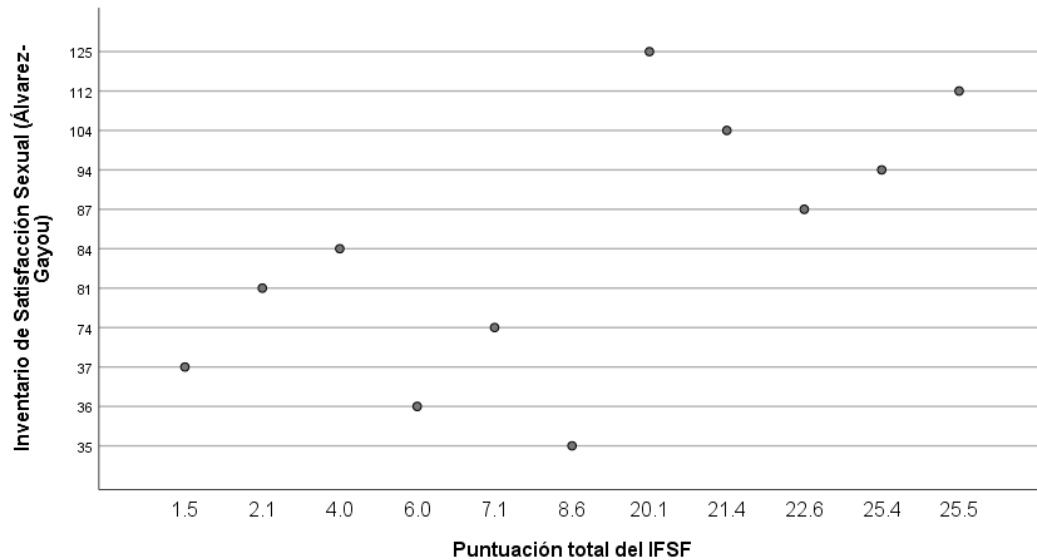


Dispersión Simple de Schizophrenia Quality of Life Scale por Grado de la disfunción sexual eréctil

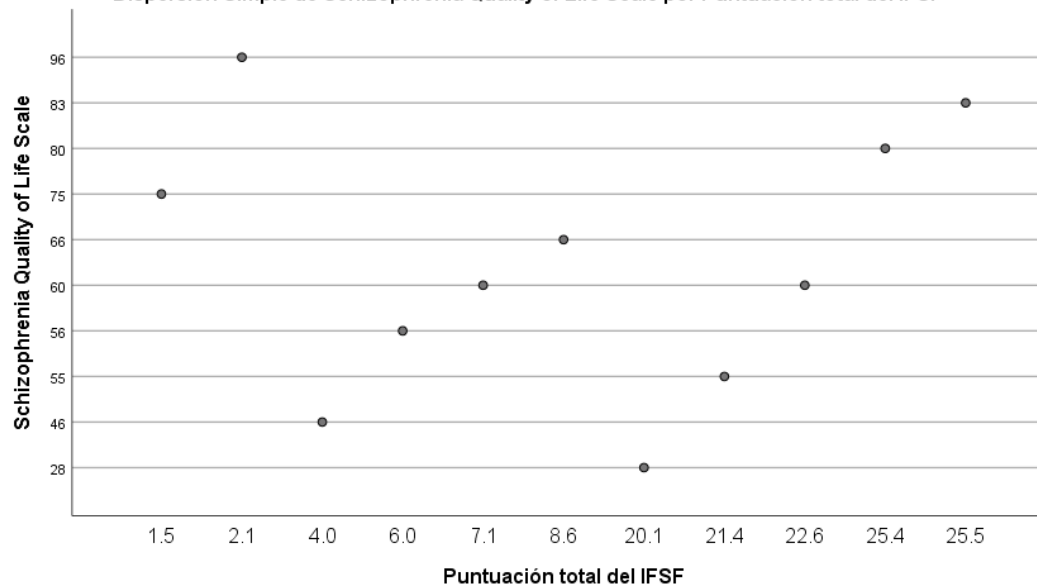


Para el grupo de mujeres, en el análisis de correlaciones entre las variables de calidad de vida, satisfacción sexual y la puntuación total obtenida en el Índice de Función Sexual Femenina; se obtuvo una correlación positiva  $r=.416$  y  $\alpha$  de  $.203$  entre el grado de satisfacción sexual y el Índice de función sexual femenina, es decir sin significancia estadística. En el mismo sentido la puntuación total de IFSF y calidad de vida, obtuvo una  $r$  de  $-.095$  y  $\alpha$  de  $.780$  entre la puntuación total de IFSF y la calidad de vida, Se obtuvieron los siguientes gráficos de dispersión simple.

