



UNIVERSITAT^{DE}
BARCELONA

Esquizofrenia y sexualidad

Facund Fora i Eroles



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement 3.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento 3.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution 3.0. Spain License.**

Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica

División de Ciencias de la Salud

Facultad de Medicina

Universidad de Barcelona

ESQUIZOFRENIA Y SEXUALIDAD

Autor: FACUND FORA I EROLES

Director: Dr. JOSEP LLUÍS MARTÍ I TUSQUETS

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA



0700675364

TESIS DOCTORAL

Barcelona, junio de 1996

***Dedicat a Anna, Facund i Cesca, a qui
pertanyen totes les hores robades per
aquest treball.***

***I també a la memòria del meu pare,
que va saber fer de la cultura, la
llibertat i la tolerància, la seva
ciència.***

AGRAÏMENTS

Al Dr. J.L. Martí Tusquets, Director d'aquesta Tesi. Les seves indicacions i consells han marcat la pauta que havia de seguir i han constituït un ajut inestimable per a dur a bon terme aquest treball.

Al Dr. J.M^a Farré. De la seva mà vaig començar l'estudi de la psiquiatria i la sexualitat. La seva generositat científica i humana i el seu estímul han estat sempre una constant.

A tot l'equip de G.O.C. i especialment a Josep Andrés i Angels Pujol, per la seva professionalitat i eficaç ajuda en el sempre espinós tema de la metodologia i l'estadística.

A Jaume Dasquens. La seva dedicació i rigor en l'obtenció de dades va posar els fonaments de tot el treball.

Als Directors, metges i personal assistencial de l'Institut Tomàs Dolsa, dels Hospitals Ntra. Sra. de Montserrat i Ntra. Sra. dels Dolors de Sant Boi, el Centre de Dia AREP i de l'ambulatori de psiquiatria de l'Hospital Clínic. Sense la seva col·laboració, el treball no hauria estat possible.

A Elisa Fité, Ana Garriga i altres companyes, pel seu entusiasme i ajuda quan això no era altra cosa que un projecte.

A Cristina Nofuentes, que mai no va parar d'empènyer.

A Rosa Marcos i Salud Porras, pel seu ajut en la revisió de dades bibliogràfiques.

A Sebastià i Pep Pla, que van aconseguir que l'ordinador tirés endavant quan deia que ja en tenia prou.

Al Dr. Carles Fina, de laboratoris CIBA, pel seu ajut i estímul en iniciar aquest treball.

Als laboratoris BEECHAM i, especialment, a Josep Roca. La seva base de dades i la seva paciència, respectivament, han possibilitat un bon suport bibliogràfic.

Als laboratoris JUSTE, per la seva col·laboració en la fase final del projecte.

A tots aquells que, en un o altre moment, m'han estimulat perquè seguís endavant.

I a tots els pacients que, cansats ja de metges i d'interrogatoris, van obrir, un cop més, les seves vides trencades per col·laborar en l'estudi. Que algun dia els sigui útil.

1 INTRODUCCIÓN	1
2 CONCEPTOS BÁSICOS	3
2.1 LA ESQUIZOFRENIA. CONCEPTUALIZACIÓN	3
2.1.1 ETIOPATOGENIA	3
2.1.1.1 Alteraciones estructurales (4)	
2.1.1.2 Alteraciones bioquímicas (5)	
2.1.1.3 Alteraciones neurofisiológicas (7)	
2.1.1.4 Alteraciones neuropsicológicas (9)	
2.1.2 CLÍNICA	10
2.1.2.1 Sintomatología básica (10)	
2.1.2.2 Nosología actual (11)	
2.1.2.3 Inicio, curso y pronóstico (12)	
2.1.3 TRATAMIENTO	13
2.1.3.1 Tratamiento farmacológico (13)	
2.1.3.2 Abordaje psicosocial (14)	
2.2 SEXUALIDAD Y DISFUNCIONES SEXUALES	15
2.2.1 Bases biológicas de la sexualidad humana	15
2.2.1.1 Sistema encefálico (15)	
2.2.1.2 Neurofisiología de la erección (16)	
2.2.1.3 Neurofisiología de la eyaculación (16)	
2.2.1.4 Controles hormonales (17)	
2.2.2 Conducta sexual y respuesta sexual humana.	17
2.2.3 Disfunciones sexuales	18
2.2.3.1 Consideraciones etiológicas (18)	
2.2.3.2 Evaluación de las disfunciones sexuales (20)	
2.2.3.3 Consideraciones terapéuticas (20)	
3 ESQUIZOFRENIA Y SEXUALIDAD: UNA REVISIÓN	22
3.1 INTRODUCCIÓN	22
3.1.1 Problemas metodológicos	23
3.1.2 Relaciones causales	24
3.1.2.1 La esquizofrenia como factor causal de trastornos sexuales (25)	
3.1.2.2 La actividad sexual como factor generador de esquizofrenia (27)	
3.1.2.3 Interrelación entre esquizofrenia y funcionamiento sexual (29)	
3.2 DIMORFISMO SEXUAL EN LA ESQUIZOFRENIA	30
3.3 DIFERENCIAS EN FISIOLÓGÍA SEXUAL ENTRE ESQUIZOFRÉNICOS Y NO ESQUIZOFRÉNICOS.	32
3.4 FUNCIONAMIENTO SOCIOSEXUAL PREMÓRBIDO	35
3.4.1 Validez de los datos	35
3.4.2 Personalidad y conducta sexual premórbida	35
3.4.3 Experiencias sexuales traumáticas	38
3.4.4 Curso y pronóstico	38
3.5 CONDUCTA SEXUAL EN LA ESQUIZOFRENIA	40
3.5.1 Hiposexualidad en la esquizofrenia	41
3.5.2 Conducta sexual normal en la esquizofrenia	43
3.5.3 Alteraciones respecto a la norma	46
3.6 DISFUNCIONES SEXUALES EN LA ESQUIZOFRENIA	48

3.7 ALUCINACIONES Y DELIRIOS DE CONTENIDO SEXUAL	51
3.7.1 Incidencia.	51
3.7.2 Tipología	52
3.7.3 Síndrome de Clérambault	56
3.8 PSICOFÁRMACOS Y SEXUALIDAD	57
3.8.1 Neurotransmisores y sexualidad	58
3.8.1.1 Dopamina (58)	
3.8.1.2 Serotonina (59)	
3.8.1.3 Acetilcolina (60)	
3.8.1.4 Noradrenalina (60)	
3.8.1.5 Otros neurotransmisores (61)	
3.8.2 Neurolépticos	61
3.8.2.1 Disminución del impulso sexual (62)	
3.8.2.2 Disfunción erectiva (62)	
3.8.2.3 Trastornos eyaculatorios (63)	
3.8.2.4 Priapismo (64)	
3.8.2.5 Disfunciones femeninas (65)	
3.8.2.6 Otros trastornos (66)	
3.8.2.7 Mecanismos teóricos (66)	
3.8.2.8 Neurolépticos, sexualidad y reproducción (71)	
3.8.3 Antidepresivos	72
3.8.3.1 Antidepresivos y disfunciones sexuales (72)	
3.8.3.2 Mecanismos teóricos (74)	
3.8.4 Ansiolíticos	74
3.8.5 Antiparkinsonianos	75
3.8.6 Litio y estabilizantes del ánimo	75
3.8.7 Disulfiram	76
3.8.8 Evaluación	76
3.8.9 Aspectos terapéuticos	78
3.8.9.1 Los psicofármacos en la terapia de las disfunciones sexuales (78)	
3.8.9.2 Tratamiento de las disfunciones sexuales causadas por psicofármacos (80)	
3.8.10 Comentarios	83
3.9 NECESIDADES SEXUALES DE LOS ESQUIZOFRÉNICOS. EDUCACIÓN Y REHABILITACIÓN	83
3.9.1 Educación sexual	83
3.9.2 Sexualidad en el ámbito hospitalario	84
3.9.3 Esquizofrenia, sexualidad y SIDA	87
3.9.4 Esquizofrenia, sexualidad y calidad de vida	89
4 OBJETIVOS DEL ESTUDIO	91
5 MATERIAL Y MÉTODOS	92
5.1 TRABAJO DE CAMPO	92
5.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y METODOLOGÍA	92
5.3 PRESENTACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS	93
5.3.1 DSM-III-R	93
5.3.2 Funcionamiento sociosexual premórbido.	94
5.3.3 GAF: Escala de evaluación global del sujeto.	94

5.3.4	Cuestionario de orientación sexual de Kinsey	96
5.3.5	G.R.I.S.S	96
5.3.6	Anexos	97
5.4	TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	114
6	RESULTADOS	115
6.1	DATOS SOCIOANAGRÁFICOS	115
6.1.1	Sexo	115
6.1.2	Edad	115
6.1.3	Zona de procedencia	115
6.1.4	Nivel de estudios	115
6.1.5	Situación laboral	115
6.1.6	Estado civil	115
6.1.7	Número de hijos	115
6.1.8	Nivel socioeconómico	115
6.1.9	Creencias religiosas	115
6.2	DATOS REFERIDOS A LA ENFERMEDAD	115
6.2.1	Tipo de esquizofrenia	115
6.2.2	Cronicidad	115
6.2.3	Situación actual	115
6.2.4	Edad de inicio de la enfermedad	116
6.2.5	Funcionamiento sociosexual premórbido	116
6.2.6	Grado de adaptación global	116
6.2.7	Delirios de contenido sexual	116
6.2.8	Alucinaciones de contenido sexual	117
6.2.9	Síndrome de Clérambault	117
6.3	HISTORIA MÉDICA	118
6.3.1	Antecedentes médicos	118
6.3.2	Consumo de tóxicos	118
6.3.3	Fármacos	118
6.4	HISTORIA SEXUAL	118
6.4.1	Edad de inicio de la masturbación	118
6.4.2	Edad de inicio del coito	119
6.4.3	Experiencias sexuales traumáticas	119
6.5	CONDUCTA SEXUAL	119
6.5.1	Opinión sobre la sexualidad	119
6.5.2	Orientación sexual	120
6.5.3	Frecuencia de masturbación	120
6.5.4	Tipo de relación actual	121
6.5.5	Práctica del coito	121
6.6	DISFUNCIONES SEXUALES	121
6.6.1	Historia de disfunciones anteriores	121
6.6.2	Disfunciones atribuidas a la medicación	122
6.6.3	Disfunciones en la autosexualidad	123
6.6.4	Disfunciones en las relaciones coitales (GRISS)	123
6.7	ESQUIZOFRENIA Y SEXUALIDAD	124
6.7.1	Edad de inicio de la enfermedad y sexualidad	124
6.7.2	Funcionamiento sociosexual premórbido y sexualidad	125
6.7.3	Sintomatología positiva y sexualidad	125

6.7.4 Grado de adaptación global y sexualidad	126
6.7.5 Situación de ingreso y sexualidad	127
6.7.6 Consumo de tóxicos, fármacos y sexualidad	127
7 RESULTADOS (Tablas y gráficos)	129
7.1 DATOS SOCIOANAGRÁFICOS	129
7.1.1 Sexo	129
7.1.2 Edad	129
7.1.3 Zona de procedencia	131
7.1.4 Nivel de estudios	131
7.1.5 Situación laboral	133
7.1.6 Estado civil	133
7.1.7 Número de hijos	135
7.1.8 Nivel socioeconómico	137
7.1.9 Creencias religiosas	137
7.2 DATOS REFERIDOS A LA ENFERMEDAD	139
7.2.1 Tipo de esquizofrenia	139
7.2.2 Cronicidad	139
7.2.3 Situación actual	141
7.2.4 Edad de inicio de la enfermedad	143
7.2.5 Funcionamiento sociosexual premórbido	145
7.2.6 Grado de adaptación global	149
7.2.7 Delirios de contenido sexual	157
7.2.8 Alucinaciones de contenido sexual	161
7.2.9 Síndrome de Clérambault	165
7.3 HISTORIA MÉDICA	171
7.3.1 Antecedentes médicos	171
7.3.2 Consumo de tóxicos	171
7.3.3 Fármacos	173
7.4 HISTORIA SEXUAL	177
7.4.1 Edad de inicio de la masturbación	177
7.4.2 Edad de inicio del coito	181
7.4.3 Experiencias sexuales traumáticas	185
7.5 CONDUCTA SEXUAL	187
7.5.1 Opinión sobre la sexualidad	187
7.5.2 Orientación sexual	189
7.5.3 Frecuencia de masturbación	191
7.5.4 Tipo de relación actual	197
7.5.5 Práctica del coito	201
7.6 DISFUNCIONES SEXUALES	207
7.6.1 Historia de disfunciones anteriores	207
7.6.2 Disfunciones atribuidas a la medicación	211
7.6.3 Disfunciones en la autosexualidad	219
7.6.4 Disfunciones en las relaciones coitales (GRISS)	231
7.7 ESQUIZOFRENIA Y SEXUALIDAD	249
7.7.1 Edad de inicio de la enfermedad y sexualidad	249
7.7.2 Funcionamiento sociosexual premórbido y sexualidad	255
7.7.3 Sintomatología positiva y sexualidad	259
7.7.4 Grado de adaptación global y sexualidad	267

7.7.5 Situación de ingreso y sexualidad	273
7.7.6 Consumo de tóxicos, fármacos y sexualidad	275
8 DISCUSIÓN	293
8.1 ASPECTOS SOCIOANAGRÁFICOS.	293
8.2 ASPECTOS MÉDICO-PSIQUIÁTRICOS	293
8.2.1 Edad de inicio de la enfermedad	294
8.2.2 Funcionamiento sociosexual premórbido	294
8.2.3 Grado de adaptación global	295
8.2.4 Sintomatología positiva	296
8.2.5 Síndrome de Clérambault	297
8.2.6 Historia médica	297
8.3 SEXUALIDAD EN LA ESQUIZOFRENIA	298
8.3.1 Práctica de la masturbación	298
8.3.2 Práctica del coito	299
8.3.3 Experiencias sexuales traumáticas	299
8.3.4 Opinión sobre la sexualidad	300
8.3.5 Orientación sexual	300
8.3.6 Relaciones de pareja	301
8.3.7 Disfunciones sexuales	301
8.4 INTERRELACIÓN ENTRE SEXUALIDAD Y ESQUIZOFRENIA	304
8.4.1 Experiencias sexuales traumáticas y esquizofrenia	304
8.4.2 Sexualidad y edad de inicio de la enfermedad	304
8.4.3 Sexualidad y funcionamiento sociosexual premórbido	305
8.4.4 Sexualidad y sintomatología positiva	305
8.4.5 Sexualidad y adaptación global actual	305
8.4.6 Sexualidad y situación de ingreso	306
8.4.7 Sexualidad, consumo de tóxicos e ingesta de fármacos	306
9 CONCLUSIONES	309
10 LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	311
10.1 ASPECTOS PENDIENTES DE INVESTIGACIÓN	311
10.1.1 Investigación de las diferencias fisiológicas en función de los parámetros sexuales	311
10.1.2 Investigación del funcionamiento sexual de base en la esquizofrenia	311
10.2 RECOMENDACIONES PARA ESTUDIOS POSTERIORES	312
10.2.1 Definición y estandarización de criterios	312
10.2.2 Homogeneización de las muestras	312
10.2.3 Uso de medidas fisiológicas	313
10.2.4 Reducción de sesgos	313
10.2.5 Equipos multidisciplinares	313
11 BIBLIOGRAFÍA	315

1 INTRODUCCIÓN

La necesidad de este trabajo está sobradamente justificada, tanto desde la óptica científica y clínica, como desde el punto de vista humano, aquél que atañe más directamente a la calidad de vida de un numeroso colectivo de pacientes.

Es evidente que nuestro conocimiento de la sexualidad en la esquizofrenia es escaso y fragmentario. Ello podría justificarse porque durante años la sexualidad no ha sido objeto de estudio científico. Sin embargo, las últimas décadas han visto un espectacular florecimiento de trabajos relativos a la función sexual en general y, más específicamente, a la problemática sexual en diversas enfermedades de otras especialidades médicas. Y curiosamente, a pesar de que la sexualidad ha sido tradicionalmente abordada desde el ámbito psiquiátrico, ésta ha sido la especialidad que menor atención ha dedicado a estudiar su interrelación con otras patologías que le son propias.

Otro motivo de justificación podría ser el hecho de que la esquizofrenia ha sido, prácticamente hasta el advenimiento de la era neuroléptica, una enfermedad grave e incapacitante, con tal capacidad de distorsión de las funciones mentales superiores, que la mayoría de individuos afectados no podía mantener una mínima función social. Ante ello, posiblemente resultaba prioritario dirigir los esfuerzos hacia el restablecimiento del equilibrio mental del paciente y no hacia su sexualidad.

Actualmente, sin embargo, la situación de los pacientes es prácticamente la inversa. Una gran mayoría no precisa del internamiento psiquiátrico o, en todo caso, lo precisa únicamente en períodos agudos de breve duración. Muchos de ellos llevan una vida relativa o incluso absolutamente estable en la

comunidad. Y a pesar de ello, la sexualidad en la esquizofrenia sigue sin ser adecuadamente investigada.

En nuestra opinión, es precisamente esta falta de datos básicos la que conduce a que la problemática sexual no sea abordada en las entrevistas clínicas con pacientes esquizofrénicos. Se hace difícil pensar que actualmente, en nuestra sociedad y, más específicamente, en el contexto de una visita médica, resulte inapropiado hablar de problemas sexuales. Más bien parece que es la falta de conocimientos médicos sobre alternativas y estrategias a seguir ante los problemas sexuales en la esquizofrenia, la que lleva a los profesionales a no incluir la problemática sexual en su anamnesis. De alguna manera, es aquella vieja táctica del alumno que no se sabe la lección y esconde, azorado, su mirada, en un desesperado intento de que no recaiga sobre él la fatal pregunta.

El problema es que una buena parte de la lección no sabemos dónde estudiarla. Alguien tiene que dictarla y a ello pensamos contribuir, aunque sea en pequeña medida, con el presente estudio. Otra parte sí está escrita. A ella hemos dedicado los apartados introductorios y la revisión bibliográfica.

Alguien podrá argüir que no todos los pacientes esquizofrénicos, al igual que el resto de individuos sin esquizofrenia, están interesados en la sexualidad. Es cierto. Pero también lo es que la esquizofrenia comporta, por diversos motivos, que un buen número de enfermos mantenga un alto interés en los aspectos sexuales. Desde el paciente que conserva su sexualidad como una de las pocas parcelas de la vida en la que puede seguir disfrutando, al que se ve atenazado por delirios o alucinaciones sexuales, o al que se preocupa o se angustia ante la merma yatrogénica de su función sexual. Todos ellos necesitan consejo y ayuda.

Esperamos que el presente trabajo sea útil para que los profesionales de la salud mental puedan orientar, con confianza y serenidad, sin esconder la mirada, a todos aquellos pa-

cientes para quienes la sexualidad sigue siendo, a pesar de la esquizofrenia o debido a ella, una parte importante de sus vidas.

2 CONCEPTOS BÁSICOS

2.1 LA ESQUIZOFRENIA. CONCEPTUALIZACIÓN

La esquizofrenia constituye un complejo conjunto sindrómico de difícil definición y delimitación. La inexistencia, por una parte, de una alteración o un síntoma patognómico y la existencia, por otra, de innumerables variaciones en cuanto a sintomatología, forma de presentación o combinación de síntomas con los de otras patologías psiquiátricas, han abocado al fracaso a numerosos intentos de universalizar un sistema nosológico único.

Una muestra de esta dificultad aparece ya en los intentos definitorios de las dos grandes clasificaciones psiquiátricas vigentes (1)(2). Según el DSM-IV, "la esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (p. ej., dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos)". La CIE-10 es menos prosaica y pone un acento más afectivo en su definición: "Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones...El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma".

Como todas las enfermedades mentales, la esquizofrenia puede ser abordada desde muchos puntos de vista. Sin embargo, de cara a la concreción y a la comprensión del tema que nos ocupa, obviaremos los aspectos históricos, epidemiológicos y nosológicos y nos centraremos en las áreas que pueden resultar de interés en la interrelación entre la

esquizofrenia y la sexualidad: la etiopatogenia, la clínica y el tratamiento.

2.1.1 Etiopatogenia

La esquizofrenia no ha escapado a la dicotomía herencia-ambiente y aún hoy existen discrepancias en cuanto al peso de los factores genéticos o la influencia de factores ambientales en la aparición de la enfermedad.

En cuanto a los factores ambientales, numerosas investigaciones se han centrado en la posible influencia de la infección materna por el virus de la gripe durante el embarazo (3). Otros trabajos han buscado factores etiológicos en las complicaciones obstétricas, la estación de nacimiento, el estrés maternal prenatal o la deprivación alimentaria en el primer trimestre de embarazo (4).

Las investigaciones genéticas, iniciadas en 1916 y basadas durante mucho tiempo en estudios de familias, de gemelos y en adopciones (5), se hallan actualmente en plena efervescencia gracias a la genética molecular. Se han llevado a cabo estudios de ligamiento mediante el uso de "marcadores genéticos anónimos", los "loci favoritos" o bien mediante la aproximación de "genes candidatos", que se han centrado fundamentalmente sobre los cromosomas 2, 11, X y 5 (6) Aunque los estudios iniciales ya apoyaban claramente la hipótesis de la transmisión genética de la esquizofrenia, el modelo de transmisión y el tipo de alteración genética permanecen sin aclarar.

Obiols y Obiols (7) y con ellos una mayoría de autores, se inclinan por considerar que "el debate sobre el origen -hereditario o ambiental- de la esquizofrenia está ya cerrado, al menos en su formulación simplista y/o radical. La esquizofrenia se produce por una interacción de ambos tipos de factores". Sin

embargo, otros autores, como Crow (8), consideran que "no existen evidencias suficientes de una contribución ambiental claramente identificada". En su revisión sobre la etiología de la esquizofrenia, Crow rebate las hipótesis del trauma obstétrico y de la gripe prenatal, atribuyendo todo el peso etiológico a la carga genética y sugiriendo que "la esquizofrenia es una característica intrínseca de la población humana, no una reacción a una circunstancia ambiental". A partir de esta hipótesis el autor plantea la paradoja de la persistencia evolutiva de la enfermedad, a pesar de su considerable desventaja en cuanto a fertilidad.

Crow responde parcialmente a esta cuestión atribuyendo una posible ventaja evolutiva al mecanismo que genera la variación genética asociada con la psicosis. Este tema, sin embargo, ha sido estudiado en nuestro medio por Fañanás y Bertranpetit (9), que han hallado un incremento significativo en la fertilidad de los familiares de esquizofrénicos por línea materna, lo que podría explicar el mantenimiento de la enfermedad a pesar de su desventaja evolutiva.

Lo que resulta más evidente y menos discutible a la luz de los conocimientos actuales, son las consecuencias de los factores etiológicos. Tanto si actúa un factor aislado como una interacción entre varios factores, el resultado consiste en una serie de alteraciones estructurales, bioquímicas, neurofisiológicas y neuropsicológicas que dan lugar a la sintomatología esquizofrénica. Vamos a analizar por separado cada uno de estos aspectos.

2.1.1.1 Alteraciones estructurales. Aunque los intentos de hallar una lesión cerebral que explicara el origen de la esquizofrenia son ya antiguos, no ha sido hasta el advenimiento de las modernas técnicas exploratorias en que ha podido confirmarse la existencia de

alteraciones estructurales y funcionales en el cerebro de pacientes esquizofrénicos. Mediante el uso de estas técnicas -Tomografía Axial Computerizada (CT), Resonancia Magnética (MR), Resonancia Magnética Espectroscópica (RMS), Tomografía por Emisión de Positrones (TEP) y Tomografía Computerizada por Emisión de Fotones Simples (SPECT)- se han demostrado alteraciones macroscópicas, como la dilatación de los ventrículos cerebrales y microscópicas, principalmente en tres áreas básicas: los ganglios basales, el sistema límbico y los lóbulos frontales.

A partir de estas alteraciones se han establecido una serie de correlatos clínicos y etiopatogénicos.

La dilatación de los ventrículos cerebrales -lesión que se halla desde el inicio de la enfermedad y no es progresiva- se ha relacionado con la presencia de sintomatología negativa, déficit neuropsicológico y pobre respuesta a la farmacoterapia (10). Crow (11) sugiere que la dilatación ventricular, junto con la reducción de la masa cortical y la pérdida de la asimetría cerebral, son características de la esquizofrenia de inicio temprano y de mal pronóstico.

La reducción del volumen prefrontal y del complejo amígdala-hipocampo, junto con una reducción de la sustancia blanca a nivel prefrontal, daría respaldo, según Breier et al. (12) a la hipótesis de una conexión límbica cortical anormal en la esquizofrenia.

La desorganización y pérdida de neuronas de la capa 2 (pre alfa) en determinadas zonas del sistema límbico podría dar lugar, según Barcia (13) a "alteraciones en el funcionamiento de estructuras cerebrales distantes, como la corteza prefrontal dorsolateral, corteza cingular o hipocampo y así producir una distorsión en el input e integración de la

información de muchas cualidades sensoriales".

Asimismo, la alteración de una serie de estructuras (hipocampo, amígdala, córtex auditivo primario, áreas perisilvianas del lenguaje, córtex temporal de asociación, tálamo, circunvolución cingulada, ganglios basales y área tegmental ventral) estaría implicada en la producción de síntomas positivos, mientras que la alteración del córtex prefrontal daría lugar a la sintomatología negativa, ya que esta área cerebral canaliza numerosas actividades que se hallan perdidas o disminuidas en pacientes con síntomas negativos prominentes (14).

Finalmente, la ausencia de gliosis o de cambios degenerativos, evidencia "el hecho de que las lesiones cerebrales en la esquizofrenia ocurren durante la vida fetal, ya que sólo en este período puede tener lugar la pérdida neuronal sin que le siga la gliosis como secuela" (15).

Todos los datos referidos sugieren que la esquizofrenia es una enfermedad debida a un trastorno del desarrollo cerebral.

2.1.1.2 Alteraciones bioquímicas. Al igual que ocurrió con la búsqueda de una lesión anatómica que explicara la esquizofrenia, el interés por el hallazgo de una sustancia endógena capaz, por sí sola, de producir la enfermedad, se inició muy tempranamente (Kraepelin en 1896 consideró que era un trastorno endocrino) y se mantuvo hasta la década de los sesenta. A partir de entonces se abandonó la idea de una causa "única" y se empezó a pensar en la posibilidad de un desequilibrio entre varios sistemas de neurotransmisores o en una alteración de los receptores. Aunque se han llevado a cabo estudios sobre aspectos metabólicos, alteraciones enzimáticas, trastornos autoinmunes y mecanismos neuroendocrinos (16), los

resultados más significativos se han hallado en el estudio de los neurotransmisores, por lo que centraremos la exposición en este aspecto:

- **DOPAMINA.** Es la hipótesis que ha generado y genera un mayor número de investigaciones. Inicialmente se consideró que un estado de hiperfunción dopaminérgica era el responsable único de la enfermedad. Esta idea se basaba en el hecho de que los neurolépticos poseen, como principal mecanismo de acción, el bloqueo de los receptores dopaminérgicos, y el grado de este bloqueo es paralelo a su eficacia clínica. En el mismo sentido, los fármacos que aumentan la dopamina, como la anfetamina, la L-Dopa o el metilfenidato, exacerbaban, o provocan por sí solos, los síntomas psicóticos.

Pronto se vio, sin embargo, que la cuestión no era tan simple, y que algunos datos investigados iban en contra de la hipótesis dopaminérgica. Pérez y Masip (17) los resumen en los siguientes: "(1) Hay pacientes esquizofrénicos resistentes al tratamiento con neurolépticos, (2) Los fármacos que aumentan la actividad dopaminérgica no siempre ocasionan síntomas similares a los de la esquizofrenia en individuos no enfermos, (3) La llamada sintomatología negativa apenas responde a los antipsicóticos clásicos y (4) no se confirma la teoría de un exceso de dopamina homogéneo en los pacientes esquizofrénicos".

En la actualidad, la hipótesis dopaminérgica sigue vigente, aunque profundamente reconceptualizada. Por una parte, se ha constatado un considerable grado de heterogeneidad de los mecanismos dopaminérgicos, puesta de manifiesto "por la existencia de múltiples subtipos de receptores, variaciones regionales en su localización, diferencias en su actividad eléctrica espontánea, diferente afinidad por agonistas y antagonistas, circui-

los reguladores excitadores e inhibidores multisinápticos dopaminérgicos y no dopaminérgicos y mecanismos de cotransmisión con otros neuromediadores" (18). Por otra, las teorías dopaminérgicas se han adaptado al modelo dicotómico de esquizofrenia negativa versus positiva propuesto por Crow (19) (cuadro 1), de modo que en la actualidad se considera que la sintomatología negativa sería el resultado de una hipofunción dopaminérgica a nivel del córtex prefrontal. Esta hipofunción alteraría el mecanismo compensatorio de retroalimentación que parte del circuito mesocórtico-prefrontal dorsolateral, determinando una posterior hiperactivación de los mecanismos dopaminérgicos mesotelencefálicos (sistemas nigroestriatal, meso-

- NORADRENALINA. Aunque se ha sugerido que la noradrenalina actúa como modulador de las vías dopaminérgicas y que, en períodos de remisión y en estados psicóticos estables, los síntomas negativos se correlacionan inversamente con los niveles de noradrenalina (20), los resultados son contradictorios, por lo que no existen datos concluyentes que indiquen que juega un papel primario en la patogenia de la esquizofrenia.

- ACETILCOLINA. Diversos estudios sugieren que la administración de agonistas colinérgicos provoca un aumento de los síntomas negativos en pacientes esquizofrénicos y una aparición de éstos en individuos sanos. Al mismo tiempo, los fármacos anticolinérgicos

Dos síndromes en la esquizofrenia, según Crow (1980)

	Tipo I	Tipo II
Síntomas característicos	Alucinaciones, delirios, trast. del pensamiento. (síntomas positivos)	Aplanamiento afectivo, pobreza del lenguaje, apatía. (síntomas negativos)
Tipo de enfermedad en la que aparecen más frecuentemente	Esquizofrenia aguda	Esquizofrenia crónica o estado defectual
Respuesta a los neurolepticos	Buena	Mala
Pronóstico	Reversible	Irreversible?
Deterioro intelectual	Ausente	A veces presente
Proceso patológico postulado	Incremento de los receptores dopaminérgicos	Pérdida celular y cambios estructurales cerebrales

Cuadro 1

límbico y mesopiriforme), dando lugar a la expresión de la sintomatología positiva (18). Ello explicaría la presencia concurrente de los síntomas positivos y negativos, el hallazgo de bajos niveles plasmáticos de homovanílico y su correlación con la severidad de la psicosis (20).

parecen presentar un efecto beneficioso sobre los síntomas negativos, aunque en algunos casos pueden exacerbar los positivos. Ante estas evidencias se ha desarrollado la hipótesis de que en las fases previa y postpsicótica existiría un aumento de la actividad colinérgica, mientras que en la

reagudización la actividad dopaminérgica predominaría sobre la colinérgica, dando lugar a los síntomas positivos (21).

- **SEROTONINA.** Posiblemente la serotonina actúa asimismo como modulador del sistema dopaminérgico. Existen, sin embargo, algunas evidencias indirectas de que la serotonina juega algún papel en la etiopatogenia de la esquizofrenia, como son el hecho de que algunos alucinógenos posean una estructura indólica y, principalmente, el que algunos de los llamados neurolépticos atípicos, como la clozapina o la risperidona actúen como potentes bloqueadores de los receptores 5HT de la serotonina, logrando pocas manifestaciones de síndrome extrapiramidal y mayor eficacia sobre los síntomas negativos (22).

- **NEUROPEPTIDOS.** Actualmente se han aislado más de 40 neuropéptidos y muchos de ellos han sido estudiados en relación con la esquizofrenia. Tate (23) revisa las hipótesis que unen las endorfinas con la esquizofrenia, apuntando como posibilidades que han recibido algún soporte experimental el exceso o el déficit de endorfinas, la presencia de una endorfina anormal como causa de la psicosis o la posibilidad de un metabolismo defectuoso de una o más endorfinas. Micó y Gibert (24) señalan que en la esquizofrenia existe un aumento de Sustancia P, VIP (péptido intestinal vasoactivo) y Oxitocina y una disminución de Colecistoquinina, Somatostatina, Neurotensina, Vasopresina, TRH, Bombesina y DSIP (Delta-Sleep-Inducing Peptide). Sin embargo, tanto en la determinación de niveles como en los ensayos terapéuticos con estos agentes, los resultados han sido contradictorios, por lo que el papel de los neuropéptidos en la esquizofrenia no ha podido ser establecido por el momento.

2.1.1.3 Alteraciones neurofisiológicas. En un intento por hallar diferencias fisiológicas que ayuden a comprender la patogenia de la

esquizofrenia o, al menos, puedan constituir un marcador diagnóstico o pronóstico, se han explorado numerosos parámetros neurofisiológicos. Estudios que, como los de apartados anteriores, han chocado con serios problemas metodológicos y de conceptualización, pero que actualmente constituyen una aportación importante para el conocimiento de las funciones cerebrales alteradas en la esquizofrenia, aunque hayan aclarado poco su etiología y no se traduzcan en una ayuda significativa en la clínica. Revisaremos brevemente las áreas más estudiadas:

- **SEGUIMIENTO OCULAR.** Se basa en el registro del movimiento ocular durante el seguimiento de un objeto que se desplaza. Si este desplazamiento es relativamente lento, el globo ocular lo sigue, en condiciones normales, con un movimiento suave y uniforme, producto de un complejo proceso involuntario. Cuando este proceso se halla alterado, el seguimiento se hace discontinuo y se producen "sacudidas" de pequeña y gran intensidad. Este trastorno se halla, según los estudios, en un 50 a 86% de pacientes. No guarda relación con los subtipos de esquizofrenia y no se modifica durante la evolución de la enfermedad. Se ha comprobado que afecta a un 30-50% de los parientes de primer grado y estudios con gemelos han probado su transmisión genética, por lo que podría constituir un auténtico marcador familiar de esquizofrenia. La alteración del seguimiento ocular no es, de todos modos, específica de la esquizofrenia, ya que en menor proporción el trastorno se halla también presente en otras psicosis afectivas, enfermedades neurológicas (Parkinson y esclerosis múltiple), estrabismo y en un 5-8% de individuos normales. Su presencia en las psicosis afectivas apoyaría la hipótesis de un problema genético común (7)(25).

- **ACTIVIDAD ELECTRODERMAL.** Cuando se presenta un estímulo nuevo a un individuo se

produce un estado de alerta, que se traduce por un aumento de la conductancia dérmica. Esta reacción, que aparece en el 90-95% de sujetos normales, no aparece en el 50% de los esquizofrénicos.

Estos datos no han podido ser del todo confirmados en estudios posteriores y plantean, además, numerosos interrogantes, entre los que se encuentra el determinar si los cambios en la conductancia dérmica forman parte de la causa o son la consecuencia del estado psicopatológico, o el cómo se excluye el estrés que puede generar la prueba en algunos sujetos. Con todo, y dado que se han hallado alteraciones de la conductancia en familiares de esquizofrénicos, la respuesta electrodermal podría ser un posible indicador de vulnerabilidad (7)(25).

- **ELECTROENCEFALOGRAMA.** Mediante el estudio del EEG clásico, únicamente ha podido determinarse el hecho de que los esquizofrénicos presentan más anomalías que los individuos normales. Estas anomalías son inespecíficas (ninguna es patognomónica de la esquizofrenia) y de localización preferente en zonas temporales y hemisferio izquierdo.

Analizando los resultados del EEG mediante técnicas computerizadas se han conseguido llevar a cabo "mapas" cerebrales para cada banda de frecuencia. Los hallazgos mediante esta técnica corroboran el patrón de hipofrontalidad del cerebro esquizofrénico hallado mediante otras técnicas neurofisiológicas. Es de destacar que estas anomalías aparecen también en descendientes de enfermos. Según Elbert (26), los rasgos electroencefalográficos distintivos de los pacientes esquizofrénicos no se hallan en relación con la sintomatología ni con el deterioro cognitivo.

- **POTENCIALES EVOCADOS.** Se han hallado alteraciones, tanto en los potenciales

precoces (hasta 50 milisegundos), que únicamente dependen de los parámetros físicos del estímulo y los biológicos del sujeto, como en los potenciales tardíos (superiores a 250 milisegundos), que reflejan actividad subcortical y cortical y, por tanto, implican psicológicamente al sujeto.

Adler (27) sugiere que uno de los mecanismos implicados en la alteración de la P50 en la respuesta evocada a estímulos auditivos, puede consistir en un trastorno de la transmisión colinérgica nicotínica. En su estudio, llevado a cabo con familiares de esquizofrénicos, el déficit se normalizó tras la administración de un chicle de nicotina, volviendo a niveles basales a la cabo de una hora.

Obiols y Obiols (7) consideran que la alteración de la onda P300, cuya latencia se halla alargada en la esquizofrenia y en la demencia, significa una confirmación de que el tiempo de procesamiento de la información está aumentado en la esquizofrenia, al tiempo que sigue dando vigencia al término "demencia esquizofrénica". Los autores señalan que parámetros como la P300 podrían ser "marcadores" del espectro esquizofrénico.

- **FLUJO SANGUÍNEO CEREBRAL.** El flujo sanguíneo global en la esquizofrenia no difiere del de los controles. Sin embargo, cuando se analiza específicamente la región prefrontal dorsolateral y este análisis se lleva a cabo mientras el sujeto está llevando a cabo alguna tarea que le implique a nivel cognitivo, se hallan importantes diferencias, consistentes, básicamente, en un patrón de hipofrontalidad en esquizofrénicos.

Andreasen y cols. (28) llevan a cabo un estudio mediante SPECT en el que comparan 13 pacientes que no han sido tratados con neurolépticos, con 23 pacientes crónicos tratados y 15 voluntarios normales. Sus

resultados sugieren que "la hipofrontalidad está en relación con los síntomas negativos y no es un efecto a largo plazo del tratamiento neuroléptico o de la cronicidad de la enfermedad". Estos resultados son similares a los comunicados por Wolkin et al. (29), quienes hallan una estrecha relación entre hipofrontalidad y síntomas negativos y por Berman (30), cuyos resultados sugieren que el tratamiento neuroléptico a largo plazo no juega un papel importante en la hipofrontalidad.

Buchsbaum et al. (31) confirman mediante PET la hipofrontalidad en la esquizofrenia en pacientes no medicados anteriormente, indicando que el hallazgo no es un artefacto producido por los tratamientos previos. Los autores hallan una captación reducida del isótopo en las regiones frontales inferior y media, junto con un metabolismo disminuido en los ganglios basales, lo que sugiere la presencia de una disfunción frontoestriatal.

Cuesta y Peralta (32) apoyan la existencia de áreas de perfusión deficitaria en correspondencia con tres síndromes esquizofrénicos distintos. Así, existiría un déficit de perfusión en los lóbulos prefrontales para el síndrome negativo (área dorsolateral) y desorganizativo (área medial) y disfunciones en el área temporo-límbicas para el positivo. Según estos autores, existirían alteraciones en la zona parahipocampal izquierda independientemente de los tres síndromes esquizofrénicos.

2.1.1.4 Alteraciones neuropsicológicas.

Una cuestión que sigue abierta en la actualidad es el determinar si los déficits neuropsicológicos observados en la esquizofrenia responden a una alteración cerebral generalizada o, por el contrario, se trata de alteraciones diferenciales ligadas a síndromes focales. Blanchard y Neale (33) estudiaron una muestra de esquizofrénicos crónicos en fase estable y no medicados, intentando corrobo-

rar si las alteraciones se debían a lateralización o a signos focales. El perfil obtenido, sin embargo, era concordante únicamente con una alteración neuropsicológica difusa. Es posible, como sugieren Cuesta y Peralta (32), que existan "mecanismos patogenéticos diferenciados de los trastornos comportamentales característicos de la esquizofrenia", de modo que podrían coexistir, tanto un trastorno generalizado o difuso, como unos déficits diferenciales, más intensos en algunas funciones cognitivas que en otras.

Existe un mayor acuerdo en que estas alteraciones neuropsicológicas se producen desde el inicio del trastorno, no se relacionan con los efectos de la institucionalización, los tratamientos psicofarmacológicos o el electrochoque y se mantienen estables con la edad. Sin embargo, se desconoce la causa del grave deterioro cognitivo observado en algunos esquizofrénicos de edad avanzada, que, por otra parte, tampoco se ha hallado en relación con otros procesos neurodegenerativos concurrentes (34).

Las zonas cerebrales más frecuentemente implicadas en los trastornos neuropsicológicos han sido las frontales y las temporales, correlacionadas básicamente con las llamadas "funciones ejecutivas" y la memoria verbal respectivamente (35)(32).

Las funciones ejecutivas son los procesos que organizan las ideas o acciones en comportamientos complejos dirigidos hacia un fin. Su pérdida origina la desorganización y pobreza conductual de algunos pacientes.

En cuanto a la memoria, se ha hallado una afectación de la memoria semántica y de aprendizaje verbal superior a la de otras funciones cognitivas. Parece que la memoria a corto plazo está preservada, aunque no así la memoria a largo plazo o de depósito. Se ha sugerido que este déficit en la memoria

secundaria o a largo plazo muestra las mismas características que el síndrome amnésico clásico (36) y se ha hipotetizado que se correspondería con una reducción del volumen de regiones específicas del lóbulo temporal (37). Por otra parte, las alteraciones del córtex prefrontal dorsolateral se corresponderían con déficits de la memoria espacial (38). Sin embargo, Cuesta y Peralta (32) señalan que es difícil localizar estos déficits de memoria, ya que "también se pueden encontrar en lesiones cerebrales difusas". Dichos autores sugieren que el patrón más consistente de afectación de la memoria semántica es la alteración del acceso a la misma, más que la degradación del depósito.

Se han estudiado muchos otros aspectos psicológicos, entre los que destacaremos la percepción de la emoción y el procesamiento de la información.

Se ha señalado que en la esquizofrenia existe una reducción en la capacidad de experimentar y comunicar emoción, asociada con una percepción deficiente de la emoción en las expresiones faciales y el habla de otras personas. Los resultados de estas investigaciones son aún contradictorios. Algunos autores (39) han hallado una similar capacidad de juzgar la emoción de los demás entre esquizofrénicos y controles, al menos en lo que respecta a la medición de la actividad electrodermal y la tensión subjetiva.

En cuanto al procesamiento de la información, se ha llegado a la conclusión general de que en la esquizofrenia existe un fallo atencional de base, debido al cual los esquizofrénicos presentan déficits en aquellas pruebas que requieren un control consciente y se comportan dentro de la normalidad en tareas de ejecución más automática. Tanto el déficit atencional como otras alteraciones en el procesamiento de la información o en la comprensión del lenguaje se presentan en

familiares de pacientes y en individuos que posteriormente desarrollarán la enfermedad, por lo que estas anomalías pueden ser usadas como marcadores de vulnerabilidad a la esquizofrenia (40)(41)(42).

2.1.2 Clínica

Como hemos visto al hablar de etiopatogenia, la esquizofrenia es una enfermedad que afecta a una gran diversidad de sistemas cerebrales, tanto estructurales como químicos. Por ello, los signos y síntomas responden también a la alteración de una amplísima variedad de funciones mentales: pensamiento, percepción, afectividad, motricidad, atención, etc., sin que exista un síntoma único que caracterice a la enfermedad. Debemos definir la esquizofrenia, por tanto, según la presencia de uno o más síntomas de entre toda una constelación sintomatológica, dentro de la cual, ningún síntoma es esencial para el diagnóstico.

2.1.2.1 Sintomatología básica. Sin caer en una descripción exhaustiva de la sintomatología esquizofrénica, revisaremos someramente las principales áreas que se ven afectadas y las tendencias actuales en la categorización de estos síntomas.

- **TRASTORNOS DE LA SENSOPERCEPCIÓN.** Un alto porcentaje de esquizofrénicos presenta hipersensibilidad a los estímulos sensoriales, de modo que "el paciente esquizofrénico se encuentra bombardeado por un número de estímulos por unidad de tiempo mucho mayor al de la persona media" (43). Las alteraciones sensoperceptivas propias de la esquizofrenia son, sin embargo, las alucinaciones, definidas como experiencias sensoriales sin los correspondientes estímulos externos. Las más comunes son las auditivas y las visuales, presentándose con menor frecuencia alucinaciones táctiles, olfativas y gustativas.

- **TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO, LENGUAJE Y COMUNICACIÓN.** Obiols y Obiols (7) agrupan estos trastornos en el mismo epígrafe, dado que los trastornos del pensamiento los inferimos del lenguaje o, dicho de otra forma, los trastornos del lenguaje provienen de alteraciones del pensamiento. Se han definido numerosas alteraciones del lenguaje: pobreza, circunstancialidad, descarrilamiento, tangencialidad y muchos trastornos del pensamiento, como las asociaciones laxas, la incoherencia y el uso de reglas lógicas incorrectas. Los graves trastornos del pensamiento vienen constituidos por los delirios, ideas falsas que no pueden ser corregidas por razonamientos lógicos. Aunque la temática delirante es muy amplia e idiosincrásica de cada paciente, la autorreferencia y los delirios de persecución son los más comunes, siendo también frecuentes los contenidos religiosos o sexuales.

- **TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD.** Se producen casi invariablemente en el paciente esquizofrénico. Pueden presentarse ambivalencia o incongruencia afectiva, pero los síntomas más comunes y los que más nos interesan desde nuestro punto de vista son la reducción de la respuesta emocional y la anhedonia, es decir, la incapacidad de experimentar o incluso de imaginar una emoción placentera. Ello da lugar a una sensación de "vacío" y de pérdida de la vida emotiva.

- **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA.** En relación con el síntoma anterior, es frecuente que el paciente presente abulia y apatía, con pérdida de la iniciativa y tienda a aislarse, adoptando una actitud autista, descuidando totalmente la higiene y los cuidados personales. Otros trastornos de la conducta, como extravagancias o agresiones, pueden ser consecuencia de las ideas delirantes.

- **TRASTORNOS MOTORES.** Actualmente no se dan los cuadros catatónicos clásicos,

aunque sí puede presentarse una grave inhibición psicomotriz o cuadros acinéticos y estuporosos.

- **SÍNTOMAS SOMÁTICOS.** Se ha descrito en la esquizofrenia una alta tolerancia al dolor y signos de excitación simpática, tales como pupilas dilatadas, palmas sudorosas y taquicardia moderada (43), así como la presencia de alteraciones neurológicas en forma de signos neurológicos menores.

2.1.2.2 Nosología actual. A principios de la década de los 80 se desarrolló un nuevo modelo de enfermedad para la esquizofrenia, basado en la categorización de los llamados síntomas positivos y negativos y de su posible agrupación en dos síndromes diferenciados. Éstos fueron definidos por Crow (19), quién también estableció una serie de correlatos neuroquímicos y neurobiológicos. Tal como lo resumen Salvador et al. (18) "la esquizofrenia con predominio de síntomas negativos se manifiesta a nivel clínico por la presencia de alogia, abulia-apatía, anhedonia, asociabilidad, indiferencia y déficit atencional. Este subgrupo se caracteriza por una peor adaptación premórbida, mala respuesta al tratamiento antipsicótico convencional, peor evolución de la enfermedad, deterioro neuropsicológico y diversas alteraciones anatomopatológicas y neurofisiológicas, como dilatación ventricular e hipofrontalidad en las pruebas funcionales de imagen cerebral. La esquizofrenia con predominio de síntomas positivos, por su parte, se manifiesta por la presencia de alucinaciones, delirios, comportamiento extravagante y alteraciones formales del pensamiento. Este segundo subtipo parece tener características más favorables en cuanto a adaptación premórbida, respuesta al tratamiento convencional y desenlace y no muestra alteraciones estructurales en las pruebas de imagen cerebral".

Posteriormente, este modelo se ha ido ampliando con el concepto de esquizofrenia mixta, introducido por Andreasen (44) y, finalmente, por una aproximación trisindrómica, defendida por Liddle y Carpenter. De hecho, estos tres síndromes se originan por la división del síndrome negativo en dos subtipos, en función de su primariedad (no debidos a otras causas como depresión o acinesia neuroléptica) y de su fluctuación o persistencia en el tiempo. Así, los tres síndromes quedarían definidos del siguiente modo:

- **SÍNDROME DE LA DISTORSIÓN DE LA REALIDAD** de Liddle, equivalente al síndrome positivo de Carpenter, que comprendería lo que entendemos por síntomas positivos como alucinaciones y delirios.

- **SÍNDROME DE DESORGANIZACIÓN** (Liddle), equivalente al síndrome negativo primario (Carpenter), definido por afectividad inapropiada, pobreza del contenido del habla y trastornos formales del pensamiento.

-**SÍNDROME DE POBREZA PSICOMOTORA** (Liddle), que equivaldría al síndrome deficitario de Carpenter y se caracterizaría por la ausencia de respuesta afectiva, expresión facial fija, pobreza de expresividad gestual y ausencia de inflexiones vocales. Para Carpenter, los síntomas deficitarios serían los síntomas negativos primarios prolongados.

En resumen, según Castillón (45), "en la esquizofrenia se darían tres síndromes: positivo, negativo y deficitario, reagrupables en dos: a) productivo (positivo y negativo) y b) deficitario".

Problemas nosológicos a parte, lo cierto es que el modelo negativo versus positivo ha proporcionado un considerable impulso a la investigación en la esquizofrenia, tanto en su etiopatogenia (46)(47), como en su eva-

luación (48) y su tratamiento farmacológico, que a continuación revisaremos.

2.1.2.3 Inicio, curso y pronóstico. La máxima incidencia de esquizofrenia se produce al inicio de la vida adulta y el 75-80% de pacientes presentan su primer episodio antes de los 45 años. En promedio, las mujeres desarrollan la enfermedad 4 a 5 años más tarde que los hombres. El pico de máxima incidencia se halla en los hombres entre los 15 a 24 años y va declinando con la edad. En las mujeres se produce un primer pico entre los 20-29 años seguido de un pico menor entre los 45 a los 54 años.

El curso, tanto en la etapa premórbida como tras el primer episodio agudo, es muy variable. En general, en los primeros episodios predominan los síntomas positivos sobre los negativos y, a medida que la enfermedad progresa los síntomas positivos se hacen menos evidentes y toman más importancia los negativos. Ocasionalmente, puede existir una forma de presentación dominada por la sintomatología negativa que fluctúe poco y responda pobremente al tratamiento. El deterioro, si ocurre, no necesariamente se produce de forma progresiva, sino que puede darse en los primeros 5 a 10 años y, en algunos casos, tener lugar entre los primeros 6 meses a un año.

En la actualidad no existen criterios válidos en que basar un pronóstico. En general, los pacientes con un inicio tardío de la enfermedad parecen responder mejor al tratamiento y sufrir un menor deterioro social. Los pacientes con mal pronóstico parecen presentar un rápido incremento de síntomas negativos en los primeros años de la enfermedad. Sigue siendo objeto de controversia el supuesto mejor pronóstico de las mujeres. Aunque se ha sugerido que las mujeres pueden presentar una forma más benigna de la enfermedad,

el mejor pronóstico también se ha explicado en términos de una mayor tendencia a la búsqueda de ayuda, mejor cumplimiento terapéutico y menores demandas sociales para la mujer, que comportarían un aparente mejor funcionamiento ante una enfermedad igualmente grave (49).

2.1.3 Tratamiento

Nos centraremos en los dos tipos de abordaje que se han mostrado más eficaces en el tratamiento de la esquizofrenia: el farmacológico, pieza básica de la intervención terapéutica y el psicosocial, complemento indispensable del primero.

2.1.3.1 Tratamiento farmacológico. Desde la introducción, a principios de los 50, de la clorpromazina, se han desarrollado decenas de sustancias distintas con acción antipsicótica. Estos fármacos comparten un común mecanismo de acción, consistente en el bloqueo de los receptores dopaminérgicos D2. El bloqueo de este subtipo de receptores en el sistema dopaminérgico mesolímbico da lugar a la acción antipsicótica (22) pero el bloqueo de los D2 en el sistema nigroestriado es el responsable de los efectos neurológicos (síndrome extrapiramidal) y endocrinológicos (50), características también comunes a este grupo de fármacos.

En contraposición a este mecanismo de acción, otras sustancias han demostrado una potente acción antipsicótica sin desencadenar un síndrome extrapiramidal. En base a esta diferencia fundamental, los antipsicóticos han sido divididos en típicos, los primeros y atípicos, los segundos.

Entre los neurolépticos atípicos destacan la clozapina y la risperidona. La clozapina es una dibenzodiazepina cuyo mecanismo de acción difiere notablemente del de los antipsicóticos convencionales, presentando una baja afinidad por los receptores D2, que es

similar a su afinidad de fijación para D1 (en neurolépticos típicos $D2 < D1$), combinada con una alta afinidad por los receptores D4 y con un potente antagonismo para el subtipo de receptor serotoninérgico 5HT2. Con ello logra un perfil de potente acción antipsicótica, eficaz frente a síntomas positivos y negativos, sin producir efectos extrapiramidales ni aumento de prolactina (51). Su utilidad clínica está limitada por su capacidad de producir agranulocitosis, lo que obliga a efectuar controles hemáticos periódicos y a mantenerlo como un fármaco de segunda elección en pacientes que no responden a los neurolépticos convencionales.

La risperidona es un derivado benzisoxazólico que es, al igual que la clozapina, un antagonista 5HT2 de gran potencia. Sin embargo, a diferencia de ésta, la risperidona es también un antagonista D2 relativamente potente, lo que da lugar a la posibilidad de aparición de síndrome extrapiramidal a dosis altas y a la posible aparición de efectos secundarios endocrinológicos. A pesar de ello, "la elevada afinidad 5HT2 de este fármaco mantiene el equilibrio propuesto entre las afinidades D2 y 5HT2 para los neurolépticos con un perfil atípico" (22). Su ventaja es que no presenta un riesgo de agranulocitosis superior al de los neurolépticos tradicionales.

Numerosos fármacos (olanzapina, seroquel, sertindol, ziprasidona, amperozide...) con perfiles similares al de la clozapina y la risperidona se hallan en fase preclínica, por lo que es de esperar que en los próximos años se produzcan avances espectaculares en el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia, a pesar de que, como señalan Gutierrez et al. (50), "si aceptáramos que el neuroléptico ideal debiera ser seguro en cualquier vía de administración, efectivo en síntomas negativos y positivos, bien tolerado y capaz de ser prescrito en forma intramuscular retard, concluiríamos en que el antipsicótico

ideal debiera ser una sustancia no neuroleptica”.

2.1.3.2 Abordaje psicosocial. El hecho de que la esquizofrenia incida en aspectos cognitivos, afectivos y sociales hace imprescindible complementar la terapia farmacológica con una intervención psicológica o psicosocial.

Aunque se han propuesto numerosos modelos de intervención psicológica, los objetivos a cumplir son más o menos comunes y vienen a resumirse en el aprendizaje de los siguientes aspectos, citados por Farré (52):

- Manejo adecuado de la medicación.
- Manejo de la sintomatología.
- Ocio y utilización del tiempo libre.
- Habilidades básicas de conversación.
- Limpieza y autocuidado.

La importancia del abordaje psicosocial viene además subrayada por dos hallazgos fundamentales:

- **LA VULNERABILIDAD** al estrés de los esquizofrénicos y la importancia de estos factores estresantes como factores favorecedores de la exacerbación de la sintomatología y el aumento en la frecuencia de recaídas (53)(54).

- **LA CORRELACIÓN** existente entre ciertas actitudes emocionales de los familiares que conviven con el paciente y el curso de la enfermedad. Entre estas actitudes cabe destacar el concepto de emoción expresada, que comprende la frecuencia de comentarios críticos, el grado de hostilidad y el de sobreprotección o sobreinvolucración (7). La importancia de la actitud de la familia es tal, que determina la tasa de recidivas en pacientes que están siendo tratados con iguales dosis de mantenimiento con antipsicóticos (55).

Teniendo en cuenta todos estos factores, el estado mental del esquizofrénico vendría determinado por el equilibrio entre los factores predisponentes y precipitantes (vulnerabilidad biológica, vulnerabilidad psicológica y estresores socioambientales) y los factores protectores (psicofármacos, adecuada capacidad de afrontamiento, habilidades sociales y familia tolerante y con baja expresividad emocional).

Como veremos más adelante, tanto la problemática sexual asociada a la enfermedad o al déficit de relaciones sociales, como las disfunciones debidas a los efectos secundarios de la medicación antipsicótica, se inscriben entre los factores estresantes que pueden afectar a la evolución del individuo y de la enfermedad.

2.2 SEXUALIDAD Y DISFUNCIONES SEXUALES

En este apartado intentaremos revisar los aspectos básicos que nos puedan ser de utilidad de cara a la comprensión de la interrelación entre la esquizofrenia y la sexualidad. Estos aspectos son, por una parte, las bases neurofisiológicas del impulso y la respuesta sexual y, por otra, la conceptualización de lo que actualmente entendemos por disfunciones sexuales.

2.2.1 Bases biológicas de la sexualidad humana

A medida que se asciende en la escala filogenética, van perdiendo importancia, tanto los controles nerviosos primitivos, como los estímulos internos hormonales, de modo que una parte importante de la sexualidad humana es regulada por los controles nerviosos desarrollados, esto es, el córtex cerebral. Es preciso, sin embargo, que estos sistemas primitivos de control sexual se hallen indemnes para un correcto funcionamiento sexual, ya que actúan de forma integrada con la corteza cerebral.

La función sexual normal depende de los reflejos autonómicos pélvicos y lumbosacros, las interacciones hipotalámicas y endocrinas y la actividad cerebral. Cada elemento del sistema puede operar independientemente del otro, pero la actividad sexual sólo es verdaderamente normal cuando todos los elementos funcionan coordinadamente.

A efectos del tema que nos ocupa, obviaremos los aspectos anatómicos y hemodinámicos, para centrarnos en los aspectos neurofisiológicos, tanto a nivel central como periférico.

2.2.1.1 Sistema encefálico. En el sistema encefálico coexisten las estructuras sexuales

primitivas, agrupadas en el diencefalo y las desarrolladas, presentes en el córtex cerebral. A nivel sexual, en lo que se refiere a las estructuras primitivas diencefálicas, son importantes el hipotálamo y el sistema límbico. Ambas estructuras juegan un papel tanto inhibitorio como excitatorio de la conducta sexual.

Estudios invasivos en animales han demostrado que las erecciones penianas pueden ser inducidas mediante la estimulación del núcleo septal, cuerpos mamilares u otros elementos del hipotálamo (56). Según estos autores, el hipotálamo anterior es importante en la conducta copulatoria de muchos animales y presumiblemente también en humanos, mientras que el hipotálamo posterior tendría un papel más inhibitorio. La región preóptica del hipotálamo juega un papel esencial en el control de la conducta sexual en todas las especies en que ha sido estudiado, tanto a nivel de iniciación como de ejecución (57).

El sistema límbico, integrado por estructuras subcorticales como la amígdala, el núcleo septal o el hipocampo ejerce su influencia sobre aspectos afectivos y emocionales, al tiempo que una parte actúa como un potente sistema inhibitorio del impulso sexual, ya que cuando estas zonas (amígdala e hipocampo) están lesionadas, los animales copulan con cualquier otro animal u objeto y parecen incapaces de saciarse (58).

El hipotálamo y el sistema límbico se hallan conectados por el MFB (medial forebrain bundle). Las lesiones electrolíticas de partes de este haz abolen la conducta sexual masculina, mientras que su estimulación eléctrica favorece esta conducta, evidenciándose una reducción del número de intromisiones, el intervalo entre intromisiones, la latencia eyaculatoria y el intervalo posteyaculatorio (57). El MFB está directamente implicado en los sistemas de recompensa, "sistemas que

están directamente implicados tanto en el reforzamiento de una motivación como en el efecto inductor del impulso" (59).

A su vez, tanto el hipotálamo como el sistema límbico conectan las áreas genitales con el córtex cerebral. La información sensorial de los genitales se proyecta a los núcleos ventrolateral e intralaminar del tálamo, antes de ser transmitida al córtex cerebral. El sistema límbico, por su parte, recibe estímulos de centros corticales y los envía a los centros espinales que controlan la erección y la lubricación vaginal.

Sabemos que existen al menos dos centros en la corteza cerebral, implicados en la excitación o la iniciación de la actividad sexual. Éstos son un centro sensorial especial para los estímulos visuales, auditivos y olfatorios y un centro psíquico, para la memoria sexual y las fantasías. Sigue siendo objeto de controversia la localización y circunscripción de estos centros (56). Por otra parte, en palabras de Farré, "las áreas prefrontales son nucleares para la conversión del "sexo animal" en sexo humano o ambiental".

Según este autor, "si la comunicación entre estos dos circuitos, estos dos "cerebros" -el arcaico y emocional y el moderno, razonador y conceptual- se mantiene equilibrada y armónica, la conducta sexual del ser humano también lo será".

Las áreas cerebrocorticales se supone que están conectadas más o menos indirectamente con los genitales a través de vías simpáticas, que abandonan el sistema nervioso central en los niveles D11 a L2 de la médula espinal (56).

2.2.1.2 Neurofisiología de la erección. La erección puede iniciarse por dos mecanismos: la estimulación de un centro en la médula espinal dorsolumbar (D12 a L2) a

través de aferencias del sistema límbico y la estimulación de centros en la médula sacra (S2-S4) producida por estímulos táctiles locales transportados a través del nervio pudendo. El primer mecanismo daría lugar a una erección "psicógena" y el segundo a una erección "reflexógena". La erección se produce cuando los impulsos parasimpáticos procedentes de la médula sacra inducen la dilatación de los vasos sanguíneos del pene. Sin embargo, las erecciones "psicógenas", desencadenadas a partir de la médula dorso lumbar y el nervio hipogástrico, están mediadas por el sistema nervioso simpático, aunque es posible que participe el sistema parasimpático sacro, ya que la acción única del simpático sobre la erección conduce a la detumescencia. Segraves (60) señala que "este nervio contiene fibras vasodilatadoras y vasoconstrictoras y su estimulación directa no logra producir la erección en muchos animales estudiados". Según el autor, esto se debería a que se estimulan simultáneamente ambos tipos de fibras, predominando el efecto vasoconstrictor.

En condiciones normales, los dos mecanismos erectivos actúan sinérgicamente.

Las fibras nerviosas simpáticas y parasimpáticas se unen en el plexo hipogástrico inferior, de donde emerge el nervio cavernoso. Por tanto, tanto el simpático como el parasimpático van a ser importantes en la inducción de erección del pene o del clítoris, tanto a través de actividad refleja como de fantasías (57).

2.2.1.3 Neurofisiología de la eyaculación.

La eyaculación se desarrolla en dos pasos distintos: la emisión y la eyaculación propiamente dicha. Durante la emisión, los impulsos simpáticos, procedentes de la médula dorsolumbar, dan lugar a una contracción de los deferentes, la próstata y las vesículas seminales, dando lugar a la acumulación del líquido seminal en la parte posterior de la

uretra. Al mismo tiempo, se cierra el esfínter uretral interno, para evitar el paso del semen al interior de la vejiga urinaria. Esta actividad simpática está mediatizada por la noradrenalina actuando sobre los receptores alfa1 adrenérgicos que se halla en las paredes de estas estructuras.