Dispersión simple con ajuste de línea de Inventario de Satisfacción Sexual (Álvarez-Gayou) por Puntuación total del IFSF



Dispersión Simple de Schizophrenia Quality of Life Scale por Puntuación total del IFSF



## 6. DISCUSIÓN

En este estudio se evaluó el grado de satisfacción sexual mediante el Inventario de Satisfacción Sexual de Álvarez-Gayou; la calidad de vida, mediante la escala Schizophrenia Quality of Life y el grado de disfunción sexual mediante las escalas ASEX, Índice Internacional de Función Eréctil para hombres (IIFE-5) y el Inventario de Función Sexual Femenina (IFSF) para mujeres, en personas con diagnóstico de esquizofrenia.

De acuerdo con la literatura, las personas con trastornos mentales graves muestran una alta tasa de disfunción sexual (Scandell, 2003) y de acuerdo con las características observadas en los resultados obtenidos de la muestra, una gran parte de los participantes, presentan estas disfunciones, siendo principalmente relacionadas con excitación, dolor y orgasmo en el caso de las mujeres y relacionadas con la calidad de la erección, satisfacción en la relación sexual y orgasmo en el caso de los hombres.

Un factor importante por tomar en cuenta relacionado con las disfunciones sexuales en nuestra muestra es que la mayor parte de los participantes (66.7%), además de su tratamiento con fármacos antipsicóticos, utiliza medicamentos antidepresivos, los cuales están asociados con alteraciones negativas en el ciclo de la respuesta sexual humana.

En relación con la satisfacción sexual de esta población, los resultados obtenidos en nuestra muestra coinciden con lo reportado por Laxhman (2017), en su estudio sobre satisfacción sexual en personas con esquizofrenia, quien encontró que estos pacientes se encontraban insatisfechos con su vida sexual, quienes la puntuaron incluso más insatisfecha que otros dominios de su vida, incluida su propia salud mental.

Encontramos que una parte de los participantes, a pesar de reportar disfunción sexual en la excitación, orgasmo o función eréctil, considera su satisfacción sexual como media o alta, quienes argumentaron que no consideran necesario el acto sexual o coito para experimentar satisfacción, ya que, mediante besos, caricias, magreo, masturbación o tener momentos de intimidad con sus parejas (en caso de tenerla), les eran suficientes para mostrarse satisfechos. Este hallazgo es congruente con lo descrito por Bobes (2003), quien encontró que aproximadamente el 80% de las personas con esquizofrenia mostraban conductas masturbatorias, lo cual contribuía a su disfrute sexual, descartando la creencia anterior de que las personas con esquizofrenia no se involucraban en actividades sexuales o que incluso, de hacerlo, podría empeorar los síntomas psicóticos, de estar presentes.

Sin embargo, Akhtar y Thomson en 1980, describieron que muchas de las conductas masturbatorias de las personas con esquizofrenia son mal adaptativas, ya que podrían mostrar masturbación pública o realización de autolesiones genitales, esto no fue explorado en nuestro estudio, razón por la cual, se considera esto una limitación importante de nuestra investigación.

Se ha mencionado que la satisfacción sexual contribuye a tener una mejor calidad de vida en general y que, sin embargo, ésta no se incluye en la mayoría de las escalas que evalúan la calidad de vida.

El instrumento utilizado en este estudio para la evaluación de la calidad de vida en personas con esquizofrenia no es la excepción, al no incluir ítems asociados con la sexualidad; como lo describió Laxhman (2017) al comparar los instrumentos existentes para la medición de la calidad de vida; sin embargo, en nuestra muestra se encontró que existe una correlación significativa entre la percepción de la satisfacción sexual con la calidad de vida, percibiendo mejor calidad de vida con una mejor satisfacción sexual y viceversa.

En el grupo conformado por hombres, se encontró un gran porcentaje de personas con disfunción eréctil grave, con asociación importante con su satisfacción sexual y la calidad de vida, lo cual es coincide con lo encontrado por Fan, et al. (2007).

El grupo conformado por mujeres puntuó su satisfacción sexual principalmente como baja, incluso a pesar de manifestar una mayor puntuación en el inventario de función sexual femenino traducido como una menor presencia de disfunción sexual.

Entre las limitaciones para la realización de este estudio, destacan principalmente la contingencia sanitaria internacional por COVID19, lo cual dificultó la captación de participantes en el Instituto Nacional de Psiquiatría por la disminución en el flujo de personas que asistían diariamente.