La eyaculación anterógrada, producida por la apertura del esfínter uretral externo y la contracción de los músculos bulbocavernosos e isquiocavernosos depende, en cambio, de la acción del parasimpático, ejercida a través de un nervio somático, el pudiendo, procedente de las raíces sacras.

Tanto el mecanismo neurofisiológico erectivo como el eyaculatorio son superponibles en el caso de la respuesta de excitación y de orgasmo de la mujer. La actividad parasimpática incrementa el flujo sanguíneo vaginal, comportando la trasudación de fluido a través de su pared. En el caso del orgasmo, el componente simpático correspondiente a la fase de emisión masculina daría lugar a contracciones musculares profundas, del cuello del útero y fondo del saco vaginal, mientras que el componente parasimpático daría lugar, al igual que en hombre, a contracciones de la musculatura estriada pubococcígea.

2.2.1.4 Controles hormonales. Para que el sistema de vías aferentes, controles nerviosos y respuesta sexual funcione correctamente, se precisa la acción de dos tipos de sustancias químicas: los neurotransmisores y las hormonas. La relación entre los neurotransmisores y la sexualidad será analizada en el capítulo dedicado a los efectos secundarios de los psicofármacos, mientras que en este apartado nos detendremos brevemente en el papel de las hormonas en la sexualidad humana.

Los andrógenos son secretados por los testículos en el hombre, los ovarios en la mujer y las suprarrenales en ambos sexos.

Su secreción está regulada por la hipófisis y ésta lo está por el hipotálamo, que interconecta el sistema nervioso y el endocrino. La acción de los andrógenos parece ser mucho más importante en la iniciación de la función sexual que en su funcionamiento posterior, ya que hombres castrados unos años tras la pubertad, conservan su función sexual. Parecen mantener alguna acción, sin embargo, sobre el impulso sexual y sobre el mecanismo erectivo autónomo, pero no sobre la erección inducida mediante estimulación.

Los estrógenos son secretados por las mismas glándulas y poseen los mismos controles. Su presencia es necesaria en la mujer para mantener una tonicidad adecuada de la musculatura pélvica y las paredes vaginales.

2.2.2 Conducta sexual y respuesta sexual humana

Se entiende por conducta sexual cualquier comportamiento que involucre la estimulación y excitación de los órganos genitales (61). En la especie humana la conducta sexual más extendida consiste en una serie de pasos más o menos progresivos, que van desde la atracción sexual inicial al coito, pasando por una serie de estimulaciones sexuales no coitales, consistentes en caricias, besos, estimulación de los senos femeninos, estimulaciones genitales y contacto intergenital.

Una conducta sexual también habitual y extendida es la autoestimulación o masturbación.

Sobre estas conductas existen numerosas variantes, tanto en la orientación sexual, como puede ser la homosexualidad, como en el objeto de atracción, como son las parafilias. Un caso a parte es el transexualismo o trastorno de la identidad sexual, según la denominación del DSM-IV (1).

Cuando un estímulo sexual es efectivo, se producen una serie de cambios físicos, que denominamos respuesta sexual. Estos cambios fueron inicialmente estudiados por Masters y Johnson (62), sobre un grupo de 382 mujeres y 312 varones. Masters y Johnson sistematizaron sus resultados describiendo cuatro fases de la respuesta sexual: excitación, meseta, orgasmo y resolución, durante la cual se presenta el llamado "período refractario". A estas cuatro fases se añadió posteriormente la fase de deseo, como requisito previo al inicio de la secuencia de respuesta.

A pesar de que puede resultar una fuente de problemas el ajustar el funcionamiento sexual de todos los individuos a unas fases de respuesta estandarizadas (63), la nosología actual se sigue basando en ellas para describir y clasificar la problemática sexual.

2.2.3 Disfunciones sexuales

Según el DSM-IV, "las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales. Las disfunciones sexuales comprenden los trastornos del deseo sexual (p.ej. deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo), trastornos de la excitación sexual (p.ej. trastorno de la excitación sexual en la mujer, trastorno de la erección en el varón), trastornos del orgasmo (p.ej. disfunción orgásmica femenina, disfunción orgásmica masculina, eyaculación precoz), trastornos sexuales por dolor (p.ej. dispareunia y vaginismo), disfunción sexual debida a una enfermedad médica, disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no especificada". La definición de las disfunciones básicas se especifica en el cuadro 2.

2.2.3.1 Consideraciones etiológicas. Tradicionalmente las disfunciones sexuales han sido atribuidas a problemas psicopatológicos, posiblemente porque ha sido la Psiquiatría la especialidad médica que las ha estudiado. A partir de los trabajos de Masters y Johnson (64) y de Kaplan (65), el acento se puso más en estados psicopatológicos (p. ej. la ansiedad de desempeño) que en rasgos. En la actualidad, sin embargo, la investigación médica está propiciando una valoración más fisiológica de los estados disfuncionales.

En el caso de la latencia eyaculatoria, determinante en los problemas de eyaculación precoz y retardada, una serie de condiciones sugieren la participación importante de factores fisiológicos:

1. La posibilidad de modificación farmacológica, tanto en animales (66)(67), como en el hombre (68)(69).
2. El hallazgo de diferencias fisiológicas en individuos de latencia eyaculatoria rápida (70)(71).
3. El que las hipótesis con planteamientos etiológicos psicógenos no hayan resistido un análisis experimental (72)(73).

Ello ha llevado a reconsiderar la inclusión de los trastornos de la latencia eyaculatoria en las clasificaciones psiquiátricas actuales y a postular un enfoque más fisiológico y social que psicopatológico (74).

En cuanto a los trastornos erectivos, la investigación médica ha acumulado una impresionante cantidad de datos experimentales sobre el papel que juegan los factores orgánicos, desde el aporte sanguíneo o la conducción neurológica al correcto balance de las decenas de neurotransmisores implicados en el mecanismo erectivo (75)(76).

DISFUNCIONES SEXUALES, SEGÚN EL DSM-IV

Deseo sexual hipoactivo

Disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente y recurrente. El juicio de deficiencia o ausencia debe ser efectuado por el clínico, teniendo en cuenta factores que, como la edad, el sexo y el contexto de la vida del individuo, afectan a la actividad sexual.

Trastorno por aversión al sexo

Aversión extrema persistente o recidivante hacia, y con evitación de, todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.

Trastorno de la excitación sexual en la mujer

Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.

Trastorno de la erección en el varón

Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.

Trastorno orgásmico femenino

Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal. Las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo o intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo. El diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debe efectuarse cuando la opinión médica considera que la capacidad orgásmica de una mujer es inferior a la que correspondería por edad, experiencia sexual y estimulación sexual recibida.

Trastorno orgásmico masculino

Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación normal, en el transcurso de una relación sexual que el clínico, teniendo en cuenta la edad del individuo, considera adecuada en cuanto a tipo de estimulación, intensidad y duración.

Eyaculación precoz

Eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee. El clínico debe tener en cuenta factores que influyen en la duración de la fase de excitación, como son la edad, la novedad de la pareja o la situación y la frecuencia de la actividad sexual.

Dispareunia

Dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, tanto en varones como en mujeres.

Vaginismo

Aparición persistente o recurrente de espasmos voluntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere el coito.

El criterio B de todas las disfunciones indica que "la alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales".

Cuadro 2

Las disfunciones femeninas han quedado, con algunas excepciones (77), algo apartadas en esta carrera biomédica, aunque es indudable que los mismos factores orgánicos que pueden alterar la respuesta sexual masculina, son igualmente capaces de modificar la respuesta femenina.

No debe olvidarse, por otra parte, que sobre estos aspectos biológicos van a actuar, en todos los casos, las condiciones psicológicas del individuo y las consideraciones sociales imperantes en su entorno, modelando una determinada actitud hacia un problema sexual concreto.

2.2.3.2 Evaluación de las disfunciones sexuales. Independientemente de una historia clínica adecuada y del uso de escalas que nos proporcionen una idea aceptable de los aspectos subjetivos de la sexualidad del individuo, se dispone actualmente de una serie de pruebas que objetivan la función sexual.

Ello es de especial interés en el tema que nos ocupa, ya que, como veremos posteriormente, uno de los problemas más frecuentemente citados por los autores que investigan la relación entre la esquizofrenia y la sexualidad es el de la validez de los datos recogidos mediante el interrogatorio.

Básicamente, pueden objetivarse los siguientes aspectos:

- ESTADO ENDOCRINOLÓGICO, mediante determinaciones hormonales (78).
- APORTE SANGUÍNEO GENITAL, mediante Doppler de arterias cavernosas (79).
- ESTADO NEUROLÓGICO A NIVEL GENITAL, mediante electromiografía del nervio dorsal y estudio del reflejo bulbo-cavernoso - (80).

- SISTEMA DE CIERRE VENOSO EN LA ERECCIÓN, mediante cavernosografía y cavernosometría (81).

- GRADO DE TUMESCENCIA Y DE RIGIDEZ PENEANA, mediante galgas extensiométricas (sistema RigiScan) (82).

- GRADO DE VASOCONGESTION VAGINAL, mediante pletismografía vaginal (83).

- CAPACIDAD DE CONTRACCIÓN DE LA MUSCULATURA PUBOCOCCÍGEA, mediante transductores de presión vaginales o anales (83).

Ello nos va a permitir objetivar no sólo la organicidad o funcionalidad de los diversos trastornos sexuales, sino también las diversas preferencias sexuales, la eficacia de un tratamiento o incluso el uso de estas técnicas de evaluación como tratamiento mismo a través de mecanismos de bio-feedback.

2.2.3.3 Consideraciones terapéuticas. Nos centraremos en el comentario de dos tipos de abordaje: la terapia sexual y las terapias orgánicas.

La terapia sexual se desarrolló a partir de las investigaciones de Masters y Johnson (62) y de Kaplan (65). Consta de una serie de técnicas generales y otras específicas para los diversos trastornos. Las técnicas generales van encaminadas a reducir el nivel de ansiedad y exigencia en general ante una interacción sexual y consisten en la focalización sensorial, consistente en un intercambio de caricias sin expectativas de excitación ni de respuesta sexual alguna y en la contención vaginal, en la que se lleva a cabo la penetración pero sin ningún movimiento coital y sin expectativas de respuesta. Las técnicas básicas específicas para cada disfunción sexual son, básicamente, las siguientes (84):

- ALTERACIÓN DEL IMPULSO SEXUAL:

Entrenamiento en fantasías.

- DISFUNCIÓN ORGÁSMICA FEMENINA:

Entrenamiento en masturbación, junto con ejercitación de la musculatura pubococcígea.

- VAGINISMO: Descondicionamiento progresivo del espasmo muscular mediante dilatación vaginal progresiva.

- FOBIAS SEXUALES: Exposición gradual.

- DISFUNCIÓN ERÉCTIL: Prohibición de coito, junto con focalización sensorial y, posteriormente, contención vaginal.

- EYACULACIÓN PRECOZ: Técnica de parada y arranque, consistente en llevar la excitación hasta la proximidad del orgasmo, parar y reiniciar el estímulo cuando ceda la urgencia eyaculatoria.

- EYACULACIÓN RETARDADA: Aproximación progresiva desde la situación en que la eyaculación es posible hasta el coito.

A nivel de terapéutica orgánica está muy extendido el uso de ansiolíticos, aunque se han mostrado totalmente ineficaces (85).

Algunos antidepresivos pueden mejorar el impulso sexual y retardar la eyaculación (este tema se desarrolla más ampliamente en el apartado de psicofármacos de la revisión bibliográfica).

El uso de otro tipo de fármacos y de opciones mecánicas se ha centrado, principalmente, en los problemas erectivos. Entre las alternativas terapéuticas se hallan fármacos vasodilatadores (bloqueantes alfa-adrenérgicos, como la yohimbina) (86), fármacos de aplicación tópica como la nitroglicerina transcutánea (87), aparatos de erección por vacío (88), inyección intracavernosa de sustancias vasoactivas (89) e implantación quirúrgica de prótesis peneanas (90).

Dada la baja eficacia de la medicación oral y tópica, la dificultad de aplicación de los aparatos de vacío y la irreversibilidad de las prótesis quirúrgicas, una de las opciones más interesantes en la actualidad viene constituida por las inyecciones intracavernosas. La sustancia que representa mayores ventajas, por su alta eficacia y pocos efectos secundarios es la prostaglandina E1, cuyo uso está indicado tanto en disfunciones orgánicas, como yatrogénicas o psicógenas (91).

3 ESQUIZOFRENIA Y SEXUALIDAD: UNA REVISIÓN

3.1 INTRODUCCIÓN

Revisar la bibliografía existente respecto a la esquizofrenia y la sexualidad puede ser trabajo de varios meses o de escasas horas, según el rigor que deseemos en los datos que busquemos. Tal como afirma Nestoros (92), "la literatura concerniente a la conducta sexual de los esquizofrénicos es extremadamente rica en términos de comunicaciones de casos y teorizaciones, pero extremadamente pobre en términos de hallazgos obtenidos en estudios controlados".

Desde siempre se ha concedido cierta importancia a la sexualidad en la esquizofrenia, tanto desde el punto de vista clínico, (por ejemplo, los delirios de temática sexual o la conducta sexualmente desinhibida en los pacientes psicóticos crónicos hospitalizados), como etiológico, estableciéndose, como veremos más adelante, numerosas relaciones causales. A pesar de ello, ha existido y existe, en general, una tendencia a obviar o a no tratar con profundidad la temática sexual al hablar de esquizofrenia. Esto se advierte tanto en los clásicos, que pasan muy por encima en sus comentarios sobre sexualidad, como en los tratados psiquiátricos de referencia actuales. En el "Tratado de Psiquiatría" de Kaplan y Sadock (43) se dedican 115 páginas a la esquizofrenia, con texto a dos columnas y sólo 7 líneas en una columna para referirse a los efectos secundarios sobre la sexualidad de los neurolepticos. Lo mismo ocurre en nuestro medio: Colodrón, en su obra "Las esquizofrenias" (25) se refiere en un párrafo de ocho líneas a los efectos secundarios sobre la sexualidad y Obiols y Obiols en su obra "Esquizofrenia" (7) resuelven el tema con una sola línea de texto. Ninguno de ellos aborda el tema de la con-

ducta sexual o de la problemática sexual del enfermo esquizofrénico.

Sobre este extremo han hecho hincapié algunos autores, como Akhtar y Thomson (93), quienes afirman que "la relación entre esquizofrenia y sexualidad no ha sido adecuadamente abordada en los textos de psiquiatría, en las monografías exclusivas sobre esquizofrenia o en la literatura sobre la sexualidad humana", o Friedman y Harrison (94), quienes señalan que "en las últimas dos décadas ha existido un dramático aumento en el interés por la investigación en sexualidad humana, existiendo estudios sobre la naturaleza de la función sexual y la prevalencia de los trastornos sexuales en una gran variedad de enfermedades agudas y crónicas". Sorprendentemente, señalan los autores, "la psiquiatría, en contraste con otras especialidades médicas, ha generado muy pocos datos acerca de la conducta sexual de los pacientes afectados por los distintos trastornos mentales".

Según Akhtar y Thomson, una revisión de la sexualidad y la esquizofrenia puede proporcionar información a los psiquiatras para reconocer trastornos esquizofrénicos incipientes en pacientes con disfunción "sexual" que buscan "terapias sexuales". Un mayor conocimiento de los síntomas "sexuales" de la esquizofrenia, también les ayudaría a estimar el pronóstico, ya que se ha demostrado que algunos de los síntomas sexuales deficitarios tienen un significativo valor en este sentido.

Aunque, como hemos dicho, son escasos los estudios que relacionen la esquizofrenia con la conducta o las disfunciones sexuales usando una metodología rigurosa, abundan los estudios descriptivos y, más recientemente, los ensayos farmacológicos sobre neurolepticos y sexualidad. Con todo, el número de estudios que relacionan la esqui-

zofrenia y la sexualidad sigue siendo insignificante en relación al amplísimo número de trabajos que se publican sobre otros aspectos de la esquizofrenia. Según datos de Nestoros (92), en una búsqueda computerizada desde 1966 a 1980 se hallan sólo 4 estudios que proporcionan información sobre la frecuencia de la actividad sexual en esquizofrénicos, mientras que sólo en el año 1979 fueron publicados 1129 artículos sobre otros aspectos de la esquizofrenia.

En la presente revisión hemos intentado centrarnos en los trabajos con cierta base metodológica, intentando obviar las descripciones clásicas aunque, inevitablemente, en algunos aspectos citamos opiniones, valoraciones o interpretaciones no contrastadas.

3.1.1 Problemas metodológicos

El primer problema que se plantea en cualquier estudio que aborde la relación entre sexualidad y esquizofrenia es la obtención de datos fiables. Como señalan Skopec y cols. (95), hablar de esquizofrenia es "tratar de un amplio abanico de entidades clínicas que va desde sujetos silenciosos e introvertidos que pueden conservar un trabajo y cuidar de sí mismos, a pacientes abiertamente delirantes que precisan institucionalización y control de sus conductas impulsivas". Del mismo modo, hablar de sexualidad es entrar en un complejo entramado en el que se entrecruzan sentimientos, actitudes, necesidades e impulsos con una serie de respuestas fisiológicas y unos condicionantes sociales y de pareja, todos ellos difícilmente objetivables y medibles.

A estas dificultades inherentes a los temas que estamos tratando se unen las habituales diferencias metodológicas de los distintos estudios y un problema que adquiere aquí mayor relevancia de la que ya posee en otro tipo de investigaciones: la recogida de datos.

Aunque algunos autores han insistido en la necesidad de que se lleven a cabo estudios con los parámetros más fácilmente observables (p. ej. niveles hormonales o pletismografía peneana nocturna), está claro que si sólo usáramos estas medidas dejaríamos de lado muchos aspectos de la sexualidad que es preciso conocer. Debemos recurrir, pues, a la información directa obtenida del relato del paciente esquizofrénico, y es aquí donde se presentan las mayores dificultades, dudas y discrepancias entre autores sobre la validez de los datos obtenidos.

Aunque algunos autores consideran más difícil que otros la obtención de estos datos, existe un cierto consenso en cuanto a que, bajo determinadas condiciones, es perfectamente posible la obtención de datos fiables.

Verhulst y Schneidman (96) señalan que los pacientes esquizofrénicos pueden dar respuestas inadecuadas a los cuestionarios y pueden responder de forma incoherente o delirante a las preguntas directas. Según los autores, el grado en que un paciente es incoherente o delirante correlaciona con su nivel de ansiedad, por lo que proponen que la entrevista se lleve a cabo en una atmósfera que represente la mayor seguridad y calidez posible para el paciente. En este sentido, los autores recomiendan que durante la entrevista estén presentes un entrevistador de cada sexo, de cara a aliviar posibles miedos hetero u homosexuales del paciente hacia un entrevistador de un sexo en particular. Otras recomendaciones consisten en que los entrevistadores sean personas habituadas a hablar sobre sexualidad, que sean ya conocidos por los pacientes y que no se tomen notas durante la entrevista, sino sólo al final.

Friedman y Harrison (94) señalan que los pacientes hospitalizados pueden ser entrevistados con efectividad y seguridad acerca de sus historias sexuales y su funcionamiento

sexual actual. Según estos autores, los pacientes se hallaban más reticentes e incómodos comentando acontecimientos relacionales de la infancia, que discutiendo temas estrictamente sexuales.

Collins y Kellmer (97) apuntan que existe una dificultad inherente en obtener datos detallados de las actividades sexuales de los pacientes esquizofrénicos, ya que "pacientes que se hallan confusos, inhibidos o delirantes, pueden proporcionar historias de poca validez". Asimismo, señalan la conveniencia de obtener datos de pacientes con los que exista una larga relación psicoterapéutica.

Los mismos autores señalan que tal vez los sistemas actuales de abordar la disfunción sexual (excitación, meseta, orgasmo, resolución y la separación entre los elementos psíquicos, genitales y hormonales) no es tal vez la más adecuada para estudiar el funcionamiento sexual de los esquizofrénicos.

Gruen (98), en cambio, en un comentario al artículo anterior, discrepa de esta opinión. Según él, los datos referentes a la sexualidad de los esquizofrénicos son alcanzables mediante entrevistas estructuradas, cuestionarios y escalas. El autor subraya una serie de puntos que deberían formar parte del estudio de la sexualidad en la esquizofrenia, englobados en tres apartados: actividad sexual, capacidad reproductiva y función y mecanismos neurofisiológicos.

Rodríguez de Molina y cols.(99), señalan que se precisa de una compensación sintomática en el sujeto para llevar a cabo la evaluación. Por otra parte, según los autores, el defecto residual que, con frecuencia, permanece en el sujeto tras las reagudizaciones de la enfermedad, debilita la fiabilidad del análisis que de sus propias actitudes o vivencias realizan estos individuos.

Burke (100) señala que los pacientes con esquizofrenia pueden responder de forma consistente a preguntas simples sobre hechos concretos tales como erecciones o masturbación, existiendo menor coherencia cuando se intenta indagar acerca de las fantasías o pensamientos. Los pacientes de su muestra, por otra parte, no fueron capaces de sintetizar sus respuestas y situarlas dentro de una medida global de disfunción actual.

Parece existir, pues, un acuerdo en que un paciente esquizofrénico descompensado, con un pensamiento desestructurado, con acusados trastornos delirantes o con marcados efectos residuales, va ser incapaz de proporcionar datos fiables. Del mismo modo, un paciente medianamente compensado psíquicamente, puede facilitar datos válidos sobre su conducta, actitud y problemas sexuales si se le entrevista adecuadamente, es decir, pidiéndole un previo consentimiento, explicándole el motivo de la entrevista (Verhulst y Schneidman explicaron a sus pacientes que se sabía muy poco sobre los efectos de su enfermedad sobre la sexualidad y que los fármacos que tomaban podían afectar a su funcionamiento sexual y ellos querían conocer sus opiniones al respecto), indagando datos concretos más que opiniones abstractas y proporcionando al paciente un ambiente en el que se sienta tranquilo y seguro.

3.1.2 Relaciones causales.

La observación frecuente de conductas sexuales desinhibidas en los pacientes psicóticos hospitalizados, condujo a intentar establecer relaciones de causalidad entre la esquizofrenia y la sexualidad. Estas hipótesis y teorizaciones, que se han venido produciendo a lo largo de la historia de la psiquiatría, se han establecido en ambos sentidos. Es decir, tanto se ha pretendido explicar o demostrar que la esquizofrenia como enfer-

edad alteraba el funcionamiento sexual, como que la actividad sexual podía causar o agravar la esquizofrenia. Una tercera vía hipotética ha pretendido demostrar una cierta interdependencia entre la enfermedad esquizofrénica y la sexualidad, de modo que determinadas fases o períodos de la enfermedad podrían alterar la conducta sexual y determinadas conductas o problemas sexuales podrían precipitar o agravar brotes esquizofrénicos.

Aunque no existen datos que apoyen de forma concluyente estas teorías, las exponemos siguiendo el orden mencionado.

3.1.2.1 La esquizofrenia como factor causal de trastornos sexuales. Pinderhughes et al. (101), estudiaron las respuestas de 18 psiquiatras y 122 pacientes psiquiátricos ingresados a un cuestionario sobre sexualidad y su relación con la enfermedad psiquiátrica, hallando que los médicos consideraban que la esquizofrenia podía interferir con la función sexual en 89 al 100% de los casos. En cambio, menos de la mitad de los pacientes consideraban esta interferencia.

Es posible que la opinión de los médicos esté más influida por las teorías psicoanalíticas que por datos contrastados. Arieti (102) considera como rasgos esenciales de la esquizofrenia "la confusión en la identidad de género, el sadomasoquismo, la pérdida de objeto libidinal y la inhibición sexual".

Verhulst y Schneidman (96) señalan que, de acuerdo con las teorías etiológicas -tanto psicodinámicas como neurofisiológicas- son esperables los problemas sexuales. Según las primeras, si el núcleo de la esquizofrenia consiste en un "importante deterioro de la formación del ego", es probable que exista "confusión en la identidad de género, sadomasoquismo y una pérdida de la inhibición". Por otra parte, si el problema primario se

halla a nivel de neurotransmisores, también pueden anticiparse los problemas sexuales, "ya que numerosos estudios en animales han mostrado que la serotonina puede tener un efecto inhibitorio sobre la conducta sexual, mientras que la dopamina puede tener un efecto estimulante". Los autores, sin embargo, no consideran que exista ningún rasgo de la conducta sexual que pueda constituir una característica nuclear primaria de la enfermedad y apuntan dos posibilidades para explicar las modificaciones de la sexualidad en los esquizofrénicos. La primera es que los rasgos sexuales cambien secundariamente a la enfermedad, siendo el autismo, el aislamiento y la pérdida de habilidades sociales las que afecten directamente al potencial del paciente para su expresión sexual. La segunda posibilidad que mencionan es que existan barreras médicas y socioculturales que impidan la expresión sexual de los pacientes psiquiátricos crónicos, dado que éstos se hallan habitualmente "o en ambientes protegidos, dónde la sexualidad está reprimida, o en medios sociales deprimidos, dónde las relaciones no son generalmente muy satisfactorias".

Nestoros (92), en una revisión sobre el impacto de la enfermedad esquizofrénica y de los neurolépticos sobre la conducta sexual masculina, cita un estudio en el que se evaluaron los niveles de actividad sexual pre y postmórbida en un grupo de 130 ingresos psiquiátricos (58 hombres y 72 mujeres), el 63,9% de los cuales eran esquizofrénicos, hallando que el inicio de la enfermedad se asoció con un descenso muy significativo del nivel de actividad sexual. Nestoros concluye que el efecto de la esquizofrenia sobre la conducta sexual no está aclarado, aunque "existen indicios de que la esquizofrenia crónica y grave ejerce un efecto perjudicial sobre la conducta sexual de los pacientes masculinos".

Friedman y Harrison (94), que llevaron a cabo un estudio en el que compararon 20 mujeres esquizofrénicas con 15 controles, discrepan, en parte, de la opinión de Verhulst y Schneidman. En su estudio, un 80% de las pacientes consideraban que no había existido ningún cambio importante en su funcionamiento sexual después del inicio de la enfermedad, frente a un 20% que sí creía que había existido algún efecto negativo. Además, un porcentaje sustancial, de cerca del 40%, comunicaron una falta de interés general en la actividad sexual, incluyendo la masturbación, incluso antes de haber sido tratadas con neurolépticos, y un 60% de sus pacientes eran anorgásmicas. A partir de estos datos, Friedman y Harrison consideran que la explicación de Verhulst referente a que los rasgos sexuales cambian secundariamente a la enfermedad, a la medicación, o a las barreras socioculturales, "no parece enteramente satisfactoria". Los autores abogan por la existencia previa a la enfermedad de problemas sexuales y por la "posibilidad de que la ausencia de una serie de indicadores de funcionamiento sexual, pueda ser un rasgo importante en la enfermedad de muchos pacientes como predictor de manifestaciones psicóticas más evidentes".

Collins y Kellner (97) señalan que es difícil conocer el grado en que la esquizofrenia como proceso interfiere con el funcionamiento sexual porque el efecto de los neurolépticos se halla sobrepuesto sobre los efectos de la enfermedad en sí misma. Los autores señalan que factores como la motivación, la necesidad de compañía y afecto, la facilidad para establecer vínculos o la adquisición de las habilidades sociales necesarias para el cortejo pueden verse afectadas por la enfermedad, con una influencia secundaria sobre la actividad sexual y la fertilidad.

En el estudio de Rodríguez de Molina et al. (99) un 62,9% de hombres refirieron una

disminución del deseo sexual tras la aparición de la enfermedad, un 20,4% un aumento y en un 3,7% el deseo permaneció inmodificado. En cuanto a las mujeres, la irrupción de la esquizofrenia comportó una disminución del deseo en el 40%, un aumento en otro 40% y no se modificó en el 20% restante. Entre las mujeres que eran orgásmicas antes de la enfermedad, un 80% refirió "una disminución en la intensidad y frecuencia orgásmicas" tras la aparición de la enfermedad.

En otro estudio reciente en nuestro medio (103) se valora lo que los autores denominan un "cambio de ajuste sexual" con el inicio de la enfermedad, hallando que un 36% de pacientes cambian su ajuste sexual de satisfactorio a deficiente, un 8,3% lo cambian de deficiente a satisfactorio y un 55% no cambian (30% permanecen de deficiente a deficiente y 25% de satisfactorio a satisfactorio). Los autores hallan que todos los pacientes que muestran un empeoramiento de su sexualidad, o los que ya no tenían una buena adaptación previa, son los pacientes con más sintomatología negativa y, en concreto, los que más puntúan en los ítems de apatía, anhedonia y dificultad para mantener relaciones íntimas.

Finalmente, Rosenbaum (104) afirma que la esquizofrenia afecta realmente al funcionamiento sexual, al igual que afecta a muchos aspectos de la vida de sus víctimas. El autor se pregunta, sin embargo: "¿A qué área del funcionamiento sexual?". Cuando hablamos de función sexual, "¿Dibujamos la definición más amplia posible -la expresión de los impulsos, deseos y necesidades sexuales dentro de un marco interpersonal- o la más estrecha - funcionamiento fisiológico adecuado de los órganos sexuales?"

A continuación, Rosenbaum expone su hipótesis de que, a falta de datos convincentes, los órganos finales de la fisiología se-

xual, concretamente, el ciclo de respuesta sexual medible, no está directamente afectado por el proceso esquizofrénico o, más gráficamente, "que el cuerpo de un individuo esquizofrénico responde normalmente, con excitación sexual y orgasmo, cuando es estimulado adecuadamente". Es en este aspecto de la sexualidad donde, según el autor, interfieren los neurolépticos. Sin embargo, señala, esto es sólo una pequeña parte de la esfera sexual. "¿Y qué hay del deseo? ¿Qué hay de los sentimientos y los impulsos? ¿Cómo son experimentados, expresados o integrados en el sentido del yo? Es en esta área donde aparecen muchos de los problemas clínicos, desde el desinterés anhedónico hacia lo sexual a los impulsos sexuales lábiles, mal controlados o reprimidos, los deseos bizarros, las expresiones distorsionadas de las necesidades sexuales, las elaboraciones sadomasoquistas, la contaminación agresiva de la sexualidad, y las fantasías sexuales se expresan en detrimento del yo y los otros".

Parece existir, pues, un cierto acuerdo en que, teorías psicodinámicas a parte, el área sexual que se ve primordialmente afectada por la esquizofrenia es la del impulso sexual en general y, sobre todo, los aspectos más relacionales. Esta afectación puede constituir incluso y, de hecho, constituye, como veremos más adelante, un rasgo premórbido de la enfermedad en aquellos pacientes con sintomatología negativa.

Por el contrario, no aparecen evidencias de que la respuesta sexual se vea afectada por la esquizofrenia en sí misma, dejando a parte la medicación y las barreras sociales. Incluso la comunicación de Friedman y Harrison sobre un alto porcentaje de anorgásmicas, que ya lo eran antes de iniciar la medicación, podría explicarse desde el punto de vista de la ausencia de masturbación por la falta de impulso sexual. De hecho, es habitual en las

pacientes con anorgasmia primaria no esquizofrénicas, la ausencia de un aprendizaje mediante masturbación.

3.1.2.2 La actividad sexual como factor generador de esquizofrenia. El que la esquizofrenia se origine a partir de determinados rasgos o incluso de determinadas actividades sexuales es una hipótesis frecuentemente sostenida entre los autores clásicos, que suscita cierto interés, hoy más que nada anecdótico, entre los autores contemporáneos, hasta el punto que muchos de ellos inician la descripción de sus trabajos con revisiones sobre estas hipótesis.

El tema es revisado por Nestoros (92), que cita a Freud, quién en 1911, en base a observaciones clínicas y a la autobiografía del Dr. Daniel Paul Schreber, que había sufrido una enfermedad psicótica con delirios persecutorios y de contenido sexual, postuló que "el principal factor involucrado en la patogenia de la esquizofrenia es la falta de libido (energía sexual) en las relaciones sociales".

También Alonso Fernández (105) se refiere a la exposición freudiana del "desarrollo de la paranoia", señalando como factores causales la "fijación de cargas de libido en las tendencias narcisistas y homosexuales y la represión de los deseos homosexuales".

Nestoros cita también a Rado, quién en 1962, basándose en su experiencia clínica, sugirió que uno de los principales factores en la patogenia de la esquizofrenia es la falta de placer sexual debida a su reducida habilidad para experimentar placer (anhedonia). Según Nestoros, "la coincidencia de anhedonia y esquizofrenia en un número significativo de sujetos no significa necesariamente que exista una relación causa efecto y puede ser una excesiva simplificación el contemplar la conducta sexual como una conducta estrictamente de búsqueda de placer". Finalmente el

autor se refiere a Von Kraft-Ebing, quien en 1904, en su *Textbook of Insanity*, establece que los excesos sexuales y la masturbación están entre los factores importantes que conducen a la locura.

También Jacobs (106) revisa estas hipótesis y cita en su revisión a Hoskiss, quien sugirió en 1943 que la esquizofrenia representaba un nivel inmaduro de desarrollo psicosexual debido a una deficiencia de hormonas sexuales, a Norman, quien afirmó, en 1948, que fuertes tendencias homosexuales conscientes e inconscientes conducían a la psicosis y a Arieti, quien aseguró, en 1967, que las conductas sexuales y eróticas en personas preesquizofrénicas causaban la enfermedad. El autor afirma que, "hasta la fecha, no existe evidencia de que las hormonas o la conducta sexual causen esquizofrenia".

En el trabajo ya citado de Pinderhughes et al. (101), los psiquiatras encuestados consideraban que la actividad sexual podía haber sido un factor contribuyente al desarrollo de la enfermedad en dos tercios de sus pacientes esquizofrénicos. Esto mismo era considerado por el 47% de los propios pacientes.

Friedman (107) cita a Glass, quien afirmó, en 1971, que una historia de problemas ginecológicos, sexuales o de pareja parecía predisponer a mujeres vulnerables a presentar problemas psiquiátricos.

Gift y cols. (108) estudiaron la asociación entre acontecimientos vitales sexuales e inicio de la esquizofrenia, en pacientes ingresados por primera vez con este diagnóstico. Casi la mitad (9 sobre 20) de los sujetos refirió acontecimientos vitales sexuales, no guardando relación con el sexo, estado civil, raza ni edad.

Tal como señala el mismo autor, estos resultados contradicen lo anteriormente hallado

por otros autores, según los cuales los estresores sexuales no son significativos en el inicio de la enfermedad. La causa de este desacuerdo estriba, según Gift y cols., en que anteriormente se valoraba únicamente el factor precipitante del ingreso y no todos los acontecimientos vitales en general. Según los autores, estos datos sugieren la importancia de los acontecimientos vitales sexuales como estresores en una primera admisión de un paciente esquizofrénico.

Cabe señalar, sobre este estudio, que los autores manejan un concepto muy amplio de acontecimiento vital sexual, incluyendo desde una mujer a quien retiraron el DIU a un hombre cuya esposa dejó de tener relaciones sexuales con él, así como varias rupturas afectivas. Por otra parte, resulta difícil hacer inferencias sobre si los hechos comunicados son causa o consecuencia del inicio de la enfermedad esquizofrénica.

En el mismo sentido que Gift y cols., Rodríguez de Molina et al. (99), relacionan la relativamente alta incidencia de abusos sexuales comunicados por esquizofrénicos con el modelo de vulnerabilidad al estrés de la esquizofrenia y contemplan la posibilidad de que las experiencias sexuales traumáticas "pudieran incidir en la irrupción de una esquizofrenia en un sujeto".

Es difícil discernir hasta qué punto este tipo de factores ambientales pueden pesar más en la aparición de una esquizofrenia que los factores genéticos o bioquímicos, pero sí es evidente que todas las hipótesis que relacionan el inicio de una esquizofrenia con rasgos, actividades o problemas sexuales, presentan datos en que se presenta la asociación de factores pero, como apuntaba Nestoros, no se puede inferir una relación de causalidad. Algunas afirmaciones parecen, de hecho, reminiscencias de las teorías del médico suizo Tissot, que en 1758 publicó la obra "El

onanismo: tratado sobre los desórdenes que produce la masturbación", atribuyendo a ésta todo tipo de males, incluyendo la epilepsia y la locura (109).

3.1.2.3 Interrelación entre esquizofrenia y funcionamiento sexual. La tercera vía hipotética considera la posibilidad de que exista una interdependencia o influencia mutua entre esquizofrenia y sexualidad. No se valora aquí si la esquizofrenia como enfermedad causa problemas sexuales o si éstos pueden estar en el origen de una esquizofrenia, sino el hecho de que, existiendo ya una enfermedad esquizofrénica y un funcionamiento sexual determinado, éstos puedan influenciarse, mejorándose o agravándose mutuamente.

En el estudio-encuesta de Pinderhughes et al. (101), los psiquiatras consideraban que el reinicio de la actividad sexual podía retardar el restablecimiento en uno a dos tercios de sus pacientes. También un tercio de ellos creía que su restablecimiento se retrasaría si reiniciaba la actividad sexual.

Los autores señalan que muchos psiquiatras y pacientes creen que existen interrelaciones entre los trastornos psiquiátricos y el funcionamiento sexual y que ello debería ser discutido con los pacientes. Consideran, sin embargo, que muchos psiquiatras dan por ciertas sus creencias, sin estar basadas en investigaciones, y ello puede conducir a no ser demasiado abiertos y objetivos cuando se comentan estos temas. Concluyen que las investigaciones que correlacionen trastornos mentales y función sexual, son precisas para un mejor conocimiento en esta área.

Helen Kaplan (65), psiquiatra especializada en terapia sexual, considera que las disfunciones sexuales no son síntomas de la esquizofrenia y que "ambas son independientes y dissociables". Cuando estas disfunciones existen, sin embargo, la autora considera que

"el síntoma sexual puede ser relativamente independiente del proceso esquizofrénico, o bien estar íntimamente enredado con sus distorsiones y defensas esquizofrénicas". En el primer caso, Kaplan opina que "hay esquizofrénicos que se sienten muy angustiados por su problema sexual, de modo que la disfunción sexual realmente agrava su mal; y cuando se resuelven los problemas eróticos, estos enfermos se sienten mejor. Los esquizofrénicos que no emplean los síntomas sexuales como defensas responden tan favorablemente al tratamiento breve de los síntomas sexuales como otros pacientes". Sin embargo, considera que los riesgos de la terapia sexual en los esquizofrénicos aumentan en dos condiciones: cuando el esquizofrénico se halla en un estado vulnerable de su enfermedad, y cuando su síntoma sexual constituye "un mecanismo de defensa psicológico importante". Según la autora, "en estas circunstancias, la eliminación abrupta de un síntoma sexual o la modificación rápida de la relación con el compañero puede exacerbar la esquizofrenia".

La visión de los propios pacientes sobre el tema se refleja en el trabajo de Friedman y Harrison (94), anteriormente citado. En este estudio, el 70% de las pacientes sienten que la actividad sexual no ha tenido efectos sobre la enfermedad, el 15% piensa que ha tenido efectos algo positivos, y sólo un 10% piensa que la actividad sexual puede haber tenido efectos negativos sobre la enfermedad.

Otro punto de vista lo ofrecen Baguley y Brooker (110), quienes revisan, desde el punto de vista de la enfermería psiquiátrica, el papel que juegan, tanto las necesidades como los problemas sexuales, como elementos estresores en los pacientes esquizofrénicos. Considerando que los síntomas esquizofrénicos y la frecuencia de recaídas pueden exacerbarse ante situaciones estresantes agudas y crónicas, los autores hacen hincapié en la atención a estas necesidades se-

xuales y la solución a los posibles problemas sexuales existentes como factores de prevención de recaídas.

Existe, pues, cierto acuerdo en que la presencia de problemas sexuales, en forma de disfunciones o de necesidades no resueltas puede exacerbar la esquizofrenia o favorecer la aparición de recaídas. No existen referencias, sin embargo, de que la esquizofrenia como enfermedad agrave problemas de respuesta sexual (excitación, eyaculación u orgasmo), aunque es evidente que la aparición de un brote esquizofrénico, por la desorganización de pensamiento que comporta o por la aparición de ideas delirantes sí puede provocar cambios en el impulso, la actitud, la vivencia de la sexualidad o en el comportamiento sexual en general.

3.2 DIMORFISMO SEXUAL EN LA ESQUIZOFRENIA

Aunque los síntomas nucleares de la esquizofrenia son los mismos para hombres y mujeres, existen diferencias en la expresión de la enfermedad. Estas diferencias no parecen ser debidas únicamente al dimorfismo sexual normal del cerebro, sino a una compleja interacción de factores biológicos con otros de tipo psicológico y social.

A pesar de que esta variabilidad entre sexos es conocida desde antiguo -ya Kraepelin, en 1919, señalaba que la demencia precoz afectaba a hombres jóvenes- los trabajos que estudian las diferencias intersexuales son relativamente recientes.

Lewine et al. (111)(112) centran su atención sobre el dimorfismo sexual del cuerpo calloso, hallando que el grupo de esquizofrénicos masculinos presentan una proporción más alta de áreas del cuerpo calloso muy pequeñas, así como más alteraciones en las imágenes cerebrales a través de la resonancia magnética.

En una revisión sobre el tema, Sanz de la Torre, Junqué y Pérez (113), dividen estas diferencias en cuatro grandes bloques:

- **ASPECTOS CLÍNICOS Y DEMOGRÁFICOS:** las mujeres tienden a mostrar más síntomas de tipo ansioso, afectivo, psicósomático y mayor problemática en sus relaciones interpersonales y en la percepción de su autoimagen. Buscan más ayuda médica, usan más frecuentemente los servicios de salud mental que los hombres, manifiestan más síntomas inespecíficos y vagos, son más dependientes y tienen más síntomas depresivos.

Sanz de la Torre y cols. hallan en su revisión una edad de inicio de la enfermedad significativamente más temprana en hombres que en mujeres. El ajuste premórbido es menor en los hombres, especialmente entre aquellos que desarrollaron el trastorno durante la adolescencia, los cuales mostraron más conductas antisociales y evitativas, menos contactos heterosexuales, más signos neurológicos menores y mayor consumo de tóxicos. Las mujeres, en cambio, manifestaron predominantemente rasgos neuróticos.

El número de ingresos es mayor en los hombres, pero tiende a igualarse pasados los 30 años. El ajuste social global definido en términos de logros académicos y profesionales, establecimiento de relaciones heterosexuales estables y ausencia de comportamientos autolíticos o antisociales, también resulta favorable a las mujeres.

En cuanto a la sintomatología, las diferencias se orientan hacia un predominio de sintomatología negativa en los varones (embotamiento afectivo, aislamiento social, dificultad en el pensamiento abstracto, falta de espontaneidad), mientras que entre las mujeres predomina la sintomatología positiva (delirios, alucinaciones, excitación, hostilidad) y abundante sintomatología afectiva. Los

varones tienden a mostrar comportamientos heteroagresivos y antisociales, mientras que las mujeres dirigen la agresividad más contra sí mismas con comportamientos autolesivos y disfóricos.

- **BASES NEUROBIOLÓGICAS:** Los autores revisan la influencia de las hormonas sexuales en la génesis y evolución del trastorno esquizofrénico, influencia que se hace patente por una serie de observaciones: La relación entre el inicio de la pubertad y la irrupción de la esquizofrenia, la elevada incidencia de episodios psicóticos en mujeres durante la fase premenstrual, la asociación entre la administración de andrógenos o la aparición de trastornos de la corteza adrenal con la emergencia de síntomas paranoides, la asociación del síndrome de inmadurez genital en el varón con la predisposición a la esquizofrenia y las variaciones hormonales inducidas por los tratamientos con neurolepticos.

En función de esta relación entre las hormonas sexuales y la esquizofrenia, se hipotetiza sobre un posible efecto protector de los estrógenos sobre el cerebro, que actuarían potenciando la acción de los neurolepticos. En base a estas diferencias hormonales, los varones manifestarían prevalentemente distonías agudas y disfunciones sexuales, mientras que las mujeres presentarían con mayor frecuencia acatisia, parkinsonismo, obesidad, alergias, sequedad en el pelo e hiperprolactinemia.

- **MORFOLOGÍA CEREBRAL:** Diversos trabajos, utilizando Tomografía Axial Computarizada (TAC) y Resonancia Magnética (RM) hallan las siguientes diferencias en varones: mayor atrofia cortical del hemisferio dominante, más lesiones perinatales, mayor dilatación de los ventrículos laterales y cuerpo calloso disminuido en áreas específicas y con mayor proporción de alteraciones. En mujeres se hallan más frecuentemente sig-

nos de hipoplasia cerebral y dilatación del tercer ventrículo.

- **FUNCIÓN CEREBRAL:** Los estudios revisados tienden a comunicar, en general, un nivel más elevado de disfunción neuropsicológica en los varones esquizofrénicos, al existir una afectación más grave en el hemisferio cerebral dominante. Se han hallado diferencias entre sexos en la activación del flujo sanguíneo regional y en los factores somatosensoriales y auditivos de los potenciales evocados. En varones se ha hallado una disfunción predominante del hemisferio cerebral izquierdo, mayor disfunción fronto-temporal, déficit más acusado de memoria verbal, más signos neurológicos menores y más agnosia olfatoria.

Cournos y cols. (114), en un estudio sobre noventa y cinco pacientes, coinciden con lo mencionado hasta ahora en el hallazgo de que los hombres presentan significativamente más síntomas negativos que las mujeres. En cambio, no encontraron diferencias entre hombres y mujeres esquizofrénicos en cuanto a psicopatología general.

Häfner et al. (115) estudian la influencia de la edad y el sexo en el inicio de la esquizofrenia, hallando que las mujeres enferman de tres a cuatro años más tarde que los hombres, según se defina el inicio como el primer ingreso hospitalario, la aparición del primer síntoma psicótico o el primer signo de trastorno mental. Según estos autores, las diferencias sintomatológicas intersexuales podrían ser explicadas por esta distinta edad de inicio, que podría influenciar la conducta, la estructura cognitiva y algunos síntomas positivos. Häfner et al. hallan, asimismo, que la edad de inicio en los hombres muestra un único pico, situado entre los 15-25 años, mientras que en el caso de las mujeres, esta línea presenta dos picos distintos, uno inicial situado entre los 20-29 años y otro posterior

entre los 45-49 años, coincidiendo con el inicio de la menopausia. Ello daría soporte, según los autores, a la hipótesis del efecto protector estrogénico.

Crow (116)(11) considera que el inicio de la esquizofrenia más temprano en hombres, el peor pronóstico y el que se den más formas esquizoafectivas en mujeres puede reflejar la diferencia entre sexos en el grado de lateralización. Según este autor, en la esquizofrenia existe una pérdida de la asimetría cerebral, que es, en condiciones normales, mayor en hombres que en mujeres.

Las diferencias intersexuales, a nivel de competencia social, han sido estudiadas en nuestro medio por Cirici et al. (117). En la revisión previa al estudio, los autores hacen hincapié en el peor ajuste social de los hombres esquizofrénicos, que se inicia ya a nivel de funcionamiento social, sexual y familiar premórbido y se hace patente posteriormente, tanto a nivel de un mayor número y duración de las hospitalizaciones o un mayor desajuste social en general (vida indigente, abuso de alcohol, peleas..) como en términos de una menos frecuente vida en pareja. En sus conclusiones, los autores destacan que el funcionamiento social alterado es una característica básica del trastorno esquizofrénico y que ésta se manifiesta de forma más acusada en los sujetos varones. "La conducta asertiva de los hombres esquizofrénicos es escasa y se acompaña de un elevado grado de malestar. La percepción de la propia competencia social es desfavorable y presentan abundantes cogniciones inhibidoras de la interacción. Por el contrario, las mujeres esquizofrénicas se sitúan próximas al promedio de normalidad en el grado de habilidad social, en cuanto a emisión de conductas, respuestas asertivas y cogniciones facilitadoras de la relación interpersonal. Únicamente se distinguirían por presentar mayor proporción de pensamientos negativos".

Linares Fernández y cols. (118), en un trabajo sobre 128 pacientes psiquiátricos hospitalizados de larga evolución, analizan las diferencias entre sexos desde el punto de vista de los motivos del internamiento psiquiátrico, hallando que una "conducta sexual socialmente heterodoxa" mantenida de forma crónica conduce al internamiento psiquiátrico con mayor frecuencia a la mujer (50% vs. 18%), mientras que si esta "heterodoxia" es de tipo agudo comporta más fácilmente el ingreso en hombres (31% vs. 7%), posiblemente por el carácter más amenazador y agresivo con que es vivida la sexualidad masculina.

Según estas referencias, la distinta expresión de la enfermedad esquizofrénica en los hombres respecto a la de las mujeres, conllevaría una mayor problemática sexual en el sexo masculino. Si los hombres inician antes la enfermedad, presentan más sintomatología negativa y más disfunciones neuropsicológicas y no se compensan tan fácilmente por la posible falta de "protección" estrogénica, es evidente que tendrán más problemas relacionales y de impulso. Si a ello sumamos que, a nivel social y sexual, al hombre se le demandan unas expectativas más elevadas, es fácil pensar que va a vivir su sexualidad con más dificultades y, posiblemente, con más miedos que las mujeres con esquizofrenia.

3.3 DIFERENCIAS EN FISIOLÓGÍA SEXUAL ENTRE ESQUIZOFRÉNICOS Y NO ESQUIZOFRÉNICOS.

Dado que la esquizofrenia es una enfermedad que afecta fundamentalmente al encéfalo, van a ser las alteraciones cerebrales o sus repercusiones periféricas, las que determinen diferencias de base en las condiciones sexuales de un individuo con esquizofrenia y un individuo sano. No son esperables, y de

hecho no existen referencias bibliográficas al respecto, diferencias fisiológicas a nivel de los órganos sexuales periféricos, aunque anteriormente se había comunicado que la atrofia testicular era una característica de la esquizofrenia, consideración ésta que se reveló inconsistente (119).

Por otra parte, de las abundantes diferencias fisiológicas halladas entre esquizofrénicos y no esquizofrénicos, muy pocas de ellas han sido estudiadas en relación a la sexualidad. Teniendo en cuenta que en la esquizofrenia se ven alterados numerosos neurotransmisores, neuropéptidos, estructuras cerebrales y funciones neuropsicológicas que influyen de forma importante en la regulación de los mecanismos sexuales a todos los niveles (desde la modulación emocional y afectiva de la conducta sexual al orgasmo y la eyaculación, pasando por el impulso y la excitación) serían teóricamente esperables numerosas alteraciones sexuales.

Sin embargo, la investigación se ha centrado básicamente en las alteraciones endocrinas, una parte minúscula del complejo entramado neurofisiológico que gobierna el funcionamiento sexual.

En este sentido, Tournay y Hatfield (119) estudiaron el metabolismo de los andrógenos en esquizofrénicos no tratados, comparándolo con un grupo de homosexuales y un grupo de controles.

Sobre una muestra de 26 esquizofrénicos, 13 homosexuales y 11 controles, los autores midieron testosterona plasmática, dehidroepiandrosterona, androstendiona y 17-cetosteroides, androsterona y eticolanona. Hallaron una reducción significativa de la dehidroepiandrosterona plasmática en los pacientes esquizofrénicos, que era independiente de la edad y la institucionalización. Los demás índices se hallaban en el rango de la normalidad. Ya que el 93% de la dehidroepi-

androsterona es producida en la corteza adrenal y sólo el 7% restante en los testículos, los hallazgos de este estudio podrían indicar algún fallo en la corteza adrenal más que en la función testicular.

Nestoros (92) revisa la bibliografía existente sobre enfermedad esquizofrénica y hormonas sexuales, citando a Brambilla y Penati, quienes en 1970 hallaron que porcentajes significativos de pacientes esquizofrénicos agudos y crónicos no tratados, mostraban unos niveles de gonadotrofinas urinarias reducidos (63% de los hebefrénicos agudos, 70% de los paranoides agudos, 78% de los hebefrénicos crónicos y 30% de los paranoides crónicos). Estos autores comunicaron, asimismo, que un porcentaje significativo de esquizofrénicos agudos y crónicos no tratados presentaba una baja secreción de andrógenos, medida a través de los bajos niveles de 17-cetosteroides.

Sin embargo, tal como afirman Tournay y Hatfield, "la excreción de 17-cetosteroides es un mal índice de la producción de andrógenos, ya que deriva no sólo del metabolismo de éstos sino también del cortisol y la cortisona".

Por otra parte, no existe acuerdo en los resultados ni siquiera en algo que es teóricamente tan fácilmente objetivable como los niveles hormonales. Nestoros (92) apunta que "al contrario que Brambilla y Penati, que hallaron bajos los niveles de 17-cetosteroides y que Tournay y Hatfield, que los hallaron normales, Matsumoto et al. hallaron que la excreción urinaria de 17-cetosteroides en esquizofrénicos no tratados era consistentemente más alta que en los controles normales. Por tanto, el efecto de la enfermedad esquizofrénica sobre el metabolismo de los andrógenos resulta controvertido. Sin embargo, la posibilidad de que la psicosis por sí misma pueda influir sobre la conducta sexual cambiando los niveles de los andrógenos

circulantes, es una hipótesis interesante que debe ser probada en ensayos controlados".

Rinieris et al. (120) estudiaron la prolactina, la hormona luteinizante, la testosterona y el estradiol en un grupo de pacientes masculinos esquizofrénicos paranoides con ideas delirantes de contenido homosexual, comparándolos con un grupo de esquizofrénicos sin ideas de contenido homosexual y con un grupo de hombres sanos heterosexuales. Los pacientes se mantuvieron sin medicación la seis semanas previas al estudio. El grupo de pacientes con ideas de contenido homosexual mostró unos niveles de prolactina más bajos y de estrógenos más altos que el grupo de pacientes sin ideas homosexuales y que el grupo control. Los autores hipotetizan con la posibilidad de que esto sea debido a un aumento de actividad dopaminérgica en estos pacientes.

La misma hipótesis es revisada por Cacabelos (121), quien señala que "si efectivamente en la esquizofrenia hay un tono dopaminérgico, que también afecte al TIDA (sistema dopaminérgico tuberoinfundibular), y asumiendo que la dopamina es uno de los principales agentes inhibidores de la liberación de prolactina, el resultado neto de las determinaciones de prolactina en la esquizofrenia debería reflejar bajos niveles de prolactina; sin embargo, la mayoría de los estudios no confirman esta hipótesis; los resultados son contradictorios y tanto se pueden encontrar bajos niveles de prolactina como niveles normales en pacientes esquizofrénicos".

Barabash et al. (122) señalan que "en la gran mayoría de los estudios realizados, tanto en esquizofrénicos agudos como en crónicos, la prolactina basal se encuentra en los límites normales y no difiere con los controles...Curiosamente, en todos los estudios existe un pequeño grupo, que representa un 20% de los pacientes, que tienen niveles elevados de prolactina". Los autores

sugieren que tal vez el sistema TIDA no sea un verdadero reflejo de lo que sucede en los sistemas dopaminérgicos mesotelencefálicos, que son los que parece que están realmente alterados en la esquizofrenia.

Ban (123) se aleja del terreno endocrinológico, señalando que, aunque no existe información sobre diferencias sexuales en los distintos subtipos de esquizofrenia, si parecen existir diferencias si dividimos a la población esquizofrénica según los niveles de histamina en sangre. De este modo, "los pacientes con bajos niveles de histamina (50% de los esquizofrénicos) se caracterizarían por la eyaculación o el orgasmo retardados, mientras que los pacientes con altos niveles de histamina (20%), por la eyaculación precoz".

No existe bibliografía sobre la influencia de las diferencias psicológicas (a nivel de pensamiento, lenguaje y procesamiento de la información) sobre la sexualidad. Sólo unos autores valoran estas diferencias y lo hacen desde el punto de vista de las teorías psicoanalíticas. Berardi y Garske (124) compararon las respuestas de 14 pacientes esquizofrénicos ambulatorios varones con las de 16 varones normales ante 26 diapositivas, de las que 13 tenían un contenido sexual y 13 eran neutras. El resultado más significativo fue que los esquizofrénicos miraban el estímulo sexual durante un tiempo significativamente mayor que los normales. Según los autores, "esto es consistente con la hipótesis derivada de la psicología del ego, según la cual el mayor interés en los estímulos sexuales sería la consecuencia de unas defensas disminuidas respecto a los normales. Aparentemente, los esquizofrénicos no regularon su estimulación sexual terminando sus observaciones como hicieron los sujetos normales. Este hecho va en contra de lo predicho por las teorías de la activación, según la cual los esquizofrénicos mirarían durante menos tiempo al estímulo sexual por una tendencia

a inhibir la estimulación activadora mediante respuestas de evitación".

Las investigaciones efectuadas hasta la actualidad no son capaces de proporcionar ningún dato fisiológico que de forma clara y rotunda marque una diferencia entre la sexualidad de un individuo esquizofrénico y otro sano. Posiblemente las diferencias hormonales, que han sido las más estudiadas, no son suficientemente determinantes como para establecer diferencias en el funcionamiento sexual. Por el momento debemos conformarnos con investigar si las diferencias fisiológicas halladas a otros niveles influyen sobre la sexualidad de forma indirecta, es decir, estudiando la sexualidad del individuo esquizofrénico antes de la aparición de la enfermedad.

3.4 FUNCIONAMIENTO SOCIOSEXUAL PREMÓRBIDO

Uno de los aspectos que ha despertado más interés en el estudio de la sexualidad en la esquizofrenia ha sido el del ajuste sexual premórbido. Ello es debido a varios motivos. En primer lugar, el posible valor predictivo que pueden poseer las alteraciones del comportamiento en esta fase, tanto de cara a la posibilidad de aparición de una esquizofrenia, como del curso de la misma. En segundo lugar, porque el estudio de la sexualidad en esta fase previa a la eclosión de la enfermedad, puede ayudarnos a comprender aspectos fisiopatológicos que posteriormente quedarán enmascarados por la misma sintomatología, por la terapéutica empleada y por la alteración social que comporta.

3.4.1 Validez de los datos

Los intentos de sistematizar el estudio de la sexualidad en dicha etapa de la vida del individuo esquizofrénico se han visto

obstaculizados, sin embargo, por la dificultad en la obtención de datos con validez suficiente.

Small et al. (125), revisan la fiabilidad de dos de las escalas usadas comúnmente en esquizofrenia, la PAAS (Premorbid Asocial Adjustment Scale) de Gittelman-Klein (126), que mide el funcionamiento social y sexual durante la infancia y la adolescencia y la LFS (Levels of Functioning Scale) de Strauss y Carpenter (127), que evalúa el funcionamiento social actual. Los autores hallan que, mientras la LFS posee una correcta validez y fiabilidad, la PAAS presenta una muy baja fiabilidad entre informadores. Small et al. señalan que la información obtenida mediante recuerdos del pasado posee poca validez, tanto si proviene del propio individuo, como si es obtenida a través de familiares, ya que estos recuerdos están influenciados por los rasgos de la personalidad adulta y por lo que se considera normal o apropiado en el momento de la recogida de datos. Los autores concluyen que los datos sobre ajuste social previo a la enfermedad deben ser tomados con mucha cautela y que, según sus resultados, los datos de mayor validez tienden a ser los de pacientes más jóvenes y los que se basan en aspectos específicos del funcionamiento premórbido psicosexual.

3.4.2 Personalidad y conducta sexual premórbida

Numerosos autores revisan las descripciones clínicas de los clásicos respecto a la personalidad previa de los pacientes esquizofrénicos. Gittelman-Klein y Klein (126) citan a Kraepelin, que en 1919 fue de los primeros en señalar las características de personalidad en la primera infancia de los pacientes esquizofrénicos. Kraepelin comenta unos rasgos, más frecuentemente comunicados en hombres, que de niños "exhibían una disposición tranquila y tímida, no hacían amigos y

vivian sólo para sí mismos". Según los autores, tanto Kraepelin como Bleuler y Kretschmer, creían que estos trastornos tempranos eran los primeros signos de la enfermedad. La opinión de que los esquizofrénicos presentaban un pobre nivel social y sexual, repetidamente comunicada a principios de siglo, se ha venido manteniendo y ha sido demostrada como cierta hasta la actualidad. Henry Ey (128) señala que "está admitido que alrededor de la mitad de los esquizofrénicos mostraba, antes de la enfermedad, los rasgos de la personalidad esquizoide". Akhtar y Thomson (129) apuntan la "apatía sexual en el estilo de vida premórbido de los esquizofrénicos".

Lewine, Watt y Fryer (130) estudian el ajuste social según tres subtipos de esquizofrenia, hallando que los esquizoafectivos mostraban el nivel más alto de competencia, seguidos por los paranoides y quedando los indiferenciados con el nivel más bajo de competencia social.

Lewine et al. (131), en un estudio en que comparan la competencia social en la infancia de esquizofrénicos, pacientes con trastornos de personalidad, neuróticos y controles, hallan que los niños pre esquizofrénicos puntúan más bajo que los normales o los hospitalizados por otros trastornos psiquiátricos en una escala de competencia social durante la infancia. Según los autores, esto es atribuible a unas pobres habilidades interpersonales, ya que no se hallan diferencias en medidas académicas o cognitivas. Parece, por tanto, que podría haber "una diferencia cuantitativa en el nivel de funcionamiento interpersonal que precediera a la manifestación clínica de la esquizofrenia, aunque no sabemos aún si sería un factor de futura susceptibilidad al trastorno, o más bien sería un proceso esquizofrénico incipiente, no clínico, previo a la aparición de los síntomas".

Raboch (132) compara cinco grupos de pacientes psiquiátricas, (51 pacientes con esquizofrenia, 50 con psicosis maniaco-depresiva, 50 con neurosis, 30 con personalidad histérica y 20 con anorexia nerviosa) con un grupo control, evaluando el desarrollo sexual a través de una escala de 12 ítems, que va desde el primer interés por el sexo opuesto hasta el primer matrimonio. Halla que las pacientes esquizofrénicas van retrasadas en el tiempo respecto a las controles en su desarrollo sexual. En un estudio previo, el mismo autor no halló relación entre este retraso y la estructura premórbida de la personalidad. Raboch apunta la hipótesis de un posible factor biológico, como podría ser una inmadurez del sistema dopaminérgico.

Lehman (133), señala que uno de los síntomas casi patognomónicos de la esquizofrenia temprana en varones adolescentes y jóvenes adultos es frecuentemente la ausencia de cualquier interés en los contactos hetero u homosexuales, en emparejarse o en cualquier otra forma de socializarse.