Además, al tratarse de un tema tabú y estigmatizado en la sociedad, al no hablarse abiertamente sobre sexualidad, ocasionó rechazo por gran parte de los candidatos para participar en el estudio, mostrándose incluso incómodos durante la invitación.

Una gran parte de los participantes declaró no mantener relaciones sexuales desde hace algunos meses, años o incluso en ningún momento de su vida, lo cual podría sesgar los resultados, obteniéndose puntajes más bajos en los dominios que evaluaban áreas exclusivamente relacionadas con el coito durante el último mes.

Otra limitación que señalar es la poca disponibilidad de instrumentos validados al español para evaluar, ya sea clínica o a manera de investigación, el funcionamiento o la conducta sexual, ya sea de personas con diagnósticos psiquiátricos o población en general.

Se recomienda continuar con este tipo de investigaciones, ya que como se describe en la bibliografía y se encontró en este estudio, la satisfacción sexual influye de manera directa sobre la calidad de vida de las personas, cuenten o no con un diagnóstico psiquiátrico, incluso con preocupaciones mayores que sobre la propia salud mental. Se considera que el incluir temas relacionados con la sexualidad en las entrevistas clínicas o cursos psicoeducativos, disminuiría el estigma relacionado con hablar sobre estos temas y abriría un área para continuar con investigaciones de este tipo.

## 7. CONCLUSIONES

La salud y vida sexual de las personas en general ha sido infravalorada en las investigaciones clínicas ya que su estudio representa un reto metodológico y a pesar de los avances durante los últimos años, aún existen cabos sueltos en el establecimiento de lo que se considera una sexualidad “normal” y una sexualidad “patológica” o en la realización de definiciones operacionales de los distintos componentes de la sexualidad.

Lo anterior complica aún más la realización de proyectos de investigación en personas con trastornos mentales graves, principalmente en personas con diagnóstico de esquizofrenia, ya que por mucho tiempo se creyó que, debido a distintos factores, como el propio trastorno, el uso de medicamentos que afectan la sexualidad o los síntomas negativos de la enfermedad, éstas personas no se involucraban en actividades sexuales, estigmatizando, minimizando o invalidando su sexualidad en la práctica clínica y de investigación.

Ahora bien, el estudio y la evaluación de la calidad de vida es cada vez más relevante como una manera de estudiar la salud de la población y de analizar la eficacia y efectividad de las intervenciones farmacológicas, terapéuticas o sanitarias, siendo la satisfacción sexual un indicador importante directamente relacionado con una mejor calidad de vida, y la satisfacción sexual. Si bien el estudio de la sexualidad en las personas con esquizofrenia aún representa un reto, la implementación de programas específicos de educación sexual como parte de los talleres de psicoeducación, abriría un campo de oportunidad para evaluar las necesidades relacionadas con la sexualidad de esta población y así identificar problemas o disfunciones las cuales podrían implicar un mal apego terapéutico y mermar un pronóstico favorable en el curso de la enfermedad, así como mejorar la calidad de vida de las personas al incrementar su satisfacción sexual al intentar resolver los problemas identificados, el tema de la sexualidad debería también incluirse de manera más “natural”, aunque no exclusiva, en las consultas tomadas por estos pacientes y así propiciar una mejor apertura a la realización de investigaciones futuras relacionadas con la sexualidad, mejorar la relación médico-paciente y formular nuevas maneras de evaluación específicas para las personas con esquizofrenia ya sea mediante la validación de clinimetrías internacionales o creación de propias herramientas clinimétricas.