McEvoy (134) señala, refiriéndose a la función sexual premórbida, que muchos individuos preesquizofrénicos llevan una vida social empobrecida y retraída, en relación a los individuos de su misma edad, "quizás debido a déficits subclínicos que presagian la enfermedad". El autor reproduce una cita de M. Bleuler, que en 1978 afirmaba: "La vida sexual prepsicótica de los esquizofrénicos no difiere apreciablemente de la que presenta la media de población. En tanto que existiendo diferencias, éstas consisten en una cierta mayor frecuencia de conducta sexual restringida. Sin embargo, esta diferencia se limita al hombre, y no existe o no es apreciable entre las mujeres". McEvoy cita también un estudio en el que se valora el ajuste social en los 2 a 4 meses previos al ingreso por un primer episodio psicótico y se compara con un grupo de controles. En el grupo de edad de 21 a 30

años, casi dos tercios de los esquizofrénicos no habían tenido una relación heterosexual continuada (más de seis meses), frente a sólo el 15% de los controles. Finalmente, el autor señala que "no está claro si los individuos preesquizofrénicos presentan un interés sexual disminuido, o si la espantosa (sic) tarea de aproximarse o atraer a una pareja potencial amenaza la frágil integridad de sus procesos perceptivos y cognitivos".

Es difícil responder a la cuestión que plantea McEvoy, aunque los estudios que evalúan conductas y rasgos sexuales concretos darían más apoyo a un déficit social más que estrictamente sexual, ya que, por una parte, se ha demostrado una responsividad sexual a un mayor número de estímulos en sujetos preesquizofrénicos y, por otra, un elevado porcentaje de pacientes mantiene actividades sexuales de tipo autoerótico.

Frost y Chapman (135) valoran la posible asociación entre determinados rasgos sexuales y la predisposición a presentar una esquizofrenia. Según sus resultados, los individuos que obtienen una puntuación más elevada en dos escalas de propensión a la psicosis, refieren una mayor "sexualidad polimorfa" que los controles. Esta sexualidad polimorfa es definida por los autores como una "responsividad sexual que se manifiesta de muchas formas dentro del espectro de conducta sexual, excitación y fantasías". Los autores puntualizan que la sexualidad polimorfa se conceptualiza como un rasgo permanente y no como un fenómeno episódico como pueda ser el aumento de impulso sexual o la hipersexualidad de un paciente maniaco. Por ello consideran que "la sexualidad polimorfa es específica de la predisposición a la esquizofrenia".

En el trabajo de Verhulst y Schneidman (96), sobre 20 esquizofrénicos jóvenes la edad de inicio de la masturbación es similar a la de la

población general y la frecuencia de masturbación antes de la enfermedad es igual o incluso mayor. Resultados parecidos se hallan en el estudio de Friedman y Harrison (94), sobre 20 mujeres esquizofrénicas y 15 controles y en el de Rodríguez de Molina y cols. (99) sobre 113 esquizofrénicos hospitalizados. En este último destaca un elevado porcentaje (25,9%) entre los esquizofrénicos, de "coitos homosexuales" antes de la aparición de la enfermedad, mientras que el porcentaje referido de coitos heterosexuales antes de la enfermedad es del 37% para los hombres y 37,5% para las mujeres.

Resultados sensiblemente inferiores son comunicados por Nestoros y Lehman (136), quienes compararon la sexualidad premórbida de 50 pacientes esquizofrénicos masculinos con la de 36 varones normales en su adolescencia, obteniendo los siguientes datos: El 68% de los pacientes comunicaron frecuentes necesidades sexuales, frente al 97% de los controles; sólo un 8% de los pacientes mantuvieron actividad heterosexual antes de la enfermedad, frente a un 58% de los varones normales en su adolescencia; un 76% de los pacientes mantuvieron como actividad sexual preferente el autoerotismo, frente al 19% de los controles. Finalmente, un 14% de los pacientes, frente a ninguno de los individuos normales, comunicaron que no mantenían ningún tipo de actividad o ideación sexual antes de la aparición de la enfermedad.

Ninguna actividad sexual en el periodo premórbido es también referida por el 7,4% de los hombres y el 37,5% de las mujeres en la muestra de Rodríguez de Molina.

Por otra parte, parece existir también una mayor incidencia de disfunciones sexuales en la etapa premórbida de los esquizofrénicos. Este extremo será abordado posteriormente en el apartado sobre disfunciones sexuales.

3.4.3 Experiencias sexuales traumáticas

Un dato que aparece repetidamente en los estudios de sexualidad premórbida y que resulta de difícil explicación es la mayor frecuencia de abusos sexuales durante la infancia y adolescencia en pacientes esquizofrénicos.

En el estudio de Verhulst (96), de 12 pacientes femeninas, cuatro habían sido víctimas de violación y dos habían sufrido abusos sexuales durante la infancia, una por parte de un pariente y otra de un vecino.

En el de Friedman y Harrison (94) las pacientes esquizofrénicas "aprendieron acerca del sexo" significativamente más temprano que las mujeres normales. La incidencia de abusos durante la infancia era significativamente mayor entre las pacientes (60%) que entre las controles (13,4%). Esta diferencia se mantenía después del inicio de la sintomatología psicótica franca. Estos abusos consistían en ser violadas o acariciadas "contra sus deseos". Para la mayoría de pacientes, esto ocurrió dentro de una relación estrecha con el agresor. El 50% de las esquizofrénicas habían sido violadas "al menos una vez", y la mitad de éstas, más de una vez. Curiosamente, la mayoría de las pacientes que fueron objeto de abuso explicaban que "tuvieron la culpa", "no tomaron precauciones" o cometieron un "estúpido error".

Finalmente, en el trabajo de Rodríguez de Molina y cols.(99), un 29,7% de pacientes esquizofrénicos varones refirió haber tenido experiencias sexuales traumáticas durante su infancia o adolescencia (un 7,4% abusos deshonestos y un 14,8% violación homosexual), mientras que el porcentaje de esquizofrénicas que sufrieron experiencias traumáticas alcanzó el 37,5% (un 25% abusos deshonestos y un 12,5% violación heterosexual).

3.4.4 Curso y pronóstico

Uno de los factores más frecuentemente asociado al pronóstico de la esquizofrenia es el grado de adaptación social y sexual antes de la aparición de la enfermedad (126)(137)(138). Numerosos autores han estudiado este tema. Nos referiremos básicamente a los que han incluido en su valoración escalas de ajuste sexual premórbido.

Gittelman-Klein y Klein (126) estudiaron el ajuste social y sexual premórbido de un grupo de esquizofrénicos así como su valor pronóstico. Se observó un peor ajuste preadolescente en varones que en mujeres, mientras que esta diferencia no era significativa durante la adolescencia. El nivel de funcionamiento global premórbido muestra una distribución bimodal, de manera que hay dos grupos de pacientes más o menos definidos en torno a su ajuste social, que los autores definen como el grupo con personalidad esquizoide y el grupo sin personalidad esquizoide. El ajuste posthospitalario, medido en términos de número de rehospitalizaciones, duración de los ingresos, ajuste ocupacional, parasitismo y aislamiento social, tiende a ser menor en varones del grupo con personalidad premórbida esquizoide. El ajuste global premórbido correlaciona significativamente con todas las variables de resultados, lo cual indica que a menor ajuste social premórbido, menor es la probabilidad de recuperación de un episodio esquizofrénico y de mantenerse adecuadamente y de forma autónoma en la comunidad.

Bromet et al. (137) comparan dos grupos de pacientes psiquiátricos, uno compuesto por 33 esquizofrénicos y otro por 44 no esquizofrénicos, hallando que los factores premórbidos y mórbidos estudiados (ajuste social y sexual previo, edad en la primera hospitalización, estresores precipitantes y estado marital) son predictores del curso en el grupo de

esquizofrénicos, pero no en el resto de pacientes psiquiátricos. Los autores hacen hincapié en la importancia pronóstica del estado marital, dando tres explicaciones posibles al hecho de existir un pronóstico más favorable entre los esquizofrénicos casados: (1) la "auto-selección", por la cual estar casado podría indicar un funcionamiento social más adecuado, que permitiera la elección de pareja y el matrimonio antes de la enfermedad y, por lo tanto, una mayor competencia social subsecuente; (2) estar casado y presentar una psicosis a una edad más avanzada permitiría un mayor tiempo y más oportunidades de desarrollar habilidades sociales antes de la psicosis, con el consiguiente uso de estas habilidades tras la hospitalización; y (3) las demandas y el papel requerido por el hecho de estar casado, que podrían conducir a un funcionamiento social más alto. En su trabajo parece tener más apoyo la primera de las hipótesis.

En el trabajo de Lewine, Watt y Fryer (130), citado anteriormente, se confirman los resultados anteriores entre los pacientes masculinos, pero no entre los femeninos. Al comparar los tres grupos de pacientes (esquizaofectivos, paranoides e indiferenciados), hallan que, entre los hombres, el curso es peor para aquellos con funcionamiento social premórbido más pobre, de modo que la hospitalización es más corta para los esquizaofectivos, seguidos por los paranoides y más larga para los indiferenciados. En cambio, entre las mujeres, las esquizaofectivas tienen el peor curso. Los autores plantean la posibilidad de que existan errores de planteamiento en su estudio que expliquen estos resultados, aunque creen que deben ser estudiadas más ampliamente las diferencias en el curso y pronóstico según el sexo y el subtipo de esquizofrenia.

Small et al. (139) llaman la atención sobre la escasa validez de los datos recogidos sobre

la etapa premórbida y dan más valor a datos sociales actuales, como el estado marital. A pesar de ello, en su estudio concluyen que, de la escala de ajuste social premórbido de Gittelman-Klein y Klein, la subescala de ajuste sociosexual es la única con una fiabilidad adecuada.

Basándose en estos datos, Keefe et al. (138) estudian un grupo de 69 esquizofrénicos crónicos con grave deterioro social y comparan el funcionamiento sociosexual premórbido -mediante la escala de Gittelman-Klein y Klein- con medidas de la asimetría ventricular, presencia de síntomas negativos y respuesta al tratamiento con Haloperidol. Los autores hallan que un nivel más bajo de actividad social y sexual antes del inicio de la esquizofrenia correlaciona significativamente con un peor funcionamiento social y ocupacional actual, con mayor psicopatología, con mayor gravedad de síntomas negativos, con menos síntomas positivos y con mayor asimetría ventricular (medida mediante Tomografía Axial Computerizada). La puntuación en la escala de funcionamiento sociosexual premórbido no correlacionó con la edad, la edad de inicio de la enfermedad, el número de hospitalizaciones psiquiátricas, el tiempo total en hospitales, el número de años enfermo, el nivel educacional o la respuesta al tratamiento con haloperidol. Los autores señalan que la correlación entre los síntomas negativos actuales, el mal funcionamiento social y el nivel global actual de psicopatología, con un pobre funcionamiento sociosexual premórbido, es consistente con el concepto de que los pacientes esquizofrénicos con un deterioro social más acusado, no difieren de los otros pacientes esquizofrénicos por un mayor deterioro social tras el inicio de su psicosis, sino como resultado de una serie de factores disposicionales, que ya estaban presentes antes del inicio de la enfermedad. De todos modos, apuntan los autores, son poco conocidos los posible

factores biológicos y psicofisiológicos asociados con el mal funcionamiento social premórbido y el posterior deterioro social grave en los pacientes esquizofrénicos.

Kelley et al. (140) confirman la correlación existente entre un mal funcionamiento social premórbido y la presencia posterior de síntomas negativos, en un grupo de 63 esquizofrénicos masculinos no medicados. Con ello, logran demostrar que el síndrome deficitario persiste independientemente de los efectos de la medicación. Según los autores, un deterioro en la función premórbida es específico de los síntomas negativos y no de la patología esquizofrénica como un todo, ya que las variables premórbidas no correlacionan con los síntomas positivos.

Tal como hemos visto, existen importantes dificultades metodológicas a la hora de estudiar la adaptación social y sexual premórbida y su relación con el pronóstico de la enfermedad. Estas dificultades vienen impuestas, tanto por la dificultad en obtener datos fiables, como por la falta de unidad de criterios en la terminología: "Deterioro, recuperación, mejoría, remisión, curación, progresividad, etcétera, son categorías que, a falta de una definición que las universalice, no permiten unificar criterios" (25). A pesar de ello, parece evidente que existe una alteración previa a la enfermedad en un porcentaje elevado de pacientes.

Deberíamos distinguir, sin embargo, dos problemas que no quedan suficientemente aclarados. Por una parte, si todos los estudios que relacionan el funcionamiento "sociosexual" previo, podrían replicarse valorando únicamente el funcionamiento "sexual" previo, sin los aspectos sociales y relacionales de la sexualidad, ya que ello nos proporcionaría una idea más clara del estado fisiológico de la función sexual previo a la aparición de la enfermedad. Por otra parte, destaca el que

esta alteración "sociosexual" se halle en unos pacientes y no en otros, lo cual refuerza la teoría de los síndromes positivo y negativo. Parece evidente que, cuando Gittleman-Klein y Klein (126) describen sus resultados explicando que el funcionamiento premórbido de su muestra sigue una distribución bimodal, se están refiriendo a lo que posteriormente Crow conceptualizaría como estos dos síndromes. Sería de interés, pues, estudiar la función sexual premórbida respecto a estos dos tipos de pacientes esquizofrénicos, ya que aquí, posiblemente, se hallarían las diferencias psicofisiológicas que nos ayudarían a comprender la relación existente entre la esquizofrenia y la sexualidad en la etapa premórbida.

3.5 CONDUCTA SEXUAL EN LA ESQUIZOFRENIA

Tal como expresábamos en la Introducción a este apartado, los estudios controlados sobre la conducta sexual de los esquizofrénicos son escasos. El problema, sin embargo, no es tanto de escasez, sino de falta de uniformidad. Los estudios adolecen de una unidad de criterios que los haga mínimamente comparables. Esto se traduce en que cada autor investiga unos parámetros sexuales -ya de por sí poco definidos- distintos, en distintos tipos de pacientes, tanto a nivel de sexo, edad, grado de cronicidad, sintomatología o situación clínica.

Prácticamente, la única forma de agrupar los diversos trabajos y descripciones clínicas es en torno a dos grandes bloques. Por una parte, aquellos cuyos autores sostienen o demuestran que la sexualidad está generalmente disminuida en los pacientes esquizofrénicos, o que en la esquizofrenia existe una alteración nuclear, indisolublemente unida a la enfermedad, de la conducta sexual. Por otra, los trabajos de los autores que opinan o intentan demostrar lo contrario, afirmando que la conducta sexual de los

esquizofrénicos no difiere sustancialmente de la del resto de los individuos.

3.5.1 Hiposexualidad en la esquizofrenia

En general, los autores de corte psicoanalítico, cuyos trabajos son descriptivos o en base a "observaciones clínicas", mantienen un peor concepto sobre la sexualidad en la esquizofrenia que aquellos que basan sus afirmaciones en estudios controlados. Un ejemplo de los primeros es Lillo (141), quien considera que existen numerosas "inadecuaciones y alteraciones de la identidad sexual del esquizofrénico, hasta el punto de que las consideraciones sobre la sexualidad tanto en pacientes neuróticos como en personas normales, no se adecuan en absoluto al caso de aquellos". Según el autor, "estas situaciones no sólo se presentan en situaciones de brote, sino que son constitutivas de la personalidad global del esquizofrénico, aunque encuentre en el brote su eclosión y donde se observan sus manifestaciones más sorprendentes". Para Lillo, "en la conducta sexual real de los pacientes esquizofrénicos, se puede observar la casi total ausencia de prácticas sexuales"; "el paciente en realidad no siente ningún deseo. Simplemente imita lo que se acostumbra a hacer con una mujer"; "la ausencia de actividad genital plena hace que en muchos casos el paciente la supla con las manifestaciones delirantes o utilizando sus fantasías como elementos de realidad". Sus conclusiones son: "1. Que en la mayoría del grupo de pacientes estudiados se observa una escasa o nula actividad sexual; 2. Que si aparece un comportamiento sexual, presenta tales características que se puede definir como conducta sexual imitativa; 3. Que el paciente toma muchas veces como reales, conductas y actividades sexuales que sólo existen en su fantasía".

Akhtar et al. (142) hallaron que, en una muestra de 34 pacientes ingresados que

habían mantenido interacciones sexuales públicas, los pacientes con esquizofrenia se hallaban subrepresentados, resultando que los pacientes con trastornos de personalidad y subnormalidad iniciaban actos sexuales mucho más a menudo que los esquizofrénicos, maniaco-depresivos o pacientes con síndrome orgánico cerebral. Los autores describen el tipo de interacciones sexuales de los pacientes de su muestra, ingresados en una planta de psiquiatría de un hospital general: "La mayoría de los incidentes consistían en besos y abrazos entre dos pacientes del sexo opuesto. Las relaciones sexuales ocurrían con menos frecuencia y las homosexuales menos aún. El 66% de los incidentes ocurrían durante la tarde-noche en la habitación del paciente. La mayoría de estos incidentes (91%) eran descubiertos por enfermeras que muy frecuentemente reaccionaban enfadándose con los pacientes implicados. Esta respuesta era, según las enfermeras, correcta, porque el hecho suponía un desafío hacia su autoridad".

Akhtar y Thomson (93), llevaron a cabo una revisión de la literatura relativa a la conducta sexual en la esquizofrenia, señalando que algunos autores comunican una elevada incidencia de celibato, reticencias hacia el matrimonio, una frecuencia mayor de lo esperado de separaciones y divorcios, baja fertilidad y falta de interés y de actividad sexual. Según los autores, esto no sería tan sólo debido al curso de la enfermedad, sino también a la desocialización que suponen las numerosas hospitalizaciones, déficits motivacionales y disfunciones inducidas por los fármacos. "Algunos observadores (102) consideran la masturbación como la última actividad sexual que se afecta por esta apatía". Según Akhtar y Thomson, los esquizofrénicos presentan inicialmente un incremento en su actividad sexual, que va disminuyendo progresivamente durante el curso de la enfermedad hasta convertirse en una marcada hiposexualidad.

Lehman (133), en la misma línea, aunque valorando más los aspectos sociales que sexuales, señala que "un rasgo nuclear de la psicopatología esquizofrénica es la poca habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales, conduciendo a un aislamiento social y a una conducta autista. Como consecuencia, los esquizofrénicos pueden no sentir la necesidad de encontrar una pareja sexual. Ello puede explicar la baja incidencia de estado marital, especialmente entre hombres, la baja fertilidad antes de la farmacoterapia y la generalmente comunicada hiposexualidad de los pacientes esquizofrénicos".

Un numeroso grupo de autores coincide en hallar una heterosexualidad disminuida, pero una autosexualidad aumentada.

Nestoros y Lehman (136) señalan que "el funcionamiento sexual del esquizofrénico crónico, medicado, gravemente enfermo y hospitalizado es diferente del de los controles normales en muchos aspectos de la sexualidad humana". Según los autores, las diferencias existen incluso en el estado premórbido (ver apartado de sexualidad premórbida), aumentan con el inicio de la enfermedad mental y el tratamiento neuroléptico y tienden a empeorar progresivamente con la edad. En su estudio, anteriormente citado, el tipo predominante de actividad sexual en el último año, fue heterosexual para el 86% de los sujetos normales, mientras que la actividad heterosexual estaba presente en sólo el 2% de los pacientes. En este período de tiempo, el tipo predominante de actividad sexual fue autoerótica para el 34% de los pacientes, en contraste con sólo el 6% de los controles. El 34% de los pacientes comunicaron que no iniciaron ningún tipo de ideación o actividad sexual durante el último año, mientras que ninguno de los sujetos normales dio este tipo de respuesta.

Los mismos autores (92), en una revisión, apuntan que "de acuerdo con Rado, hay

pocas dudas de que las diferencias sexuales entre esquizofrénicos y los otros seres humanos son fundamentales", que "estas diferencias existen a lo largo de todo el ciclo vital" y que "los conceptos sexuales derivados del estudio de individuos sanos y neuróticos no pueden ser aplicados indiscriminadamente al esquizofrénico". "La sexualidad en el esquizofrénico debe ser estudiada separadamente y en sus propios términos".

Lyketsos y cols. (143) compararon el comportamiento sexual de una muestra de 113 pacientes esquizofrénicos crónicos hospitalizados con un grupo de 106 controles. La mayoría estaban solteros (80%), el 16% estaban viudos o divorciados y sólo el 5% de los pacientes estaban casados. Entre los controles, el 25% estaban solteros, el 23% viudos o separados y el 52% casados. Tras dividir la muestra en ocho grupos según edad, sexo y paciente o control, analizan tres datos que consideran determinantes de la actividad sexual: el interés por la sexualidad, la frecuencia de coito y la satisfacción sexual. Los grupos de controles superaron significativamente a los esquizofrénicos en todos los parámetros, excepto el grupo de mujeres mayores en el parámetro de interés por el sexo.

Dividiendo la muestra de pacientes en dos grupos según la gravedad de su psicopatología, no hallaron diferencias significativas en cuanto a frecuencia de relaciones y de satisfacción sexual.

Según el tiempo de hospitalización sí existieron diferencias. Los pacientes de corta estancia (menos de 5 años), tenían más relaciones sexuales, fantasías y sueños sexuales que los de larga estancia.

En el estudio de Friedman y Harrison (94), el 40% de las pacientes comunicaron no tener relaciones sexuales, frente a sólo el 6,7% de las controles. Sólo 45% de las esquizofrénicas

cas, comparado con el 86,7% de las controles, se declararon "moderadamente o muy satisfechas acerca de sus relaciones sexuales".e incluso a otras desviaciones..."

3.5.2 Conducta sexual normal en la esquizofrenia

Otro grupo de autores, menos numeroso que el anterior, tiende a opinar que la conducta sexual en la esquizofrenia no es muy distinta de la que podría presentar cualquier individuo.

Winokur y cols. (144), compararon un grupo de mujeres neuróticas y otro de psicóticas con uno control. El grupo de psicóticas estaba formado en un 64% por esquizofrénicas, diagnosticadas de depresión psicótica un 12%, depresión involucional 12%, trastorno bipolar en fase depresiva 4%, trastorno bipolar en fase maníaca 4% y trastorno paranoide 4%. El objetivo del estudio era determinar la significación de algunos factores sexuales en la enfermedad.

No encontraron diferencias entre los grupos en cuanto a la frecuencia del orgasmo. El 40% del grupo psicótico informaba alcanzar el orgasmo el 100% de las ocasiones que tenían relaciones sexuales, un 10% lo alcanzaba el 25% de las veces, el 20% la mitad de las veces y un 30% el 25% de las veces.

En cuanto a la frecuencia de relaciones sexuales, el 38% de las psicóticas las tenían con una frecuencia inferior a una por semana. Lo mismo ocurría en el 20% de las neuróticas y el 15% de las controles. Esta diferencia era significativa entre psicóticas y controles, así como entre psicóticas y neuróticas. Esta diferencia no puede ser explicada porque haya menos psicóticas casadas, ya que en el momento del estudio la incidencia de casadas era incluso menor en las mujeres neuróticas que en psicóticas.

No existieron diferencias en cuanto a satisfacción en el coito, aunque la satisfacción sexual en general era menor entre las psicóticas.

A pesar de la menor frecuencia de relaciones sexuales y de la menor satisfacción sexual global entre psicóticas, los autores concluyen que "medidas tales como la frecuencia de orgasmo, la dispareunia y la satisfacción en el coito, son tan similares entre los grupos que plantean la cuestión de si poseen algún valor, por ellas mismas, en el reconocimiento de los trastornos psiquiátricos. No hay razón para creer que los grupos de neuróticos y psicóticos puedan ser distinguidos de los controles mediante las variables que habitualmente consideramos que indican ajuste sexual".

Nestoros (92), cita en su revisión la opinión de Arieti, quién en 1975 afirma: "la vida sexual del esquizofrénico no tiene nada específico que no pueda ser repetido por los no psicóticos". Según Nestoros, este punto de vista es apoyado por numerosos casos que ilustran que las prácticas sexuales inusuales y peculiares no están de ningún modo circunscritas a los individuos psicóticos.

Otro trabajo citado por Nestoros es el de Lukianowicz, quién, en 1963, investigó la "dirección del impulso sexual" (heterosexual vs. homosexual) y la frecuencia de actividad sexual en un grupo de 100 pacientes masculinos ingresados, tratados por esquizofrenia de menos de dos años de duración y los comparó con un grupo control de 100 hombres normales y un segundo grupo control de 100 pacientes depresivos. Halló que los individuos esquizofrénicos, no sólo mantenían su impulso sexual premórbido y su particular dirección, sino que existía un marcado incremento tanto en el deseo sexual como en la actividad sexual actual. La frecuencia de actividad autoerótica en los hom-

bres esquizofrénicos era de dos a tres veces superior a la de los controles normales. Asimismo, la frecuencia de coito heterosexual era superior, tanto en comparación con su propio nivel premórbido, como con los controles.

Collins y Kellner (97) señalan que la contradicción en los hallazgos de Lukianowicz y Nestoros son debidos a que éste estudió enfermos crónicos graves y con mal pronóstico, mientras que el primero estudió pacientes con una enfermedad de menos de dos años de evolución.

Skopec et al. (95), en una revisión sobre la conducta sexual en la esquizofrenia, consideran que "muchos esquizofrénicos no son muy distintos de los individuos normales en términos de su conducta heterosexual. Lo que es más sorprendente clínicamente, y más distintivo del síndrome, es la forma en que el paciente esquizofrénico expresa y usa la sexualidad". Los autores consideran que la sexualidad de los pacientes esquizofrénicos es "normal o reducida" cuando se compara con la de la población general. Al mismo tiempo, señalan que, a pesar de que muchas preocupaciones y delirios del esquizofrénico se centran en temas sexuales, "parece haber poca disposición a actuar de acuerdo con ellos. De hecho, a pesar de haber una intensa preocupación intelectual por estos temas, la actividad sexual es reducida, siendo en su mayor parte expresada a través de la fantasía o la masturbación".

Verhulst y Schneidman (96) estudian un grupo de 20 pacientes, 8 hombres (edad media 24 años) y 12 mujeres (edad media 33), ingresados voluntariamente en una unidad de agudos de un Centro que atiende una población de clase social baja y multiétnica. Según sus datos, los hombres iniciaron la masturbación entre los 12 y los 15 años. Ocho mujeres la iniciaron entre los 10 y los

20, mientras que cuatro empezaron a masturbarse a los 30 años o más tarde. Un hallazgo interesante fue que 3 pacientes (un hombre y dos mujeres) utilizaban la masturbación para contrarrestar los efectos extrapiramidales de los neurolépticos. Uno de ellos afirmaba que era útil contra las diskinesias y dos la usaban contra la acatisia. Todas las mujeres y seis de los hombres habían tenido relaciones heterosexuales, aunque dos mujeres se confesaban homosexuales en el momento del estudio.

Los autores señalan que "los hallazgos sobre la frecuencia de masturbación son muy similares a los descritos en la población general, y pueden ser considerados en contradicción con la hipótesis de una inhibición estructural de la sexualidad en los esquizofrénicos". Según Verhulst y Schneidman, las relaciones de pareja descritas por los pacientes muestran rasgos que pueden ser explicados por una falta de habilidades sociales. Los pacientes masculinos se hallan relativamente aislados, ya que hallan dificultades en acercarse y relacionarse a parejas potenciales. Las pacientes esquizofrénicas responden ante sus parejas, pero son incapaces de mantener una relación estable y se van aislando a medida que su atractivo disminuye.

En un trabajo descriptivo en el que no se valora la frecuencia de relaciones sexuales, sino el tipo, Modestin (145) estudia las interacciones sexuales entre un grupo de pacientes psiquiátricos agudos ingresados. Sobre una población de 1060 pacientes, seguida durante un año, halla 16 pacientes (1,5%) implicados en nueve episodios de inequívocas interacciones sexuales.

En base a estas observaciones, el autor clasifica en tres tipos las interacciones sexuales entre pacientes psiquiátricos agudos, señalando que el tipo de interacción adopta-

do por cada paciente, no depende tanto del diagnóstico, como de la historia de cada paciente y de su anterior vida sexual.

Tipo 1: Interacción sexual similar a la normal. Los pacientes se conocen en el hospital, se gustan y se aproximan el uno al otro sutilmente, dentro de lo que el entorno les permite. Posteriormente, el personal ya tiene noticia de algunos contactos eróticos públicos, que son aceptados por la comunidad y son similares a los observados en personas de la misma edad fuera del hospital. Consecuentemente, la pareja busca privacidad para un contacto más íntimo. Después de tener contacto sexual, ambos parecen desear la continuación de esa relación.

Tipo 2: Interacción sexual de expansividad pronunciada, pero evitando contacto genital. La relación es iniciada por uno de los implicados, y terminada tan pronto como mejora el estado clínico del sujeto. Las interacciones son llamativas, excesivamente abiertas, y transgrediendo el límite de lo que es aceptado socialmente entre individuos de esta edad. Sin embargo no tiene lugar contacto genital. Según la interpretación psicodinámica del autor, los sujetos involucrados en este tipo de interacción "no han llegado al nivel genital del desarrollo psicosexual, evitándolo desde el principio siguiendo inhibiciones internas extremas". Estos individuos son menos asertivos que aquellos que siguen el primer patrón.

Tipo 3: Interacción sexual reducida exclusivamente a coito. La pareja lleva a cabo una relación sexual sin tener en consideración el entorno situacional. El acto sexual está aislado de otro tipo de implicación, no habiendo una relación interpersonal real. No hay una elección selectiva de la pareja, lo único que existe en común es la búsqueda de ese tipo de interacción. El acto sexual se desarrolla sin prácticamente implicación emocional ni

ternura. Según el autor, este tipo de comportamiento "no es una expresión de libertad sexual madura". Todas las pacientes implicadas en este tipo de interacción habían presentado con anterioridad conductas sexuales promiscuas, mientras que los hombres, desde el punto de vista psicodinámico del autor, presentan una "homosexualidad más o menos reprimida".

Lukoff y cols. (146), en una muestra de 16 pacientes ambulatorios masculinos con un inicio reciente (menos de dos años) de su esquizofrenia, hallan que sólo 3 pacientes tenían pareja estable y otros 3 no habían tenido nunca una pareja sexual. Sin embargo, todos eran sexualmente activos. Los 16 pacientes practicaban la masturbación y ocho de ellos mantenían relaciones sexuales.

Finalmente, Cournos y cols. (114) estudiaron la actividad sexual de 95 esquizofrénicos de ambos sexos, tanto hospitalizados como ambulatorios. El 44% habían sido sexualmente activos durante los 6 meses previos al estudio. No se pudo relacionar el ser sexualmente activo o abstinentes con la edad, sexo, grupo étnico o raza, nivel de estudios o el estar o no hospitalizado. Los pacientes sexualmente activos presentaban mayor psicopatología general que los abstinentes, aunque no se encontraron diferencias en el nivel global de funcionamiento, número de hospitalizaciones previas ni en las puntuaciones de escalas para síntomas positivos y negativos. Dentro del grupo de pacientes sexualmente activos, aquellos que habían tenido múltiples parejas sexuales eran significativamente más jóvenes, tenían un nivel de funcionamiento global menor y presentaban más síntomas positivos que los monógamos.

Parece evidente que los autores cuyos trabajos han sido llevados a cabo con pacientes graves, crónicos u hospitalizados de larga evolución, tienden a mostrar una cara más

negativa de la sexualidad que aquellos autores cuyos estudios han sido realizados sobre una muestra de pacientes jóvenes o con una corta evolución de la enfermedad.

De todos modos, tanto en los trabajos que apoyan la hipótesis de que existe una hiposexualidad estructuralmente unida a la esquizofrenia, como en los que sostienen que la conducta sexual no se halla básicamente alterada en la esquizofrenia, aparece claramente reflejado que existe, en general, una disminución de la frecuencia de relaciones heterosexuales. Más controvertido resulta el dato de una disminución de frecuencia en la masturbación. Numerosos autores hallan este dato aumentado respecto a población general, lo que nos lleva a plantear, al igual que en la sexualidad premórbida, si el problema existente es más social que sexual. En este sentido, Goodman et al. (147) demuestran que el aislamiento emocional es el parámetro que mejor discrimina un grupo de esquizofrénicos crónicos ambulatorios de otro grupo de pacientes no esquizofrénicos.

Otro aspecto de interés reflejado en los estudios es que, al igual que ocurría con la sexualidad premórbida, parece existir un mayor déficit sexual en pacientes empobrecidos o con sintomatología negativa. Sin embargo, se hace difícil llegar a conclusiones por la habitual confusión terminológica y de criterios existente.

3.5.3 Alteraciones respecto a la norma

Nos referimos a conductas minoritarias respecto al patrón imperante de actividad sexual heterosexual. La más frecuente, correspondiéndose también con una mayor frecuencia en la población general, es la homosexualidad, que ha sido implicada por las escuelas psicoanalíticas en la etiología de algunos tipos de esquizofrenia.

Klaf (148), estudia las historias de 150 pacientes con esquizofrenia paranoide y las compara con 150 historias de pacientes no psiquiátricos, en un intento de probar la teoría de Freud de que los síntomas psicóticos paranoides "se desarrollan como una defensa contra los deseos homosexuales emergentes". Halla que un 36,7% de los pacientes han tenido experiencias homosexuales previas, frente a un 18,7% de los controles, mientras que las "preocupaciones homosexuales" afectan al 30,7% de los pacientes y sólo al 6% de los controles. De todos modos, como el mismo autor señala, "algunos datos pueden estar influenciados por las impresiones del examinador", por lo que consideramos que la validez de los datos de este estudio es muy relativa.

Akhtar y Tohmson (129), en su revisión, señalan, asimismo, la mayor incidencia de conducta homosexual entre los pacientes esquizofrénicos, tanto masculinos como femeninos. Los autores apuntan que "un fenómeno con importantes implicaciones biológicas y psicodinámicas es la concordancia ocasional de esquizofrenia y homosexualidad en gemelos monozigóticos y dizigóticos".

Aunque prácticamente no existen datos que comparen la incidencia de homosexualidad en muestras similares de individuos esquizofrénicos y no esquizofrénicos, sí poseemos el dato referido a la incidencia de homosexualidad en algunas de las muestras estudiadas.

Verhulst y Schneidman (96) hallan dos mujeres (en una muestra de 12) que eran homosexuales en el momento del estudio, aunque en el pasado habían mantenido conductas heterosexuales. Sobre ocho pacientes masculinos, dos admitieron conductas homosexuales en el pasado, aunque los dos se consideraban básicamente heterosexuales.

Lyketsos et al. (143), en su muestra de 113 pacientes crónicos hospitalizados hallan 16 (14,1%; 6 mujeres y 10 hombres) que mantenían relaciones homosexuales.

En la muestra, de igual tamaño que la anterior, de Rodríguez de Molina et al. (99), se halla una "orientación homosexual clara" en el 11,1% de los hombres y el 5,5% de las mujeres.

Finalmente, Cournos et al. (114), hallan, sobre una muestra de 95 pacientes ingresados y ambulatorios, una historia de actividad homosexual en los seis meses previos al estudio, en el 22% de los pacientes (el 16,3% de los hombres y el 25% de las mujeres). De todos modos, todos los pacientes con historia de actividad homosexual habían mantenido relaciones heterosexuales en el pasado y, curiosamente, ninguno se identificaba a sí mismo como homosexual.

En el mismo estudio de Cournos se analiza la conducta de "intercambio" sexual, es decir, el sexo comprado o vendido a cambio de dinero, drogas o comida. Dicha conducta es relativamente frecuente entre pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos, por lo que consideramos que es interesante mencionarla. Sobre 42 pacientes sexualmente activos, 21 (50%) participaban en dicho intercambio sexual, no existiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres. Sin embargo, sí había diferencias en cuanto a "comprar" o "vender", de modo que una mayoría de hombres compraba sexo, mientras que una mayoría de mujeres lo vendía.

Existe finalmente una gama de conductas sexuales poco frecuentes que son, sin embargo, de gran interés, tanto por la importancia que, a nivel popular se les ha adjudicado, como por su significado clínico y psicopatológico. Nos referimos al transexualismo, las parafilias y las conductas sexuales bizarras.

Las dos primeras son compartidas por individuos esquizofrénicos y normales, por lo que, en ocasiones, resulta difícil discernir hasta dónde llega lo psicótico en este tipo de conductas. Las conductas sexuales "altamente distorsionadas y bizarras", son, en cambio, "más prevalentes entre esquizofrénicos que entre la población general" (95).

Cuando el transexualismo es secundario al cuadro psicótico, se inscribe dentro de los delirios de cambio de género y, como tal, es tratado en el apartado correspondiente.

Algunos autores consideran el exhibicionismo como la desviación sexual más frecuentemente asociada a la esquizofrenia, aunque muchos de ellos consideran la masturbación pública como exhibicionismo, lo cual no sería del todo correcto, ya que, con frecuencia, este tipo de masturbación responde a una desinhibición de la conducta sexual, más que a una conducta parafilica, no hallándose la intencionalidad y la gratificación propias del exhibicionismo.

Akhtar y Tohmson (129) citan, en su revisión, un estudio en el que se halla una incidencia del 11% de esquizofrénicos en una muestra de individuos que habían cometido abusos sexuales en niños, concluyendo que la pedofilia era la parafilia más frecuentemente asociada a la esquizofrenia.

Según Akhtar y Tohmson, también han sido asociadas con la esquizofrenia "el necrosadismo, la zoofilia, la erotografía y otras perversiones raras". No se menciona la asociación entre sadismo o masoquismo y esquizofrenia, aunque esquizofrénicos paranoides con delirios de burla o ridiculización por parte de las mujeres, pueden llegar a cometer crímenes sexuales con un importante componente sádico.

Entre las conductas sexuales bizarras podemos hallar, desde el autoerotismo desinhibi-

do, a la manipulación destructiva que puede acabar en autocastración. Según algunos autores "las lesiones genitales severas autoinducidas y la autocastración son casi patognomónicas de la esquizofrenia" (129). Cooper y Swamy (149) comunican un caso de autocastración en el que se dan, según los autores, las características básicas de los esquizofrénicos que presentan esta conducta: "ferviente religiosidad, delirios bíblicos y alucinaciones imperativas". Los autores señalan que la autoamputación de un testículo predice un alto riesgo de amputación del otro o del pene, por lo que recomiendan un control estricto de estos pacientes. Por otra parte, refieren buenos resultados, a nivel de función sexual, con una terapia de reposición androgénica consistente en 400 mg. de enantato de testosterona mensuales.

En ocasiones, la masturbación puede, no sólo incrementarse en los estadios iniciales de la esquizofrenia, sino incluso adquirir rasgos bizarros que dan la primera pista para el diagnóstico.

Akhtar y Thomson revisan también la prevalencia de esquizofrenia entre los violadores. Sólo hallan datos en el estudio de Henn et al., quienes hallaron 8 esquizofrénicos entre 2.657 violadores. Esta incidencia (0,3%) es menor que la de la población general.

Craissati y Hodes (150) describen una muestra de 11 agresores sexuales, de los que 10 tenían un diagnóstico de esquizofrenia, aunque esta incidencia no posee valor, ya que la muestra procedía de una unidad donde sólo se aceptaban pacientes mentales graves. A diferencia de otros autores, que hallan psicóticos activos conducidos a la agresión sexual por su sintomatología, en la muestra de Craissati los agresores sexuales no fueron identificados como psicóticos activos hasta después de la agresión. Tampoco llevaron a cabo agresiones violentas y sádicas. Según los autores, "en el grupo

estudiado, las agresiones parecían ejecutadas impulsivamente, implicando una violencia mínima, sin plantearse una posible captura y fueron desencadenadas (según los autoinformes) por sentimientos de desinhibición sexual".

Podemos concluir que las conductas sexuales más alteradas que tienen lugar en la esquizofrenia son aquellas directamente influidas por los trastornos delirantes y senso-perceptivos. Resulta más difícil llegar a conclusiones respecto a toda la gama de conductas no normativas que, según algunos autores, se presentan con mayor incidencia en la esquizofrenia. Las conductas homosexuales, si se evalúan en pacientes ingresados, deberían compararse con una muestra de hombres en igual situación (en prisión, por ejemplo) y no con población general. Las conductas de intercambio sexual se dan igualmente en la sociedad normal, bajo la forma de prostitución y, finalmente, el patrón masculino-femenino de los intercambios en esquizofrénicos es similar al que hallamos en la sociedad. Los resultados sobre la asociación de parafilias y esquizofrenia son discrepantes y es difícil establecer relaciones de causalidad. En todo caso, resulta evidente que el porcentaje de esquizofrénicos en muestras de parafilicos es muy bajo en comparación con el de otras entidades psicopatológicas.

3.6 DISFUNCIONES SEXUALES EN LA ESQUIZOFRENIA

La alta prevalencia de disfunciones sexuales en la población esquizofrénica es debida en su mayor parte a la medicación neuroléptica y de otros tipos que los pacientes se ven obligados a tomar para el control de su enfermedad. Por ello, dedicaremos un apartado posterior específicamente a la revisión de los efectos secundarios sobre la sexualidad de la medicación neuroléptica.

En el presente apartado intentaremos revisar la prevalencia de las disfunciones sexuales en esquizofrénicos en general, a través de estudios en los que no se valora de forma específica el factor farmacológico.

Winokur et al. (144) se inscriben en el grupo de los que consideran que no existen diferencias entre esquizofrénicos y población general. En su estudio sobre 50 mujeres psicóticas, 50 neuróticas y 100 controles halla un porcentaje de dispareunia del 18%, 20% y 15% respectivamente, que no resulta significativo. Tampoco son significativas las diferencias en cuanto a frecuencia orgásmica (porcentaje de relaciones sexuales en que se alcanza el orgasmo).

También Verhulst y Schneidman (96) hallan una baja incidencia de disfunciones sexuales no asociadas a los neurolépticos en su muestra de 20 pacientes. Sólo 2 de ellos tuvieron problemas de eyaculación precoz en sus primeras relaciones sexuales. Sin embargo, ninguno de los 2 eyaculaba antes de la penetración, y su control mejoró con el tiempo. Una paciente era anorgásmica. Tres pacientes comunicaron algún grado de vaginismo, con dolor en el momento de la penetración, que mejoró espontáneamente con el paso del tiempo. En el momento del estudio, sólo dos pacientes presentaban alguna disfunción relevante.

Otros autores, sin embargo, hallan una incidencia más elevada de disfunciones sexuales en esquizofrénicos no medicados que en población general.

Nestoros y Lehman (136) compararon las respuestas de un grupo de 50 hombres esquizofrénicos a un Inventario de Disfunción Sexual con las de 36 hombres controles normales, para dos períodos de tiempo: el presente (dentro del último año) y el pasado (estado premórbido para los pacientes; ado-

lescencia tardía-adulthood temprana para los controles). Los resultados respecto a las disfunciones sexuales en la etapa premórbida de los pacientes, comparados con la adolescencia de los controles, son los siguientes: De los sujetos normales, el 97% afirmó tener frecuentes (una vez al día o más hasta una vez cada varios días) deseos sexuales, comparado con sólo el 68% de los pacientes. El 14% de los pacientes, frente a ninguno de los individuos normales, comunicaron que no mantuvieron ningún tipo de actividad o ideación sexual antes de la aparición de la enfermedad. De los individuos normales, el 92% afirmó tener erecciones frecuentes (una vez al día o más hasta una vez cada varios días), contra el 70% de los esquizofrénicos. El 12% de los pacientes aseguró tener erecciones "sólo raramente"(una vez al año o menos) en el estado premórbido, contra ninguno de los controles.

Estos resultados reflejan una mayor incidencia de disminución del impulso sexual y de disfunción erectiva en la etapa premórbida de los esquizofrénicos.

Friedman y Harrison (94) hallan que el 40% de su muestra de mujeres esquizofrénicas comunicaron una pérdida general de interés en la actividad sexual, incluyendo la masturbación, aún antes de haber recibido tratamiento con antipsicóticos. En el momento del estudio, los autores no valoran los aspectos farmacológicos, aunque el tipo de trastorno sexual descrito (el 53% de las pacientes no alcanzaban el orgasmo por ningún medio, contra el 13,4 de las controles) es propio de la medicación neuroléptica.

Lukoff (146) halla, en su muestra de 16 pacientes masculinos, un 63 % que presentan problemas sexuales. Cinco comunicaron dificultad en conseguir o mantener la erección durante la masturbación y uno durante el coito. Dos presentaban eyaculación precoz y otros dos eyaculación retardada.

En el estudio de Rodríguez de Molina et al. (99), sobre 113 pacientes esquizofrénicos ingresados y medicados, se evalúan las disfunciones sexuales por sexos, antes y después de la aparición de la enfermedad. El porcentaje global de sujetos disfuncionales es del 62,9% en los varones y del 50% en las mujeres.

Entre los hombres, un 62,9% refería disminución del deseo sexual, un 41,17% disfunción eréctil (0% antes de la enfermedad), un 17,6% eyaculación precoz (11,1% previo a la enfermedad), un 47,5% retraso orgásmico (3,7% previo a la enfermedad), un 29,4% ausencia de eyaculación (0% antes de la enfermedad) y un 50% "deterioro en la frecuencia e intensidad subjetiva orgásmica".

En cuanto a las mujeres, manifestaron disminución del deseo sexual un 40%, anorgasmia el 37,5% y dispareunia el 12,5%. No se da ningún caso de vaginismo.

Resulta evidente la alta incidencia de disfunciones sexuales cuando se compara un grupo de esquizofrénicos con población general. Es posible, sin embargo, que este panorama sería distinto si se comparara un grupo de esquizofrénicos con otro grupo de pacientes afectados por cualquier otra enfermedad crónica e incapacitante. En este sentido, cabe reseñar los trabajos de Gittleson y Levine (151) y de Gittleson y Dawson-Butterworth (152), que hallaron, al comparar grupos de pacientes esquizofrénicos con otros pacientes psiquiátricos de ambos sexos, que los primeros presentaban una menor disminución en el interés sexual que los segundos (37% frente a 60% en los hombres y 61% frente a 81% entre las mujeres). En el mismo sentido, se inscribe el estudio de Teusch et al. (153), en el que, al comparar una muestra de esquizofrénicos con otra de pacientes en tratamiento con metadona, aparece una tasa de prevalencia de disfunciones mucho más alta en los pacientes con

metadona que en los esquizofrénicos en tratamiento con neurolépticos. Es posible, por tanto, que lo que valoramos como alteración en la esquizofrenia sea común a otras enfermedades crónicas o, al menos, a otras enfermedades psiquiátricas.

Recientemente, Aizenberg et al. (154) han llevado a cabo un estudio en el que intentan separar la problemática sexual debida a los neurolépticos, de la que es propia de la esquizofrenia. Para ello, comparan un grupo de 20 esquizofrénicos no tratados durante 6 meses, con otro de 51 pacientes bajo tratamiento neuroléptico y otro de 51 controles normales. Los esquizofrénicos no tratados presentan menos pensamientos sexuales y menor deseo sexual que los esquizofrénicos tratados, así como un menor grado de erección durante el coito, más pérdidas de erección, falta de deseo y eyaculación precoz que los controles. Por el contrario, no se diferencian de los controles en el grado de erección durante la masturbación ni en la facilidad de excitación, en la frecuencia de coito, en la frecuencia orgásmica, en la capacidad de disfrutar durante el sexo en pareja y en la satisfacción con su propia función sexual.

Los autores concluyen que los componentes del deseo sexual se ven más afectados en los pacientes no tratados. Por el contrario, el tratamiento neuroléptico se asocia con la recuperación de los pensamientos sexuales y la mejora del deseo, pero interfiere con la erección, el orgasmo y la satisfacción sexual, limitando su capacidad sexual a pesar de la mejora del impulso.

Posiblemente la conclusión de estos autores sería la más generalizable a la vista de los anteriores estudios. Las disfunciones de la respuesta sexual (no del impulso) antes de la enfermedad no parecen superar los porcentajes habituales en muestras de población general. Nestoros y Lehman son los únicos que concluyen que, además del impulso, en

la etapa premórbida se ve afectada la capacidad erectiva. Sin embargo, no diferencian claramente si el tipo de erección que se evalúa se refiere a erecciones espontáneas, coitales o en la masturbación. Cuando se separan estos dos últimos tipos, como en el estudio de Aizenberg, aparecen problemas en las erecciones coitales, en donde ya se introduce un factor de relación social, mientras que no parecen haber diferencias con los controles en las erecciones en la masturbación, que dan una medida más fisiológica y menos psicológica del funcionamiento erectivo.

3.7 ALUCINACIONES Y DELIRIOS DE CONTENIDO SEXUAL

La temática sexual ha estado, a lo largo de la historia, presente en el pensamiento delirante de muchos pacientes esquizofrénicos. Es posible, sin embargo, que al igual que otras temáticas delirantes, haya sufrido variaciones según la época. Skopec (95) cita un estudio en el que se compara la fenomenología de la esquizofrenia en 1850 y en 1950, apreciándose que, en el primer período, existía una intensa preocupación religiosa en los sistemas delirantes de los pacientes esquizofrénicos, con escaso interés hacia los temas sexuales. Por el contrario, en los años 50 del presente siglo se había incrementado el interés por el sexo y minimizado el interés por los temas religiosos. De ahí, el autor sugiere que el contenido de los sistemas delirantes del esquizofrénico puede reflejar los intereses culturales del momento, más que una psicodinamia inherente a la enfermedad.

3.7.1 Incidencia

El primer estudio controlado sobre alucinaciones y delirios de contenido sexual es de Klaf y Davis (148), en el que se compararon 150 varones esquizofrénicos contra 150 no psicóticos (neuróticos y trastornos de la personalidad), encontrando en el 26.7% de

los pacientes psicóticos delirios o alucinaciones de naturaleza sexual. Desafortunadamente, no se separaron alucinaciones de delirios, y se incluyó el delirio celotípico.

Gittleson y Levine (151) estudiaron la incidencia de alucinaciones y delirios de cambio sexual en una muestra de 70 pacientes esquizofrénicos varones, comparados con 45 controles (pacientes psiquiátricos no esquizofrénicos). Hallaron que un 30% de pacientes presentaban alucinaciones genitales, un 20% ideas de cambios en la forma o el tamaño de los genitales, un 16% delirios de ser neutro o eunuco, un 19% delirios de ser una mujer y un 27% delirios de cambio sexual (no seguir siendo un hombre).

Los autores hallaron una asociación significativa, pero no completa entre los delirios y las alucinaciones genitales. Los delirios de cambio sexual se asociaron más frecuentemente con estar soltero. Ambos cuadros, de alucinaciones y de delirios se hallaron exclusivamente en el grupo de esquizofrénicos, por lo que los autores señalan el valor diagnóstico que poseen.

Un estudio similar fue llevado a cabo por Gittleson y Dawson-Butterworth (152), comparando 57 pacientes esquizofrénicas femeninas con 79 pacientes no esquizofrénicas controles. Los resultados fueron: un 44% de las esquizofrénicas presentaban alucinaciones genitales, un 30% ideas de cambios en la forma o el tamaño de los genitales, un 18% delirios de ser neutra, otro 18% delirios de ser un hombre y un 23% delirios de cambio sexual (no seguir siendo una mujer).

Al igual que en el estudio anterior, los delirios se dieron exclusivamente en el grupo de esquizofrénicas. La presencia o ausencia de alucinaciones o delirios no se correlacionó con la edad ni la duración de la esquizofrenia. A diferencia del estudio con varones, los

delirios de cambio sexual no se asociaron con el estado marital.

Connolly y Gittleson (155) ponen a prueba la impresión clínica de que los pacientes con dudas sobre la propia identidad sexual e ideas de cambio de sexo, presentan más alucinaciones olfatorias y gustativas que otros sin estas ideas.

Los autores hallan una incidencia de este delirio en el 33% de los hombres y en el 56% en las mujeres. La incidencia hallada en las mujeres es significativamente superior a la de los hombres, y significativamente superior a la incidencia hallada en el estudio de Gittleson y Dawson-Butterworth, que fue del 23%. Según los autores, las pacientes femeninas presentan una enfermedad más florida que los hombres y ello daría lugar a una mayor incidencia de delirios de cambio de género.

Connolly y Gittleson señalan que, aunque es posible que la asociación entre ideas de cambio de género y alucinaciones olfatorias y gustativas puedan reflejar meramente una forma más florida de enfermedad, también es posible que la asociación pueda representar alguna disfunción inespecífica del lóbulo temporal. Los autores apuntan que se ha hallado que la estimulación eléctrica del lóbulo temporal induce dudas acerca de la propia identidad sexual.

La incidencia global en esta muestra de alucinaciones olfatorias fue del 34% para los varones, 46% para las mujeres y 39% para los dos sexos. Las alucinaciones gustativas y olfatorias se presentaron de forma significativa más frecuentemente en los esquizofrénicos con delirios de cambio de género, que en los que no presentaban este tipo de delirios.

En el trabajo de Linares y cols. (118) sobre 74 mujeres (el 57% esquizofrénicas) y 54

hombres (el 68,5% esquizofrénicos) la temática sexual delirante se hallaba presente en el 28,5% de las mujeres, frente a sólo el 5,5% de los hombres.

Lyketsos (143) halla en su muestra de 113 pacientes crónicos hospitalizados 10 (8 hombres y 2 mujeres) con delirios de cambios en el tamaño o la forma en los genitales, 4 (3 hombres y una mujer) con delirios de "metamorfosis sexual", un hombre con delirios de "sexualización" de movimientos y partes del cuerpo y una mujer con delirio de embarazo.

En esta misma muestra, 16 pacientes (10 hombres y 6 mujeres) comunicaron alucinaciones auditivas sexuales, 6 (todos hombres) alucinaciones visuales sexuales, 4 (3 hombres y una mujer) alucinaciones cenestésicas, 2 alucinaciones olfatorias sexuales y un hombre se quejó de orgasmos impuestos.

Rinieris et al. (120), en un trabajo en el que estudian las hormonas sexuales en un grupo de 35 pacientes masculinos esquizofrénicos paranoides, hallan 17 de ellos (48,5%) con "ideas delirantes de contenido homosexual".

En la revisión de Akhtar y Tohmson (93), se señala que no hay datos clínicos sobre la incidencia de alucinaciones genitales según los subtipos de esquizofrenia. Los autores citan un estudio de Winokur et al., quienes no hallaron diferencias en cuanto a alucinaciones, entre esquizofrénicos hebefrénicos y paranoides.

3.7.2 Tipología

Akhtar y Tohmson (93) sistematizan esta temática en varios apartados:

1. TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO:

- PREOCUPACIÓN POR TEMAS HETEROSEXUALES: los pacientes con esquizofrenia,

especialmente los que se hallan en estadios tempranos o los que sufren la forma hebefrénica, parecen estar excesivamente preocupados por temas heterosexuales, aunque no queda clara la relación entre esta preocupación y un verdadero aumento del deseo sexual.

- **PENSAMIENTOS INCESTUOSOS:** Se han hallado datos que apoyan la presencia de preocupaciones sobre actos incestuosos en esquizofrénicos. Estos pensamientos pueden ser llevados secretamente o, más a menudo, ser expresados abiertamente y sin ninguna restricción.

- **DESEOS Y TEMORES HOMOSEXUALES:** Este tema se empezó a considerar a partir de la teoría freudiana de la relación entre homosexualidad y paranoia, según la cual "el paranoico regresa a un estadio narcisista del desarrollo, huyendo de un conflicto homosexual". Hay, de hecho, pocos estudios que documenten los pensamientos homosexuales en un nivel consciente entre esquizofrénicos. Aunque Klaf y Davis (148) hallaron más "preocupaciones homosexuales" entre varones esquizofrénicos paranoides, otros autores no han hallado diferencias entre esquizofrénicos paranoides y no paranoides, ni según el sexo o el estado civil.

- **OBSESIONES SEXUALES:** Han sido comunicadas por varios investigadores, en forma de impulsos obsesivoides de naturaleza sexual en los estadios tempranos de la esquizofrenia. Obsesiones similares pueden ocurrir también en sujetos neuróticos, pero entre esquizofrénicos son inusualmente bizarras y a menudo enmascaradas por preocupaciones y rituales no sexuales.

- **IDEAS DE REFERENCIA:** Los esquizofrénicos a menudo temen que otros puedan divulgar o criticar sus actividades y preferencias sexuales, así como considerarlos

homosexuales, prostitutas, promiscuos o impotentes. Algunos se sienten ridiculizados por el sexo opuesto y cometen actos extremos como la violación en forma de venganza. Los autores refieren una cita en la que se afirma que "el agresor sexual más temido es el sádico sexual que es un esquizofrénico paranoide con delirios de burla femenina". En la experiencia clínica del autor (93), el temor a ser considerado homosexual parece predominar entre las ideas sexuales de referencia: "pánico homosexual" asociado generalmente a una clara psicosis paranoide. Estas ideas suelen ser más comunes durante las primeras fases de la enfermedad, pero pueden persistir durante el desarrollo de la misma con una carga afectiva menor.

- **DELIRIOS DE "METAMORFOSIS SEXUAL":** Algunos autores sostienen que los delirios de cambio de género y las dudas acerca de la identidad sexual son patognomónicas de la esquizofrenia. Se ha sugerido que estos sentimientos son predominantemente ideacionales y normalmente no basados en experiencias sensoriales genitales. En el estudio de Gittleson (152) se confirma esta posibilidad, al no hallar relación entre alucinosis genital y delirio de cambio de sexo.

En algunos pacientes, el delirio de cambio de género les conduce a buscar soluciones por vía quirúrgica.

A pesar de los datos anteriores, la relación entre transexualismo y esquizofrenia no ha sido aclarada. Aunque se ha hipotetizado que el transexualismo podría ser un síntoma dentro del espectro esquizofrénico, la incidencia de esquizofrenia entre transexuales es igual o no mucho mayor que en la población general, en los estudios citados por Akhtar y Tohmson.

En este último punto, sin embargo, se halla en desacuerdo De Cuyper (156). Según este autor, la incidencia de esquizofrenia

entre quienes desean cirugía de reasignación sexual es mayor que en la población general. De Cuypere aporta datos de otros autores, con cifras que oscilan, desde 1,8% en transexuales masculinos y 5,5% en femeninos a un 4,9% como incidencia general y hasta un 16% de esquizofrenias en transexuales femeninos. En su muestra halla un 6,9% de esquizofrénicos en los pacientes masculinos. No halla, en cambio, ningún esquizofrénico entre las mujeres que desean cambiar de sexo. El autor recomienda dos años de tratamiento hormonal reversible, para permitir que aflore la posible sintomatología psicótica.

Calnen (157) refiere cuatro casos de "crisis de identidad de género" en jóvenes esquizofrénicas, aportando una interpretación psicodinámica del problema.

Otro subtipo de delirio de "metamorfosis sexual" vendría constituido por los delirios de pertenecer a ambos sexos simultáneamente, consistente en creer que se poseen características de ambos sexos, o algunas de las más prominentes del sexo opuesto.

- **DELIRIOS DE CAMBIO DE TAMAÑO O FORMA DE LOS GENITALES:** En algunos estudios (65) se han encontrado en una cuarta parte de los esquizofrénicos. En otros estudios se han hallado proporciones menores. El síndrome chino de Koro o el temor delirante a que los genitales externos se retraigan hacia la cavidad abdominal, es quizás una modificación cultural de dichos delirios esquizofrénicos.

- **DELIRIOS DE SER PERSEGUIDO SEXUALMENTE:** Muchos esquizofrénicos paranoicos se sienten sexualmente perseguidos de alguna manera. Aunque muchas quejas de ser forzados por fuerzas externas para tener erecciones u orgasmos suelen ser secundarios a alucinaciones genitales, algunas pueden ser puramente ideacionales.

- **DELIRIOS SOBRE LA CONDUCTA SEXUAL DE LOS DEMÁS:** Muchos esquizofrénicos parecen preocupados, en sus delirios, con las actividades sexuales de su alrededor, a menudo percibiendo a las demás personas como sexualmente promiscuas o seductoras. Pueden creer también que están todos implicados sexualmente unos con los otros. Según los autores, aquí debería incluirse también el delirio de infidelidad conyugal.

- **DELIRIOS SOBRE LA PROPIA CONDUCTA SEXUAL:** Los esquizofrénicos a menudo poseen un conocimiento autístico sobre su propia vida sexual. Pueden considerarse a sí mismos como virginales o célibes dentro o no de un delirio mesiánico. Al mismo tiempo pueden hacer alarde de hazañas sexuales y magnificar sus habilidades en este terreno. Según Akhtar y Tohmson, la creencia de haber tenido relaciones sexuales con animales no es rara entre esquizofrénicos. En un estudio citado por los autores, este delirio estaba presente en 2 de 75 esquizofrénicos.

- **DELIRIOS DE "SEXUALIZACIÓN" DE PARTES DEL CUERPO Y DE SUS MOVIMIENTOS:** Prácticamente cualquier parte del cuerpo puede representar unos genitales para el esquizofrénico. Los autores apuntan que Kraepelin, en 1919, ya refería el caso de una mujer que rechazaba abrir la boca ante un hombre. De hecho, la boca y la nariz se hallan frecuentemente involucradas en este delirio. Según los autores, muchas quejas dismorfofóbicas de este tipo podrían ser pre-esquizofrénicas.

- **DELIRIOS DE EMBARAZO:** Aunque se refieren en pocos textos psiquiátricos, los delirios de embarazo no son infrecuentes entre las esquizofrénicas. En opinión de los autores, estos delirios son expresados abiertamente por las pacientes en la mayoría de los casos.

2. TRASTORNOS SENSOPERCEPTIVOS.

- **ALUCINACIONES AUDITIVAS CON TEMAS SEXUALES:** Las "voces" oídas por los esquizofrénicos a menudo les dicen que se masturben, que se exhiban, o que cometan actos sexuales inusuales. "Voces" que acusen al paciente de ser un homosexual, prostituta o promiscuo son características de los alcohólicos, pero se encuentran también en los esquizofrénicos.

- **ALUCINACIONES VISUALES ERÓTICAS:** Son más frecuentes en pacientes agudos durante los primeros años de enfermedad, que en crónicos de larga evolución. Las alucinaciones visuales se encuentran comúnmente asociadas a otras de diferente modalidad sensorial.

- **ALUCINACIONES OLFATORIAS DE CONTENIDO SEXUAL:** Las experimentan aproximadamente un tercio de los esquizofrénicos y van asociadas, a menudo, con delirios sexuales. Connolly y Gittleson (155) hallaron estas alucinaciones significativamente más a menudo entre esquizofrénicos que experimentan delirios de metamorfosis sexual que entre los que no. Las alucinaciones olfatorias pueden ser la base de ideas de referencia.

- **ALUCINACIONES GENITALES:** Numerosos autores han descrito las comunicaciones de pacientes esquizofrénicos sobre sensaciones extrañas en la región genital. Akhtar y Thomson citan diversos trabajos en que se describen "sensaciones viscerales peculiares a menudo en los órganos sexuales"; "parestias que les llevaban a creer que sus genitales se estaban consumiendo"; "alucinaciones táctiles que toman la forma de embarazosas sensaciones sexuales". Los pacientes describen picor, quemazón, sensaciones de frío y calor, e incluso sensaciones de recibir una corriente eléctrica en la región anal y genital. El dolor no es frecuente en estas comuni-

caciones. Algunos pacientes describen experiencias más complejas: una mano tocando sus genitales o alguien invisible masturbándolos o intentando el coito.

- **SENSACIONES ERÓTICAS EN OTRAS PARTES DEL CUERPO:** Los esquizofrénicos también pueden percibir sensaciones eróticas o sexualmente estimulantes en otras partes del cuerpo. Según los autores, estas sensaciones pueden ser la base de conductas desorganizadas.