## 8. REFERENCIAS

1. Akhtar, S., & Thomson, J. A. (1980). Schizophrenia and sexuality: A review and a report of twelve unusual cases. II. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 41(5), 166–174. Recuperado el 14 de julio de 2020 de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6102986/>
2. Anderson, R., Mikulic, B., Vermeylen, G. (2009). Second European Quality of Life Survey Overview, *European Foundation*. DOI: ISBN 978-92-897-0847-0.
3. Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Seúl, octubre de 2008. *Journal Of Oral Research*, 2(1), 42-44. <https://doi.org/10.17126/joralres.2013.009>
4. Bobes, J., Garc A-Portilla, M. P., Rejas, J., Hern Ndez, G., Garcia-Garcia, M., Rico-Villademoros, F., & Porras, A. (2003). Frequency of Sexual Dysfunction and Other Reproductive Side-effects in Patients with Schizophrenia Treated with Risperidone, Olanzapine, Quetiapine, or Haloperidol: The Results of the EIRE Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(2), 125–147. <https://doi.org/10.1080/713847170>
5. Buckley, P.F. (1999). *Sexuality and Serious Mental Illness*. Newark, N.J.: Gordon & Breach Publications.
6. Bushong, M. E., Nakonezny, P. A., & Byerly, M. J. (2013). Subjective Quality of Life and Sexual Dysfunction in Outpatients With Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39(4), 336–346. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2011.606884>
7. de Boer, M. K., Castelein, S., Wiersma, D., Schoevers, R. A., & Knegtering, H. (2015). The Facts About Sexual (Dys)function in Schizophrenia: An Overview of Clinically Relevant Findings. *Schizophrenia Bulletin*, 41(3), 674–686. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv001>
8. de Jager, J., & McCann, E. (2017). Psychosis as a Barrier to the Expression of Sexuality and Intimacy: An Environmental Risk? *Schizophrenia Bulletin*, sbw172. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw172>
9. Díaz-Morfa, J. (2006). El paciente esquizofrénico y su sexualidad: conductas y trastornos sexuales. *Psiquiatría Biológica*, 13(1), 22–29. [https://doi.org/10.1016/s1134-5934\(06\)75334-9](https://doi.org/10.1016/s1134-5934(06)75334-9)
10. Drunen PR, van, Bijzitter GCR, Geerts E, van Beusekom IA. (2009) Sexual problems in psychiatric patients, a neglected subject. *Monthly Mental Health*; (11) 998–1007.
11. Fan, X., Henderson, D. C., Chiang, E., Briggs, L. B. N., Freudenreich, O., Evins, A. E., Cather, C., & Goff, D. C. (2007). Sexual functioning, psychopathology and quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 94(1–3), 119–127. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.04.033>

12. Henderson, C., Klimas, J., Dunne, C., Leddin, D., Meagher, D., O'Toole, T., & Cullen, W. (2014). Key performance indicators for mental health and substance use disorders: a literature review and discussion paper. *Mental Health and Substance Use*, 7(4), 407–419. <https://doi.org/10.1080/17523281.2014.901402>
13. Hou, C. L., Zang, Y., Rosen, R., Cai, M. Y., Li, Y., Jia, F. J., Lin, Y. Q., Ungvari, G. S., Ng, C. H., Chiu, H. F., & Xiang, Y. T. (2016). Sexual dysfunction and its impact on quality of life in Chinese patients with schizophrenia treated in primary care. *Comprehensive Psychiatry*, 65, 116–121. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.11.002>
14. Hyde, J. S., Byers, E. S., & DeLamater, J. D. (2006). *Understanding Human Sexuality* (3 ed., Vol. 1) [Libro electrónico]. McGraw-Hill Education. <https://books.google.com.mx/>
15. Kazour, F., Obeid, S., & Hallit, S. (2019). Sexual desire and emotional reactivity in chronically hospitalized Lebanese patients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*. Published. <https://doi.org/10.1111/ppc.12455>
16. Kinsey, A. C., Pomeroy, W. R., & Martin, C. E. (2003). Sexual Behavior in the Human Male. *American Journal of Public Health*, 93(6), 894–898. <https://doi.org/10.2105/ajph.93.6.894>
17. Laxhman, N., Greenberg, L., & Priebe, S. (2017). Satisfaction with sex life among patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 190, 63–67. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.03.005>
18. Malik, P. (2007). Sexual dysfunction in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(2), 138–142. <https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e328017f6c4>
19. McCann, E., Donohue, G., de Jager, J., Nugter, A., Stewart, J., & Eustace-Cook, J. (2019). Sexuality and intimacy among people with serious mental illness. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17(1), 74–125. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2017-003824>
20. Montejo, A. L., Montejo, L., & Baldwin, D. S. (2018). The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World Psychiatry*, 17(1), 3–11. <https://doi.org/10.1002/wps.20509>
21. Mulhall, J., King, R., Glina, S., & Hvidsten, K. (2008). Importance of and Satisfaction with Sex Among Men and Women Worldwide: Results of the Global Better Sex Survey. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(4), 788–795. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00765.x>
22. Offman, A., & Matheson, K. (2005). Sexual compatibility and sexual functioning in intimate relationships. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 14(1-2), 31–39.
23. Olfson, M., Uttaro, T., Carson, W. H., & Tafesse, E. (2005). Male Sexual Dysfunction and Quality of Life in Schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(03), 331–338. <https://doi.org/10.4088/jcp.v66n0309>
24. Östman, M., & Björkman, A. C. (2013). Schizophrenia and Relationships. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 7(1), 20–24. <https://doi.org/10.3371/csrp.osbj.012513>



25. Osváth, P., Fekete, S., Vörös, V., & Vitrai, J. (2003). Sexual dysfunction among patients treated with antidepressants—a Hungarian retrospective study. *European Psychiatry*, 18(8), 412–414. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.01.003>
26. Peitl, M. V., Peitl, V., & Pavlovic, E. (2009). Influence of Religion on Sexual Self-Perception and Sexual Satisfaction in Patients Suffering from Schizophrenia and Depression. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39(2), 155–167. <https://doi.org/10.2190/pm.39.2.d>
27. Pottier B. (2009); Sexualité et santé mentale: Le choc des tabous. *Revue Mentalité*, 4(2): 15-16.
28. Quinn, C., & Happell, B. (2012). Talking About Sexuality With Consumers of Mental Health Services. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(1), 13–20. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2012.00334.x>
29. Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P., & Virginia A. Sadock. (2015). *Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría* (Vol. 1). Kluwer.
30. Salokangas, R. K. R., Honkonen, T., Stengård, E., & Koivisto, A. M. (2001). To be or not to be married - that is the question of quality of life in men with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(8), 381–390. <https://doi.org/10.1007/s001270170028>
31. Sarrel, P. M. (1975). Sexual Physiology and Sexual Functioning. *Postgraduate Medicine*, 58(1), 67–72. <https://doi.org/10.1080/00325481.1975.11714098>
32. Scandell, D. J., Klinkenberg, W. D., Hawkes, M. C., & Spriggs, L. S. (2003). The Assessment of High-Risk Sexual Behavior and Self-Presentation Concerns. *Research on Social Work Practice*, 13(2), 119–141. <https://doi.org/10.1177/1049731502250402>
33. Van Sant, S. P., & Ahmed, A. O. (2012). Schizophrenia, Sexuality, and Recovery. *Journal of Ethics in Mental Health*, 1–5. [https://www.researchgate.net/publication/266436788\\_Schizophrenia\\_Sexuality\\_and\\_Recovery](https://www.researchgate.net/publication/266436788_Schizophrenia_Sexuality_and_Recovery)
34. World Health Organization. (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, *Geneva: World Health Organization*. 28-31.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. ben Mahmoud, S., Zouari, L., Dammak, M., ben Thabet, J., Zouari, N., & Maâlej, M. (2013). Evaluation of sexuality in 61 subjects suffering from chronic psychosis. *Sexologies*, 22(2), e59-e63. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2012.08.002>
2. Crooks, R., & Baur, K. (2007). *Our Sexuality* (10.a ed.). Wadsworth Pub Co.
3. de Montis, I. A., & de Montis, I. A. (2008). *Sexualidad humana*. Alianza Editorial.
4. Fenton, K. A. (2001). Measuring sexual behaviour: methodological challenges in survey research. *Sexually Transmitted Infections*, 77(2), 84–92. <https://doi.org/10.1136/sti.77.2.84>

5. Gayou, J. L. A., Jurgenson, J. L. Á. G., & Fuentes, S. V. (2011). *Sexoterapia integral*. Alianza Editorial.
6. Huguelet, P., Mohr, S., Miserez, C., Castellano, P., Lutz, C., Boucherie, M., Yaron, M., Perroud, N., & Bianchi Demicheli, F. (2014). An Exploration of Sexual Desire and Sexual Activities of Women with Psychosis. *Community Mental Health Journal*, 51(2), 229–238. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9768-x>
7. Ma, M. C., Chao, J. K., Hung, J. Y., Sung, S. C., & Chao, I. H. C. (2018). Sexual Activity, Sexual Dysfunction, and Sexual Life Quality Among Psychiatric Hospital Inpatients With Schizophrenia. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(3), 324–333. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.008>
8. Raja, M., & Azzoni, A. (2003). Sexual behavior and sexual problems among patients with severe chronic psychoses. *European Psychiatry*, 18(2), 70–76. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(03\)00009-9](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(03)00009-9)
9. Rathus, L., Nevid, J. S., & Fichner-Rathus, L. (2005). *Sexualidad humana*. Pearson Educación.
10. Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leib, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191–208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
11. Suárez, M. F., Sánchez, R., & Calvo, J. M. (2013). Validación de la escala Schizophrenia Quality Of Life Scale (SQLS) para medir la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(3), 257–265. [https://doi.org/10.1016/s0034-7450\(13\)70018-0](https://doi.org/10.1016/s0034-7450(13)70018-0)