- **ORGASMOS IMPUESTOS:** Algunos esquizofrénicos explican orgasmos artificialmente impuestos, los cuales no siempre están relacionados con alucinaciones genitales. No queda aclarado si en algunas investigaciones sobre orgasmos impuestos se incluyen orgasmos nocturnos.

Lillo (141) en una revisión de corte psicodinámico sobre "Sexualidad y delirio" detalla, siguiendo a Regis y Ballet, las diferentes condiciones en las que pueden aparecer y manifestarse las ideas eróticas:

1. "Las que están en relación con un estado de excitación general del organismo, como el estado de dinámica funcional de la parálisis general, que son consecuencia del erotismo genital y se traducen a la vez en concepciones y actos libidinosos (onanismo, exhibicionismo, priapismo, bestialidad etc). Otros estados de excitación serían los secundarios a intoxicaciones, a la epilepsia o en las demencias seniles".

2. "Los que forman parte de un delirio organizado cualquiera como el delirio de persecución (en las que aquejan sensaciones de quemaduras, dolores genitales o acusan a sus enemigos de violarles o sacarles el semen), como delirio hipocondríaco (hipocondría genital, en que el enfermo manifiesta su preocupación por el estado o por sus funcio-

nes genitales), como el delirio histérico o religioso (cuyas manifestaciones consisten en ser poseídos en estado onírico por humanos o por seres sobrenaturales)".

3. "Y en último lugar los que constituyen un delirio especial o una perversión caracterizada, es decir, aquellas ideas eróticas que forman por sí solas un delirio que conforma toda la conducta del alienado. Es la erotomanía o delirio erótico propiamente dicho".

Rosenbaum (104) señala que las numerosas áreas de distorsiones y deficiencias que presentan los esquizofrénicos pueden tomar muchas formas y relata varios casos: un hombre que "sabía" que era hermafrodita porque sus pezones eran sensibles, otro hombre que había cortado su pene porque éste le había molestado o una mujer, cuyos poderosos "rayos" sexuales provocaban una erección a todos los hombres del vecindario.

Ciertamente, frente a la escasez de estudios sobre sexualidad en la esquizofrenia, la descripción, en los textos de Psiquiatría, de episodios delirantes y alucinatorios de contenido sexual es muy amplia y excede los propósitos de esta revisión. Nos detendremos, sin embargo, en un delirio específico, aquél en que la persona se cree amada por un personaje de especial relevancia social.

3.7.3 Síndrome de Clérambault

Hayes y O'Shea (158) presentan un caso de erotomanía o síndrome de Clérambault en una mujer de 44 años, casada, con dos hijos adolescentes, sin antecedentes psiquiátricos de interés y con síntomas de primer rango de Schneider de esquizofrenia. Por su interés, transcribimos una parte del caso:

Acudió a nuestro hospital explicando que tenía "una extraordinaria historia que relatar". En un viaje a Lourdes 5 meses atrás se

enamorado de un sacerdote católico. Ella "sabía" que él también la amaba, aunque no intercambiaron palabras. Ella atribuía su silencio a un voto de castidad, y "valoraba" el hecho de que fuera reacio a declarar abiertamente sus sentimientos verdaderos.

Al volver a casa, dándose cuenta que encontrarse con ese hombre en un lugar público no era posible, ideó otra manera de estar cerca de él. Cada noche, a una determinada hora, iría a la misma tienda, y él "sentado en su coche cerca de allí", le haría señales tocando el claxon. Ella escribiría mensajes en su mano, a los que él podría contestar usando su claxon. Otras personas que iban en el mismo grupo durante el viaje a Lourdes describen cómo un día besó una fotografía de ese hombre y experimentó un "orgasmo biológico". Por la noche sentía como su mano "era conducida" hacia las "zonas sensibles de mi cuerpo". Ella creía que esta acción estaba fuera de su control, y tenía lugar mientras estaba "en trance". Posteriormente, más coches le enviaron señales de claxon desde la tienda y otros lugares. Los conductores de estos coches "controlan áreas especiales de mi mente y pueden leerla" y "son capaces de dictarme todo lo que pienso o hago". Las instrucciones dadas incluían el patrón de sus pasos al caminar por la calle.

Ella sentía que la única manera de parar esa interferencia era tener un orgasmo y "liberar" su mente y su cuerpo, de manera que ocupaba muchas horas masturbándose. Sin embargo, nunca encontró que esa actividad la liberara de "ellos". Al principio, disfrutaba de la experiencia, pensando que la llevaría a unificarse con su amado. A veces, su amor se volvía odio hacia ese hombre, y podía oír su propia voz diciendo en voz alta "te odio", a pesar de no estar hablando. Para ella, todos estos hechos constituían la evidencia absoluta de que el sacerdote se había enamorado de ella tras el viaje a Lourdes.

El cuadro remitió tras un mes de tratamiento neuroléptico.

Hayes y O'Shea revisan la historia de la erotomanía, afirmando que las primeras menciones sobre el cuadro se hicieron en tiempos de Hipócrates. En 1623 se refería a ello Jacques Ferrand en el tratado "Maladie d'Amour ou Mélancholie Érotique". Clérambault, en 1920, se refiere a estos casos bajo la denominación de "psychoses passionnelles". Él intentó explicar este fenómeno como una alteración de la "cronaxia intraneural".

De acuerdo con Clérambault, el síndrome puede ser dividido en dos tipos. Los casos "puros", que son los más raros, tienen un inicio repentino y preciso ("amor a primera vista"). Involucran a un único objeto amoroso y no se presentan alucinaciones. El curso es crónico, el delirio amoroso persiste, y el síndrome de fantasía encapsulada permanece inamovible. El tipo más común es secundario a otros procesos patológicos.

Hayes y O'Shea concluyen que, aunque muchos autores refieren que algunos casos raros conforman la noción de erotomanía "pura" o "primaria", la mayoría están de acuerdo en que la mayor parte de los casos están mejor clasificados bajo diagnósticos más frecuentes, como la esquizofrenia o la psicosis maniaco-depresiva.

Segal (159) revisa, asimismo, el concepto de erotomanía "desde Kraepelin hasta el DSM-III-R". El autor considera que la erotomanía o síndrome de Clérambault se inscribe dentro de la esquizofrenia y no constituye un síndrome independiente. El autor concluye que, aunque el pronóstico de la erotomanía es más bien sombrío dado que los neurolépticos no llegan a afectar al núcleo del delirio, en algunos pacientes el síndrome puede ser positivo en cuanto a que puede aliviar su aislamiento y su soledad.

Debemos concluir que los trastornos senso-perceptivos y las ideas delirantes conforman una parte importante de la enfermedad esquizofrénica, aunque se les haya prestado, posiblemente, demasiada atención, intentado interpretarlos y atribuyéndoles un significado en la patogenia de la esquizofrenia. Al inicio de este apartado apuntábamos la opinión de Skopec, sobre la importancia de factores culturales, más que inherentes a la propia enfermedad, en la temática de los delirios. En el mismo sentido, queremos concluir con un interesante comentario de McEvoy (134), quién considera que se presta una excesiva atención al contenido de los pensamientos sexuales durante un episodio psicótico agudo. Según el autor, "los clínicos no investigan los desvaríos delirantes de un paciente febril para obtener indicios de la patofisiología de la enfermedad; simplemente, determinan el agente infeccioso y administran un antibiótico adecuado. Del mismo modo, la administración de una medicación neuroléptica adecuada, sin excesivas consideraciones sobre las manifestaciones hipersexuales, es un abordaje eficiente y humano hacia el cuidado del paciente".

3.8 PSICOFÁRMACOS Y SEXUALIDAD

Desde los inicios de la era psicofarmacológica se sabe que determinados fármacos pueden incidir de forma importante sobre el funcionamiento sexual. Sin embargo, hasta las dos últimas décadas, no se ha generalizado este conocimiento y no ha existido un mínimo cuerpo teórico que permitiera explicar, de forma razonable, las bases neurofisiológicas de estos efectos. De hecho, la mayoría de trabajos sobre este tema parten de hallazgos casuales, y el hecho de que desconozcamos el mecanismo por el que los psicofármacos actúan sobre la respuesta sexual refleja, de algún modo, nuestro desconocimiento sobre el substrato neurobiológico de la conducta y la respuesta sexual humanas.

Una dificultad añadida es que, con frecuencia, una disfunción sexual es la vía final común de problemas de muy diversa índole. Por ello, resulta difícil distinguir hasta dónde está actuando el fármaco, la enfermedad subyacente u otros factores de tipo psicológico o social. En este sentido, Barnes y Harvey (160) señalan que "mientras que algunas disfunciones específicas, como la eyaculación retrógrada y el priapismo son efectos conocidos de los antipsicóticos, la enfermedad psicótica puede ser responsable de otros problemas, como el bajo impulso". Los mismos autores, incidiendo en esta dificultad afirman que "desgraciadamente, los datos disponibles sobre la prevalencia y la severidad de las dificultades sexuales en relación con los psicofármacos son inadecuados y contradictorios y se refieren principalmente a problemas masculinos. Los efectos de los fármacos sobre la sexualidad humana femenina han sido mucho menos estudiados y son, generalmente, menos conocidos y comprendidos". De hecho, tal como habíamos comentado en el apartado introductorio sobre sexualidad, la investigación psicofisiológica en general se ha volcado en mucho mayor grado sobre la sexualidad masculina.

Sobre las posibles diferencias entre sexos, Gitlin (161) señala que "aunque no existen resultados consistentes en cuanto a diferencias por sexo, es probable que hombres y mujeres se vean afectados de forma similar por los efectos secundarios de la medicación. Los estudios, sin embargo, son contradictorios". Como ejemplo, el autor cita tres trabajos que valoran los efectos sexuales producidos por los antidepresivos, en los que uno halla tasas más altas en mujeres, otro halla una incidencia similar y el tercero halla tasas más altas en hombres.

También son contradictorios los datos referidos a la incidencia de disfunciones sexuales asociadas a psicofármacos. Balon (162)

señala que "la incidencia de disfunción sexual asociada a los antidepresivos varía del 1,9 al 92%". Según el autor, "la mayoría de estudios que comunican incidencias no han sido sistematizados adecuadamente"

En el presente apartado revisaremos inicialmente las relaciones entre los neurotransmisores y la sexualidad, para analizar posteriormente los efectos secundarios sexuales de los distintos grupos farmacológicos.

3.8.1 Neurotransmisores y sexualidad

El conocimiento y la comprensión de los mecanismos de acción de los diversos neurotransmisores, son importantes por numerosas razones, entre las que cabe destacar el conocer los posibles efectos secundarios de un fármaco en particular, evaluar el posible grado de influencia de los psicofármacos en los pacientes psiquiátricos que presentan disfunciones sexuales o el escoger fármacos alternativos para aquellos pacientes cuya terapia interfiera con su función sexual.

La complejidad de la acción de los neurotransmisores la resume Gitlin (161) con estas palabras: "Los efectos de los neurotransmisores pueden ser centrales, periféricos o ambos. Además, los efectos relativos de los receptores excitadores o inhibidores pueden dar lugar a un incremento o una inhibición de la función sexual cuando un solo neurotransmisor está alterado por la medicación. Finalmente, debemos tener en cuenta los efectos de la interacción entre neurotransmisores (por ejemplo, afectando a la influencia serotoninérgica sobre la función sexual por alteración del tono adrenérgico), sugiriendo que muchos efectos sexuales inducidos por la medicación pueden ser mediatizados indirectamente".

3.8.1.1 Dopamina. Una amplia evidencia experimental en mamíferos inferiores sugiere

que la dopamina juega un papel excitador de muchos parámetros de la conducta sexual masculina, tanto de la excitación, como de la actividad copulatoria, de los reflejos erectivos y eyaculatorios. Según Segraves (60), "este efecto parece ser debido a la estimulación de los receptores dopaminérgicos centrales, ya que puede ser evitado mediante la administración previa de bloqueantes dopaminérgicos centrales, pero no mediante la domperidona, un bloqueante dopaminérgico que no atraviesa la barrera hematoencefálica". Así, en la rata macho, los agonistas dopaminérgicos, tales como la apomorfina y el lisuride, estimulan la conducta sexual, mientras que los antagonistas dopaminérgicos la suprimen.

En la conducta sexual humana, podemos obtener evidencias indirectas del papel de los receptores dopaminérgicos observando los efectos secundarios de los fármacos que actúan sobre la transmisión dopaminérgica. De acuerdo con estos hallazgos, sería esperable un aumento de la actividad sexual con la administración de (1) agonistas dopaminérgicos como la apomorfina y la bromocriptina, (2) inhibidores de la recaptación como la cocaína y la anfetamina y (3) precursores de la dopamina como la levodopa. Del mismo modo, serían esperables efectos inhibidores sobre la sexualidad con (1) bloqueantes dopaminérgicos como el haloperidol, (2) inhibidores del almacenamiento de dopamina como la reserpina e (3) inhibidores competitivos de la síntesis de dopamina como la metildopa (60).

Efectivamente, estas hipótesis han sido comprobadas. Se ha observado la aparición de erecciones en pacientes tratados con apomorfina y levodopa, así como la recuperación de la erección en pacientes hiperprolactinérmicos mediante la administración de bromocriptina, aunque no está claro si este efecto refleja la capacidad de la bromocriptina de disminuir la prolactina plasmática o de

actuar más directamente sobre la función dopaminérgica hipotalámica. Se ha comunicado la aparición de erecciones espontáneas tras la administración a corto plazo de cocaína y anfetaminas intravenosas, aunque a largo plazo ambas drogas producen una disminución de la capacidad erectiva. Por otra parte, tanto la reserpina, como la metildopa o los neurolépticos han sido implicados en la aparición de disminución del impulso sexual y de disfunción erectiva, lo que da un mayor soporte a la teoría dopaminérgica.

No existen evidencias de la implicación del sistema dopaminérgico en la respuesta eyaculatoria.

En cuanto a sexualidad femenina, los estudios con mamíferos inferiores son menos concluyentes, ya que parece que el aumento de dopamina favorece la excitación pero disminuye la receptividad (163). En sexualidad humana existen menos investigaciones, aunque también se han comunicado casos de hipersexualidad tras la administración de levodopa y disminución del impulso sexual con neurolépticos.

3.8.1.2 Serotonina. Numerosos datos experimentales sugieren que la serotonina juega un papel inhibitorio en la modulación de muchos parámetros en la conducta sexual de la rata macho (164). Se ha comprobado que la paraclorofenilalanina (PCPA), un potente inhibidor de la triptófano hidroxilasa que conduce a la depleción de serotonina cerebral, posee un efecto afrodisíaco en la rata macho. De igual modo, se han hallado efectos afrodisíacos en la rata macho tras una depleción de serotonina cerebral siguiendo una dieta libre de triptófano y tras una destrucción selectiva de las neuronas serotoninérgicas del núcleo del rafe. Finalmente, la administración de 5-hidroxitriptófano, precursor de la serotonina, produce una inhibición de la conducta sexual (92). En la rata hembra, sin embargo, el 5-

hidroxitriptófano posee un doble efecto, estimulando la actividad sexual a través de los receptores 5-HT₂ e inhibiendo la actividad en el núcleo ventromedial, posiblemente a través de los receptores 5-HT_{1a} y/o 5-HT₃ (163).

En contraste con los resultados obtenidos en ratas, todos los ensayos con monos tratados con PCPA han fracasado en intentar mostrar un incremento de montas, copulación o masturbación.

En sexualidad humana también han resultado infructuosos todos los intentos de influenciar la conducta sexual con depletors de la serotonina (92). Sin embargo, existen evidencias de que un incremento en la actividad serotoninérgica puede estar asociado con inhibición orgásmica, tanto en hombres como en mujeres. Los antidepresivos serotoninérgicos están asociados con tasas notablemente altas de trastornos eyaculatorios y anorgasmia y este efecto es revertido por la ciproheptadina, un fármaco con propiedades anticolinérgicas y antiserotoninérgicas (60).

3.8.1.3 Acetilcolina. Los experimentos con animales inferiores han mostrado un doble efecto del sistema colinérgico. Los agonistas muscarínicos inyectados en el ventrículo lateral o el área preóptica parecen reducir el umbral eyaculatorio, precisándose menos intromisiones para alcanzar la eyaculación, pero al mismo tiempo, reducen la excitación, disminuyendo el número de montas y de intromisiones. En la rata hembra, la acetilcolina posee un efecto estimulador sobre la respuesta de excitación lordótica (163).

En sexualidad humana no se ha logrado demostrar el efecto de la acetilcolina sobre el ciclo de respuesta sexual, aunque se ha comunicado un caso de orgasmos repetidos tras la administración intraseptal de acetilcolina en una mujer epiléptica (60).

Parece probable que la acetilcolina no juegue un papel directo en la función sexual. Sin embargo, puede tener una influencia importante en cuanto a la modulación de las deficiencias en otros sistemas de neurotransmisores. Así, el priapismo asociado a fármacos con fuerte actividad alfa bloqueante, tiene lugar especialmente en ausencia de actividad anticolinérgica. Este papel modulador en el balance de diversos neurotransmisores podría explicar también la reversibilidad de la disfunción eréctil y la anorgasmia inducida por los psicofármacos mediante la administración de agonistas colinérgicos como el betanecol (60) (161).

3.8.1.4 Noradrenalina. Tanto en animales inferiores como en humanos, la neurotransmisión adrenérgica aparece implicada en muchos parámetros de la función sexual.

En las ratas, la activación de la secreción de noradrenalina se asocia con un aumento de la excitación sexual, tanto en machos como en hembras y una inhibición de los reflejos peneanos.

En el hombre, existen abundantes muestras del papel que juega la noradrenalina, tanto en la erección como en la eyaculación. En cuanto a la respuesta erectiva, esta evidencia proviene de tres grandes cauces: (1) los estudios sobre los efectos de la inyección intracavernosa de distintos fármacos bloqueantes alfa adrenérgicos, como la fenoxibenzamina o la fentolamina, (2) la presentación de priapismo tras la administración de fármacos con efecto antagonista alfa adrenérgico y (3) las comunicaciones relativas a alteración de la erección con fármacos que alteran la función adrenérgica, como algunos antidepresivos, antihipertensivos y beta bloqueantes (60). La transmisión adrenérgica se ve también implicada de forma importante en el mecanismo eyaculatorio, de modo que

los fármacos con acción antagonista alfa adrenérgica dificultarán la eyaculación. Al contrario que en el mecanismo erectivo, este efecto no se produce con los bloqueadores beta adrenérgicos. Apoyando la misma hipótesis, se halla que los fármacos agonistas alfa adrenérgicos, como la midodrina, favorecen el mecanismo eyaculatorio, disminuyendo su latencia.

3.8.1.5 Otros neurotransmisores. Se ha investigado en modelos animales el efecto sobre la conducta sexual de otros muchos neurotransmisores, no peptídicos, como el GABA y peptídicos, como los péptidos opioides, la prolactina, la oxitocina, la arginina-vasopresina, la angiotensina II, la hormona estimulante de la secreción de gonadotropinas (GnRH), la sustancia P, el neuropéptido Y y la colecistoquinina-8 (163)(23). Dado que comentar estos resultados resultaría prolijo y trasciende los objetivos de este trabajo, nos limitaremos a comentar los hallazgos relativos a la prolactina, que son los de mayor interés de cara a la comprensión de los mecanismos de acción de la medicación neuroléptica.

Tanto en el hombre como en ratas machos, la hiperprolactinemia deprime todos los parámetros de la conducta sexual, esto es, la excitación, la actividad copulatoria y los reflejos peneanos, éstos últimos inhibidos a un nivel supraespinal, ya que la sección de la médula espinal permite a los reflejos recobrar la normalidad. Este efecto no depende de la reducción en la secreción de testosterona y parece ser debido a que la hiperprolactinemia induce una inhibición de la actividad dopaminérgica.

En las ratas hembras, la prolactina puede tanto inhibir como estimular la receptividad, dependiendo del lugar de acción y de la fase del ciclo sexual. Así, la prolactina preovulatoria producida durante el estro induce actividad lordótica, mientras que la hiperprolactine-

mia en general y las inyecciones intraventriculares de prolactina la inhiben (163).

En conclusión, la multitud de transmisores que afectan a la conducta sexual indican que una gran variedad de sistemas neuronales están implicados en el control de los diversos aspectos de la actividad sexual, tanto con un papel primario o bien actuando de moduladores. En algunos casos un mismo neurotransmisor ejerce efectos opuestos, posiblemente por existir diferentes tipos de receptores.

Es evidente que el papel, el lugar de acción y el mecanismo de acción de cada neurotransmisor investigado no ha sido totalmente aclarado, por lo que se precisan aún numerosas investigaciones.

3.8.2 Neurolépticos

Los antipsicóticos o neurolépticos son fármacos efectivos en el tratamiento de los episodios psicóticos agudos y, cuando se administran a largo plazo, juegan un papel en la prevención de las recaídas. La acción farmacológica común de los neurolépticos es el bloqueo dopaminérgico, pero muchos poseen también actividad anticolinérgica y antiadrenérgica.

Dado que prácticamente el 100% de pacientes esquizofrénicos reciben o han recibido tratamiento con antipsicóticos, resulta de crucial interés revisar el efecto que estos fármacos poseen sobre la sexualidad, así como estudiar los posibles mecanismos implicados.

En palabras de Nestoros (92), "la introducción de los neurolépticos a principios de los años 50 añadió una nueva dimensión al ya complejo y poco conocido terreno de la sexualidad de los pacientes esquizofrénicos, ya que pronto fue descubierto que estos fármacos producían alteraciones significativas en muchos parámetros de la función sexual"

Akhtar y Thomson (129), que revisan la literatura existente sobre disfunciones sexuales causadas por los antipsicóticos, consideran que "se ha subestimado en gran manera la incidencia de efectos secundarios sexuales por dos razones: la incomodidad de los pacientes al informar de estos síntomas, y el hecho de que los psiquiatras no interroguen sobre estos efectos". Según los autores, "la situación quizás se agrava por la apatía que muchos esquizofrénicos crónicos sienten ante su disfunción sexual".

Intentaremos sistematizar la revisión bibliográfica según los distintos problemas sexuales.

3.8.2.1 Disminución del impulso sexual.

Haider (165) comunica cinco casos de disminución del impulso sexual en ocho pacientes tratados con tioridazina.

Kotin et al. (166) señalan que "el interés sexual disminuido se asocia con casi, si no todos, los tranquilizantes mayores, incluyendo la tioridazina".

Akhtar y Thomson (129), en su revisión apuntan que la mayoría de los antipsicóticos causa una disminución ocasional del deseo sexual. Según los autores, este efecto ha sido comunicado más a menudo con tioridazina que con haloperidol. Aunque la apatía sexual es el efecto colateral más conocido de estos fármacos, también se han comunicado incrementos en el deseo sexual. Akhtar y Thomson citan varios trabajos en que se informa de un incremento del deseo sexual en mujeres, pero una disminución en hombres, con clorpromazina y haloperidol. Los autores consideran que "la explicación de esta diferencia podría ser las distintas dosis administradas a cada sexo (mucho mayores en el caso de los hombres), aunque puede haber otros factores contribuyendo a ello".

Verhulst y Schneidman (96), hallaron en una pequeña muestra de 12 hombres y 8 mujeres, 4 hombres que comunicaron impulso sexual disminuido cuando tomaban antipsicóticos.

Mitchell y Popkin (167) en una revisión, comentan que el impulso sexual se omite frecuentemente en las comunicaciones sobre disfunciones sexuales, "quizás porque los cambios en la libido son particularmente difíciles de interpretar". Según los autores, en los trabajos en que se menciona, el impulso sexual se halla generalmente disminuido y, en muy pocos casos, "normal, aumentado o, simplemente, cambiado".

Lyketsos (143) halla en su muestra de 113 pacientes crónicos hospitalizados un 87% de varones y un 42% de mujeres afectados por disfunciones sexuales, que el entrevistador relaciona con psicofármacos. Sólo siete de los pacientes masculinos refirieron alteraciones del deseo sexual.

Strauss y Gross (168), revisan en general las disfunciones sexuales causadas por psicofármacos, señalando que los trastornos más frecuentemente hallados en relación con la medicación son disminución del impulso y trastornos eyaculatorios.

También Barnes y Harvey (160), señalan que "un problema común tanto en hombres como en mujeres tratadas con neurolépticos es una pérdida de interés sexual. La disminución del impulso ha sido comunicada con fenotiazinas y butiroferonas". Según estos autores, la retirada de los antipsicóticos puede ir asociada con la reaparición de la actividad sexual.

3.8.2.2 Disfunción erectiva. Haider (165) comunica cuatro casos de disfunción erectiva en ocho pacientes tratados con tioridazina.

Carlson y Sadoff (169) señalan como efecto de la tioridazina la impotencia en varones.

Kotin et al. (166) entrevistaron a 87 pacientes psiquiátricos masculinos, 77 de ellos ambulatorios y 10 ingresados, de los cuales 75 eran esquizofrénicos, que mantenían actividad sexual estando en tratamiento con neurolépticos. Hallaron que el 60% de los pacientes en tratamiento con tioridazina presentaban algún tipo de disfunción sexual, por sólo el 25% de los que se trataban con otros neurolépticos, incluyendo clorpromazina, trifluoperazina, perfenazina, proclorperazina, flufenazina, y haloperidol. El 44% de los pacientes que tomaban tioridazina y 19% de pacientes con otros neurolépticos presentaban dificultad en conseguir la erección. Asimismo, 35% de pacientes con tioridazina y 11% con otros neurolépticos presentaban dificultad en mantener la erección. Ambas diferencias resultaban altamente significativas.

Verhulst y Schneidman (96) en su muestra de 12 pacientes masculinos, hallaron tres con problemas erectivos relacionados con los antipsicóticos.

Ghadirian et al. (170), sobre una muestra de 55 pacientes esquizofrénicos ambulatorios, 26 hombres y 29 mujeres, todos bajo tratamiento neuroléptico (la mayor parte con enantato de flufenazina), hallan un 54% de pacientes masculinos, frente a un 30% de femeninos, que refieren algún tipo de disfunción sexual en el momento del estudio. Entre los pacientes masculinos, un 38% refirió dificultad en obtener la erección y un 42% dificultad en mantenerla.

Mitchell y Popkin (167) refieren que las dificultades para conseguir o mantener la erección han sido comunicadas con una gran variedad de antipsicóticos, tales como tioridazina, clorpromazina, flufenazina y haloperidol.

Lyketsos (143) halla un 49,9% de los pacientes masculinos de su muestra con disfunción eréctil. Es posible que esta alta tasa sea

debida a que la muestra de este autor está compuesta únicamente por pacientes crónicos hospitalizados.

Weizman et al. (171) hallan 5 pacientes con disfunción erectiva sobre una muestra de 13 que estaban siendo tratados con sulpiride.

Segraves (60) señala que la prevalencia de disfunción erectiva comunicada en los diversos estudios oscila entre el 23% y el 54% y que este efecto secundario puede ser dosis dependiente, ya que se ha comunicado el restablecimiento de la función erectiva reduciendo la dosis en el caso del sulpiride, la clorpromazina y la pimozida.

En una revisión sobre 65 pacientes psicóticos tratados con risperidona, Blas (172) halla 2 de los 42 pacientes de la muestra que presentan "una inicial dificultad de erección, posteriormente corregida"

3.8.2.3 Trastornos eyaculatorios. Haider (165) comunica una inhibición de la eyaculación en sus ocho pacientes tratados con tioridazina. En su breve revisión cita los trabajos de Singh, Freyhan y Heller, quienes, en 1961, por separado y por este orden, fueron los primeros en comunicar casos de inhibición de la eyaculación por la tioridazina.

Blair y Simpson (173), investigaron los efectos de varios neurolépticos (perfenazina, trifluoperazina, butaperazina, reserpina y butirofenonas) en las eyaculaciones de 35 esquizofrénicos crónicos, producidas por medio de un vibrador mecánico. El reflejo eyaculatorio fue testado antes, durante y después del tratamiento neuroléptico. Antes del tratamiento (período libre de fármaco de al menos 6 meses) fue rara la inhabilidad para eyacular (menos del 2% de ensayos). Durante el tratamiento, hubo una interferencia parcial con la eyaculación que osciló entre el 10,9% de intentos con la perfenazina, al 43,6% de

intentos con las butiroferonas (que se hallaban aún en fase experimental) y una interferencia total con la eyaculación que osciló entre el 4,1% de intentos con la perfe-nazina y el 59,1% con la butaperazina. La eyaculación se recuperaba a los niveles pre tratamiento entre 1 y 8 semanas tras cesar la medicación.

Carlson y Sadoff (169) señalan el efecto de retardo del orgasmo en hombres tratados con tioridazina, considerando que, aunque no existe una relación dosis dependiente, este efecto es más grave con altas dosis.

En el estudio de Kotin et al. (166), de un total de 87 pacientes, se comunica que 4 pacientes con tioridazina y 2 con otros neurolépticos refinieron cambios en la calidad del orgasmo. Las dificultades eyaculatorias se asociaron específicamente con la tioridazina. Un tercio de los pacientes presentaba eyaculación retrógrada y dos de los pacientes tratados con tioridazina, orgasmo doloroso.

Según Akhtar y Tohmson (129), las disfunciones eyaculatorias son menos comunes con tioxantenos y butirofenonas y todas ellas son reversibles reduciendo la dosis o suspendiendo el tratamiento.

En la muestra de Verhulst y Schneidman (96) sólo un paciente, que tomaba tioridazina, presentaba inhibición de la eyaculación.

En el trabajo de Ghadirian et al. (170), un 58% de pacientes masculinos comunicó dificultad en alcanzar el orgasmo, otro 58% cambios en la calidad del orgasmo y un 46% disminución del eyaculado.

Mitchell y Popkin (167) abundan en el tema, señalando que "el problema sexual comunicado más frecuentemente en los pacientes que toman antipsicóticos es la disfunción eyaculatoria y el fármaco más comúnmente asociado con este problema es la tioridazina". Los autores citan también casos aisla-

dos de disfunción eyaculatoria comunicados con clorpromazina, clorprotixeno, piperacetazina y mesoridazina.

Lyketsos (143) halla un 28,9% de varones de su muestra con dificultades eyaculatorias.

Murali et al (174) estudian las disfunciones sexuales de 40 esquizofrénicos casados que habían estado recibiendo un tratamiento a largo plazo con fenotiazinas (excluida la tioridazina) y hallan una prevalencia de eyaculación precoz del 12.5%, además de una prevalencia de disfunción eréctil similar a la encontrada por Mitchell y Popkin. Aunque el autor comenta la posibilidad de que la medicación influya, "junto con factores psicológicos", no parece probable que la rapidez eyaculatoria sea yatrogénica.

Barnes y Harvey (160) coinciden en considerar la disfunción eyaculatoria como el efecto más frecuente sobre la función sexual y en responsabilizar a la tioridazina, que, según los autores, "parece ser la más culpable, sobre la base de su potente acción bloqueante alfa adrenérgica a nivel periférico".

Talmon et al. (175) comunicaron tres casos de eyaculación retrógrada debidos a clozapina, en tres esquizofrénicos paranoides de 29, 30 y 37 años. En uno de ellos la disfunción desapareció tras reducir la dosis, mientras que en los otros dos revirtió al suspender el tratamiento.

Finalmente, Williams y O'Brien (176) comunican un caso de eyaculación espontánea asociada al zuclopentixol.

3.8.2.4 Priapismo. Akhtar y Tohmson (129) definen el priapismo como "una persistente y anormal erección del pene en ausencia de deseo sexual" y citan la comunicación de un caso atribuible al tratamiento con fenotiazinas.

Según Gitlin (161), el priapismo está asociado con neurolépticos en el 20% de los casos yatrogénicos. El priapismo inducido por neurolépticos no parece relacionado con la dosis o el tiempo de tratamiento. Se ha comunicado priapismo con neurolépticos de baja, media y alta potencia.

En la revisión de Mitchell y Popkin (167) se citan 19 comunicaciones de casos de priapismo asociados a fármacos antipsicóticos, siendo los más comúnmente implicados la clorpromazina y la tioridazina. En un caso el priapismo se presentó tras una única inyección intramuscular de 25 mg. de clorpromazina.

Tres varones de la muestra de Lyketsos (143) presentaron priapismo.

Fishbain (177) comunica el primer caso de priapismo asociado a la flufenazina, en un varón de 25 años, tras dos días de tratamiento.

Chen y Lee (178) comunican un caso de priapismo y hepatotoxicidad en un paciente psicótico, cinco días después de la administración de una dosis intramuscular única de 200 mg. de clorpromazina.

Barnes y Harvey (160) señalan que el priapismo debe ser contemplado como una emergencia, que requiere solución inmediata si quiere evitarse una impotencia orgánica permanente. Al igual que otros autores, consideran que el priapismo parece ser más frecuentemente comunicado con fenotiazinas que con butirofenonas tales como el haloperidol.

J.L. Fabián (179) comunica un caso de priapismo con flupentixol, en un paciente que había sido tratado anteriormente con dicho fármaco sin presentar signos de priapismo. La alteración se produjo con 18 mg./día del fármaco, que era la dosis más alta que el paciente había recibido. Al reducir la dosis a 12

mg./día no hubo recurrencia del priapismo, por lo que el autor concluye que puede haber un efecto dosis dependiente y que no existe relación entre la aparición del efecto secundario y la duración del tratamiento.

3.8.2.5 Disfunciones femeninas. Aunque las disfunciones femeninas y masculinas son fisiológicamente equivalentes, se ha prestado muy escasa atención a la problemática sexual de las pacientes esquizofrénicas en relación con los pacientes masculinos. Por ello, agrupamos todas las referencias en un sólo epígrafe.

Diversos autores han hecho hincapié en esta diferencia. Collins y Kellner (97) citan un trabajo en el que se llama la atención sobre el hecho de que existió un espacio de 15 años entre la primera comunicación de inhibición eyaculatoria con la tioridazina, referida por Singh en 1961, y la primera comunicación de un trastorno sexual inducido por la tioridazina en la mujer, que el autor atribuye a Kotin, en 1976. De hecho, parece que los autores incurren en un error, ya que, en 1971, Carlson y Sadoff ya comunicaron esta disfunción en mujeres y además el estudio de Kotin se llevó a cabo únicamente con pacientes masculinos. En todo caso, el lapso fue de diez años y la intención de remarcar la distinta atención a los problemas masculinos y femeninos sigue siendo válida.

Tanto Collins y Kellner como Gitlin (161) explican esta diferencia en función de razones anatómicas y de una supuesta mayor reticencia de la mujer en comunicar problemas sexuales. En cuanto al primer punto, Collins y Kellner señalan que "por razones anatómicas y fisiológicas, las mujeres son más difíciles de estudiar", mientras que Gitlin apunta que "debido a que resulta más fácil la observación de la función erectiva, muchos estudios se han centrado exclusivamente en la función sexual masculina". En cuanto al

segundo punto, Collins y Kellner afirman que "las mujeres, tal vez por presiones culturales, son más reticentes a la hora de comunicar disfunciones", mientras que Gitlin señala que "quizás sea menos probable que las mujeres comuniquen espontáneamente efectos secundarios sexuales".

También Barnes y Harvey (160) y Strauss y Gross (168) señalan la escasez de estudios referentes a la sexualidad de la mujer, de quién, afirman éstos "se hace más hincapié en aspectos de la función reproductiva o del ciclo menstrual".

La primera referencia a un efecto secundario en pacientes femeninas la hallamos, como afirmábamos anteriormente, en Carlson y Sadoff (169), quienes señalan que la tioridazina produce un retardo del orgasmo, tanto en hombres como en mujeres.

Verhulst y Schneidman (96) refieren tres casos de reducción del impulso sexual y cinco de retardo en la lubricación vaginal y en alcanzar el orgasmo en su muestra de ocho mujeres.

En el estudio de Ghadirian et al. (170), un 33% de las pacientes femeninas, tratadas mayoritariamente con flufenazina, refirieron cambios en la calidad del orgasmo, un 7% dolor durante el orgasmo y un 22% dificultad en alcanzar el orgasmo.

Ayd (180) en una revisión, halla dos casos de inhibición orgásmica femenina asociados a neurolépticos. En uno de ellos el fármaco causante de la disfunción era la trifluoperazina, a dosis de 15 mg. día, y la paciente mejoró al cambiar a loxapina. El otro caso se produjo con tioridazina (200 mg./día) y mejoró al pautar decanoato de flufenazina, 12,5 mg. cada dos semanas. En ambos casos las pacientes contrarrestaban en parte el efecto del neuroléptico tomando diazepam.

En la muestra de Lyketsos (143), el 66,6% de mujeres presentaban amenorrea y sólo una mujer refería alteraciones del deseo sexual. Esta baja incidencia podría ser debida a un mal planteamiento de la cuestión o a un sesgo de la muestra por la cronicidad de las pacientes.

Raboch (132) no halla relación entre la dosis de neuroléptico administrada y la calidad de vida sexual en las pacientes esquizofrénicas femeninas.

El porcentaje de mujeres con dificultades orgásmicas es del 35% en la muestra de Merino y García (103).

3.8.2.6 Otros trastornos. Akhtar y Tohmson (129) hacen referencia a los "efectos feminizantes: muchos antipsicóticos pueden causar aumento del tamaño de las mamas y galactorrea en mujeres, así como ginecomastia en hombres. Cuando son causados por fenotiazinas, estos efectos se observan más frecuentemente en pacientes jóvenes y parecen dependientes de la dosis".

Nestoros y Lehman (92) señalan que se ha comprobado que el semen de los esquizofrénicos sin medicación es morfológicamente normal, mientras que los neurolépticos producen una variedad de anomalías en la espermatogénesis.

Lyketsos (143) refiere que el 9,7% (un varón y diez mujeres) de su muestra presentaban signos de feminización (ginecomastia o galactorrea).

3.8.2.7 Mecanismos teóricos. La mayoría de autores está de acuerdo en que no existe un mecanismo único por el cual los neurolépticos alteran la función sexual. En este sentido, Nestoros (136) señala varios posibles mecanismos. En primer lugar, la propiedad de los neurolépticos de suprimir la hormona

luteinizante y la foliculo estimulante y de aumentar la prolactina. En segundo lugar, la propiedad básica y común a todos los neurolépticos de bloquear la acción central de la dopamina, siendo que ésta juega un papel excitador de muchos parámetros de la conducta sexual. En tercer lugar, la posibilidad de que los neurolépticos ejerzan su efecto siendo agonistas de la serotonina o antagonistas de la acetilcolina.

Ghadirian et al. (170) señalan tres distintos mecanismos por los que los antipsicóticos pueden influenciar la función sexual: a) a nivel del SNC, a través de efectos como sedación o parkinsonismo; b) a nivel periférico, a través del bloqueo colinérgico o alfa-adrenérgico y c) a nivel hormonal, a través de cambios en los niveles de prolactina, efecto antiandrogénico o antagonismo adrenorreceptor.

Aldridge (181) en una revisión, cita los siguientes mecanismos como potencialmente inductores de cambios sexuales: inhibición adrenérgica, sedación y depresión, hiperprolactinemia, efectos antiandrogénicos y efectos anticolinérgicos.

Mitchell (167), señala que, a parte de las explicaciones a partir de mecanismos neuroendocrinos, otros factores, como la ganancia de peso, la sedación o el parkinsonismo, pueden ser importantes para el paciente tratado con antipsicóticos.

Collins y Kellner (97) revisan los mecanismos teóricos, señalando la implicación de los receptores muscarínicos, alfa y beta adrenérgicos, dopaminérgicos y serotoninérgicos, así como la posible acción calcioantagonista de algunos neurolépticos. Los autores señalan que la molindona y la loxapina no han sido mencionadas como causantes de disfunción sexual, aunque ello tal vez es debido a su menor uso.

Gitlin (161) sistematiza los distintos mecanismos en cuatro apartados: (1) efectos inespecíficos sobre el sistema nervioso central, tales como sedación, conduciendo a una pérdida de interés y del funcionamiento sexual, (2) efectos sobre neurotransmisores específicos del SNC, como por ejemplo la medicación que bloquea la dopamina, que mediatiza el impulso sexual en el hipotálamo, conllevando una disminución del impulso, (3) efectos periféricos de la medicación, bloqueando un determinado neurotransmisor en el órgano diana y (4) efectos hormonales, tales como el incremento de la prolactina causado por el bloqueo dopaminérgico. El autor puntualiza que "desde luego, algunas medicaciones pueden tener efectos múltiples, incluyendo influencias contradictorias en sus efectos periféricos y centrales y comportando efectos clínicos complejos".

Otros autores, como Richelson (182) ponen más acento en la interrelación entre neurotransmisores, señalando que "es esencial un adecuado balance entre acetilcolina y catecolaminas en sus respectivos receptores para que tengan lugar la erección y la eyaculación".

Intentaremos revisar, seguidamente, cada uno de estos mecanismos.

- MECANISMOS NEUROENDOCRINOS. El hecho de que los mecanismos dopaminérgicos ocupen una posición estratégica entre las funciones distorsionadas en la esquizofrenia y que la inhibición de las funciones centrales de la dopamina sea una propiedad básica común a todos los neurolépticos, ha dado lugar a que el interés de las investigaciones se centre en este aspecto. Así, un buen número de trabajos intentan relacionar el bloqueo dopaminérgico y, con ello, el aumento de prolactina, con la mayor o menor incidencia de disfunción sexual.

Un sólo estudio, el de Arató et al. (183) no logra establecer esta relación. Los autores, sobre una muestra de 27 pacientes esquizofrénicos en tratamiento de larga duración con decaonato de flufenazina, compararon el grupo de pacientes que presentaban problemas sexuales, con los pacientes sin problemas sexuales y con un grupo control. Los dos grupos de pacientes mostraban niveles de prolactina más altos que el grupo control, pero no había diferencias estadísticas entre los niveles de prolactina de los dos grupos de pacientes.

En contradicción con este estudio, los otros trabajos revisados hallan una correlación significativa entre la problemática sexual y los niveles de prolactina.

Meco et al. (184) estudian el efecto del decaonato de haloperidol sobre los niveles de prolactina y la correlación entre ésta y los efectos secundarios sexuales y extrapiramidales. Los autores hallan que los niveles de prolactina son significativamente más altos en aquellos pacientes masculinos con disfunciones sexuales (problemas erectivos y disminución del impulso) y concluyen que la prolactina es un factor importante en la inducción de trastornos sexuales. Los autores señalan que "el mecanismo por el que la hiperprolactinemia produce impotencia no está aclarado", sugiriendo un "efecto inhibitorio directo de la prolactina en los mecanismos centrales que controlan la conducta sexual, así como la posibilidad de que este efecto inhibitorio resulte de la interferencia de la prolactina con los neurotransmisores clásicos (DA, 5-HT) o peptidérgicos (ACTH-like, péptidos opiáceos)".

Weizman et al. (171) en un estudio sobre el efecto del sulpiride en pacientes ambulatorios, hallan que los pacientes que desarrollan problemas erectivos presentan niveles más altos de prolactina plasmática y que el efecto

del sulpiride, tanto sobre la prolactina como sobre la función sexual, es dosis dependiente. Los autores proponen que los niveles elevados de prolactina pueden actuar sobre el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal a tres niveles:

- Sobre la secreción de gonadotrofinas por su efecto sobre el sistema de control opioide y catecolaminérgico.
- Disminuyendo la respuesta de la hipófisis a la LRH.
- Disminuyendo la respuesta de las gónadas a las gonadotrofinas.

En un estudio sobre 20 pacientes esquizofrénicos masculinos físicamente sanos, Burke et al. (100) hallan una correlación significativa entre el grado de disfunción sexual y los indicadores biológicos del grado de bloqueo dopaminérgico. Así, los pacientes que comunican un mayor grado de dificultad sexual, son los que presentan unos efectos extrapiramidales más severos y unos niveles más altos de prolactina plasmática. No hallan relación, en cambio, con las dosis de neurolépticos (a diferencia del estudio citado anteriormente) o de anticolinérgicos, con los años desde la primera hospitalización, con el GAF del año anterior ni con el tiempo de hospitalización actual.

Ghadirian et al. (170), ponen el acento en la distinta respuesta según el sexo. En su estudio, las disfunciones sexuales se asociaron a niveles altos de prolactina en los hombres, pero no en las mujeres. En éstas, los altos niveles de prolactina se asociaron a irregularidades menstruales. No se halló correlación entre las medicaciones antiparkinsonianas y la disfunción sexual o las irregularidades menstruales. Los autores concluyen que los antipsicóticos inducen más disfunciones sexuales en los hombres que en las mujeres, dando a este hecho dos posibles explicaciones: una, que los receptores

dopaminérgicos de las mujeres sean más tolerantes a los efectos antidopaminérgicos de la medicación, dado que los estrógenos son también antidopaminérgicos; la segunda, que el mayor efecto terapéutico de los neurolépticos en las mujeres conlleve un retorno más rápido a una vida sexual normal.

Sata (185), en una revisión, enfatiza el papel de la dopamina en todas las fases de la sexualidad masculina: deseo, erección y eyaculación. Es de notar que, en este último punto está en desacuerdo con Segraves (60). De todos modos, aunque Sata centra su revisión en la transmisión dopaminérgica, él mismo puntualiza que se debe ser cauto con las simplificaciones. El autor señala que el funcionamiento sexual incluye muchos niveles en el sistema nervioso central, autónomo y periférico y que la función sexual puede deberse a una suma o a una combinación de co-transmisión entre distintos neurotransmisores (p.ej. dopamina, serotonina, epinefrina, etc.), neuromoduladores (p. ej. polipéptido intestinal vasoactivo, sustancia P, endorfinas, etc.) y hormonas (p. ej. testosterona, estrógenos, prolactina, etc.).

Algunos autores han estudiado el papel de las gonadotrofinas, aunque los resultados son contradictorios. En un estudio de Brambilla y Penati, citado en Nestoros (92) comunican que, en un grupo de 22 hombres esquizofrénicos crónicos tratados con haloperidol, la secreción total urinaria de gonadotrofinas se incrementó hasta valores normales dentro de los primeros 15 días de terapia, para volver a los niveles pre-tratamiento tras la retirada del fármaco.

Arató et al. (183) no hallaron diferencias en los niveles de testosterona y FSH entre los tres grupos estudiados (dos de pacientes y uno de controles), pero en los pacientes con actividad sexual normal, el incremento de LH fue significativamente mayor. Los autores especulan con la posibilidad de que la norma-

lidad sexual, a pesar del tratamiento neuroléptico, esté relacionada con altas concentraciones de LH en plasma.

En relación con el papel de la testosterona, Pollack et al. (186), señalan que, aunque los neurolépticos pueden disminuir la testosterona plasmática, la asociación entre neurolépticos y testosterona es "inconsistente". Los autores sugieren que la supresión de la testosterona ocurriría por vía gonadal, más que a nivel de mecanismos centrales.

Gitlin (161) señala, de acuerdo con Weizman y en desacuerdo con Burke, que todos los efectos colaterales sexuales de los neurolépticos están relacionados con la dosis. La tioridazina es el que se asocia con más altas tasa de efectos sexuales por razones no aclaradas. El mecanismo primario subyacente es el efecto común de bloqueo dopaminérgico y el efecto secundario de incrementar la prolactina plasmática. Gitlin afirma que "debido a su falta de bloqueo de los receptores D2, junto con poca potencia para elevar los niveles de prolactina, la clozapina está asociada con menos efectos secundarios que los otros neurolépticos".

En este mismo sentido se expresa Safferman (187), quién atribuye a la débil fijación sobre los receptores D2 de la clozapina el hecho de que no se observen los efectos secundarios propios de la hiperprolactinemia, como la amenorrea, galactorrea y ginecomastia.

- **INHIBICIÓN ADRENÉRGICA.** El bloqueo adrenérgico ha sido implicado de forma vaga en la disfunción erectiva: Barnes y Harvey (160) afirman que los antipsicóticos tienen, tanto actividad anticolinérgica como bloqueante alfa adrenérgica, que presumiblemente distorsiona el control de la erección vía sistema simpático y parasimpático".

Sin embargo, los dos cuadros en los que se ha establecido una relación más clara con el

bloqueo simpático han sido los trastornos eyaculatorios, tanto la eyaculación retardada, como la inhibida o la retrógrada y el priapismo.

Carlson y Sadoff (169), ya atribuyeron la inhibición eyaculatoria de la tioridazina a su actividad adrenolítica.

Kotin et al (166) atribuyen la eyaculación retrógrada producida por la tioridazina, a "su efecto simpaticolítico o, más específicamente, a sus propiedades bloqueantes alfa adrenérgicas".

Nininger (188) afirma que la tioridazina parece particularmente propensa a causar eyaculación retrógrada por fallo del cierre del esfínter interno.

Barnes y Harvey (160), sin embargo, señalan en su revisión que no se ha hallado evidencia de esperma en muestras de orina post masturbación de hombres que tomaban tioridazina y que, probablemente, la acción de la tioridazina consiste en una inhibición de la fase de emisión.

En cuanto al priapismo, Fishbain (177) hipotetiza que el bloqueo alfa adrenérgico inhibe la detumescencia, mediatizada por el simpático, por lo que la dominancia colinérgica conlleva una prolongación de la erección. Esta hipótesis se apoya en el hecho de que otros fármacos con propiedades bloqueantes alfa adrenérgicas producen priapismo tras inyección intracorpórea (189) y que estas erecciones pueden ser revertidas con un agonista alfa adrenérgico como el metaraminol.

En el mismo sentido se halla la comunicación de Fabián (179) sobre un caso de priapismo con flupentixol, un fármaco con una potente acción bloqueante alfa adrenérgica.

Chen y Lee (178), en su comunicación de un caso de priapismo asociado a hepatotoxicidad, ponen en duda la hipótesis del bloqueo alfa adrenérgico. En su opinión, las reacciones de priapismo se deberían a un problema de "hipersensibilidad", que vendría determinada por los siguientes criterios: (a) la reacción ocurre en una pequeña proporción de individuos expuestos, (b) existe un período de latencia entre la exposición y la reacción, (c) la reacción se produce con dosis relativamente pequeñas y (d) existe una asociación con otro fenómeno conocido de hipersensibilidad, como la eosinofilia.

- EFECTOS ANTICOLINÉRGICOS. Se ha sugerido (92) que los neurolépticos con propiedades anticolinérgicas más potentes, producirían menos efectos extrapiramidales y más disfunciones sexuales. Según el autor, "el hallazgo de que la tioridazina que, comparada con la clorpromazina, produce menos efectos extrapiramidales pero provoca más efectos secundarios sexuales, es consistente con dicha hipótesis".

Segraves (60) refiere que la disfunción erectiva causada por el decanoato de flufenazina, fue revertida con benzotropina, un agonista colinérgico. "Debido a que muchos neurolépticos, incluida la flufenazina, poseen un efecto bloqueante adrenérgico, esta comunicación es consistente con el concepto de que es necesario un balance adrenérgico-colinérgico para una función erectiva adecuada".

Asimismo, Barnes y Harvey (160) señalan que "en la mujer, la disminución del impulso sexual y las dificultades orgásmicas han sido atribuidas a los efectos anticolinérgicos de los antipsicóticos. Sin embargo, el trabajo que citan, según el cual "dos mujeres con orgasmo retardado, en tratamiento con fenotiazinas, recuperaron su función sexual cuando se les cambió la medicación a loxapina y flufenazina, con menor actividad anticoli-

nérgica y antiadrenérgica", no diferencia entre la posibilidad de que la mejoría sea debida a la menos acción anticolinérgica o antiadrenérgica. De hecho, la flufenazina también estaba relacionada con disfunción sexual en el estudio de Segraves.

- **POTENCIACIÓN SEROTONINÉRGICA.** No tenemos referencias de la implicación de los mecanismos de potenciación serotoninérgica de algunos neurolépticos en la inducción de efectos secundarios sexuales.

- **OTROS MECANISMOS.** Barnes y Harvey (160) discuten la posibilidad, ya citada anteriormente, de una posible acción calcio antagonista. Los autores citan el trabajo de Gould et al., quienes proponen que la hipótesis del bloqueo adrenérgico no explica adecuadamente la alta frecuencia de dificultades eyaculatorias con la tioridazina y que una posible explicación es su actividad calcio antagonista. Sin embargo, señalan los autores, se ha comunicado que la pimozida posee la misma actividad calcio antagonista y en cambio presenta una baja incidencia de efectos secundarios sexuales.

3.8.2.8 Neurolépticos, sexualidad y reproducción. Al referirse al efecto global de la medicación neuroléptica sobre la actividad sexual y reproductiva de los pacientes psicóticos, los autores se dividen en dos grupos: los que dibujan un panorama sombrío sobre la sexualidad y la reproducción, debido a los efectos secundarios sexuales y los que valoran como algo más importante la mejoría global del paciente y, con ella, una mejor vivencia de la sexualidad y una mayor posibilidad reproductiva.

Entre los primeros se halla Lehman (133), quién señala que "mientras los modernos tratamientos farmacológicos reducen los síntomas del aislamiento social y facilitan el hallazgo de una pareja para el esquizofrénico,

simultáneamente reducen el impulso sexual a través de dos mecanismos: por efectos directos farmacodinámicos bloqueando los receptores dopaminérgicos y por acción indirecta sobre el eje hipófiso-gonadal induciendo niveles de prolactina anormalmente altos. Esto lleva al esquizofrénico a una disminución total de su actividad sexual".

En el mismo sentido, Collins y Kellner (97) apuntan que "tal vez los beneficios de la era neuroléptica no han tenido efecto sobre la procreación de los esquizofrénicos, o quizás, el efecto de la disminución en la hospitalización se ha visto anulado por los efectos adversos de los neurolépticos sobre el funcionamiento sexual".

Sin embargo, según Nestoros (92), la introducción de los neurolépticos, a principios de los 50, se ha asociado con un incremento de las tasas reproductivas de los esquizofrénicos. El autor explica este incremento en los siguientes términos: "El tiempo de estancia en el hospital se ha acortado y, para los que permanecen ingresados, se han visto controlados al menos algunos de los aspectos más disruptivos y destructivos de la enfermedad. Todos estos efectos han conducido a una serie de profundos cambios en las actitudes, tanto del personal hospitalario como de la sociedad en general, resultando para los esquizofrénicos una disponibilidad mucho mayor de años de vida en comunidad y de más oportunidades de matrimonio y reproducción. Además, tampoco puede ignorarse la posibilidad de que algunos pacientes puedan funcionar sexualmente mejor tomando neurolépticos que sin ellos. En estos pacientes, la mejoría de la ansiedad psicótica, de la desorganización del pensamiento, del miedo a la intimidad física y de otros síntomas que interfieran con el funcionamiento sexual del paciente, pueden ser más significativos que los efectos secundarios sexuales de la medicación".

En el mismo sentido, Rosenbaum (104) se pregunta si los neurolépticos "ayudan" o "dificultan". "¿Pesa más en el balance la disminución de la excitación sexual fisiológica que el miedo a perder el pene para siempre? ¿Va a poder más el amplio impacto beneficioso de los neurolépticos en el funcionamiento general que su efecto más restringido, sobre el funcionamiento genital? ¿Quién es el juez?"

Rosenbaum espera que el hecho de que los neurolépticos tengan efectos secundarios sexuales, abra una puerta a una visión más directa de la sexualidad de los pacientes. Según él, no sólo debemos investigar en esta área por nuestra curiosidad clínica, sino también por nuestra responsabilidad profesional.

3.8.3 Antidepresivos

Los antidepresivos no son fármacos usados de forma sistemática en la esquizofrenia. Sin embargo, existen varios cuadros clínicos que comportan sintomatología depresiva en el paciente esquizofrénico, en los que está indicado el uso de medicación antidepresiva. Estos cuadros, aunque mal delimitados y, en ocasiones, difíciles de diferenciar, vienen dados por la posibilidad de una verdadera depresión en un paciente psicótico, por algunos aspectos de la sintomatología negativa y por una posible depresión farmacógena producida por los neurolépticos (190). En conjunto, "se acepta que un promedio de un 50% de todos los pacientes esquizofrénicos presentarán sintomatología depresiva en algún momento del curso de su enfermedad" (191). Aunque en general se recomienda cautela en el empleo de antidepresivos en la esquizofrenia, por el riesgo de exacerbación de la sintomatología psicótica, en ocasiones su uso está justificado desde el inicio del cuadro (192).

3.8.3.1 Antidepresivos y disfunciones sexuales. Desgraciadamente, los antidepresivos son fármacos con numerosos efectos secundarios sexuales, que vienen a sumarse, en estos casos, a los producidos por los neurolépticos.

Los efectos secundarios más frecuentemente observados son los trastornos eyaculatorios, en forma de retardo, inhibición o eyaculación retrógrada. Del mismo modo, las mujeres se ven afectadas por retardo o inhibición orgásmica. Con menor frecuencia se han comunicado casos de disfunción erectiva y de disminución del impulso, así como de priapismo, asociado prácticamente a la trazodona.

Nininger (188) comunica un caso de "inhibición eyaculatoria" en un paciente de 22 años tratado con amitriptilina. En realidad, el caso comunicado se trata de una eyaculación retrógrada.

Comfort (193), señala que la eyaculación está inhibida o ausente en una "considerable proporción" de pacientes en tratamiento con el IMAO fenelzina. Comfort puntualiza que "el umbral del reflejo eyaculatorio parece aumentado, ya que muchos de estos pacientes logran eyacular con la masturbación pero no con el coito". Según el autor, estos efectos se presentan tras 4 ó 5 días de tratamiento y desaparecen inmediatamente tras la retirada del fármaco.

Ayd (180) en una revisión sobre psicofármacos y disfunción sexual femenina, halla varios casos de anorgasmia producida por fenelzina, que remiten cuando se reduce la dosis, aunque ésta es distinta para cada paciente: una recupera su capacidad orgásmica con 45 mg./día, otra con 30 y otra con 15 mg./día. Otros casos de anorgasmia han sido comunicados con amoxapina y clomipramina.

Barnes y Harvey (160), en una revisión, señalan que los antidepresivos heterocíclicos, incluyendo amitriptilina, imipramina, desipramina, tripramina, amoxapina, doxepina y clomipramina son capaces de retardar la eyaculación y quizás de producir inhibición o ausencia de la eyaculación. La completa abolición de la eyaculación puede ser un efecto dosis dependiente. Los autores citan un estudio en el que un 96% de la muestra, que era previamente orgásmica, presentó anorgasmia a una dosis de 200 mg./día de clomipramina, afectando por igual a ambos sexos.

En cuanto a los nuevos ISRS, los autores comunican orgasmo retardado o anorgasmia en el 7,8 al 8,3% de pacientes tratados con fluoxetina, el 8,6 al 21% de disfunción sexual masculina con sertralina y del 9% con paroxetina. A este último antidepresivo, Dunbar (194) atribuye también un 9% de pacientes masculinos con retardo de la eyaculación. El mismo porcentaje se mantiene en el tratamiento a largo plazo (más de 6 meses).

Otros trastornos eyaculatorios atribuidos a los antidepresivos han sido el orgasmo espontáneo asociado al bostezo, comunicado con fluoxetina (en una paciente femenina) y con clomipramina (en dos hombres y dos mujeres) y la eyaculación dolorosa, comunicada con clomipramina, desipramina, imipramina, protriptilina y el IMAO tranilcipromina (195)(196).

Se han comunicado casos de impotencia asociada con antidepresivos heterocíclicos y con IMAO, incluyendo fenelzina, isocarboxácida y tranilcipromina. Barnes y Harvey (160) citan estudios contradictorios en cuanto a la presencia de disfunción erectiva, cuya incidencia oscila entre el 0% y el 20%. Según los autores, sin embargo, se ha objetivado una correlación inversa entre los niveles plasmáticos de clomipramina y el grado de tumescencia peneana nocturna.

En general, existe acuerdo en que los antidepresivos afectan más a la capacidad eyaculatoria que a la capacidad erectiva. Se ha sugerido que el IMAO no hidrazínico, tranilcipromina produce menos disfunciones sexuales que la fenelzina.

Barnes y Harvey señalan que el priapismo no ha sido descrito con antidepresivos tricíclicos, mientras que la trazodona ha sido frecuentemente implicada como responsable de erecciones prolongadas y priapismo. Según Pollack (186), el priapismo inducido por la trazodona es más probable que aparezca en los primeros 28 días de tratamiento y a dosis de 50 a 400 mg./día.

En cuanto al impulso sexual, se ha comunicado una disminución con casi todos los antidepresivos estudiados (196). Por otra parte, también se han comunicado casos de aumento del impulso. Barnes y Harvey (160) comentan casos de incremento del impulso sexual, en mujeres tratadas con trazodona, coincidiendo con la remisión de los síntomas depresivos y un efecto similar con el bupropion.

Otros casos de aumento del impulso sexual han sido descritos por Balon (162). En su muestra, presentaron aumento del impulso sexual un 16,6% de pacientes tratados con antidepresivos. Los fármacos que tomaban estos pacientes eran imipramina, desipramina, fluoxetina y doxepina.

Un trabajo de Philip et al. (197) halla que la moclobemida se asocia más a menudo que la doxepina con una mejora del impulso sexual, la disfunción erectiva y los trastornos eyaculatorios y orgásmicos. Aunque los autores plantean tanto la posibilidad de un efecto estimulante de la moclobemida, como de un efecto inhibitorio de la doxepina, se inclinan por apoyar la primera hipótesis, citando un caso de hipersexualidad desencadenado por 450 mg. de moclobemida, en

ausencia de otros síntomas maníacos o hipomaniacos.

Gitlin (161) señala que la incidencia de efectos sexuales parece ser mayor con los ISRS y la clomipramina, seguidos por los IMAOs y tricíclicos y menos común con bupropion. Las tasas de incidencia que proporciona este autor son más elevadas que las citadas por Barnes y Harvey. Para la fluoxetina, Gitlin cita una incidencia de disfunción sexual (sin especificar) que oscila entre el 1,9 y el 75%. En su opinión, esta disparidad es debida tanto a la escasa atención prestada a los efectos secundarios sexuales en los estudios iniciales sobre el fármaco, como a la menor incidencia observada en estudios a corto plazo (p. ej. 6 semanas), contrariamente al uso clínico en general, que es a más largo plazo. En cuanto a la sertralina y la paroxetina, la incidencia oficial se halla, según el autor, entre el 15,2% y 23% para hombres y el 1,7% y 13% para mujeres respectivamente.

3.8.3.2 Mecanismos teóricos. Se han sugerido tres posibles mecanismos para explicar la acción de los antidepresivos sobre el retado eyaculatorio (60) (160). Una primera posibilidad sería la acción anticolinérgica, que interferiría con el control colinérgico de la eyaculación anterógrada. El segundo mecanismo vendría dado por la acción sobre el sistema adrenérgico, tanto a nivel de potenciación central como de bloqueo periférico, ya que la eyaculación está básicamente mediada por los receptores alfa1 adrenérgicos. En tercer lugar, se ha sugerido también que los antidepresivos que aumentan la serotonina cerebral pueden producir inhibición orgásmica. Esta hipótesis vendría apoyada por varios hechos: la recuperación de la capacidad orgásmica al sustituir el antidepresivo por otro con menos efecto sobre la recaptación de la serotonina, la eficacia de la ciproheptadina en revertir la anorgasmia

inducida por antidepresivos y la alta incidencia de trastornos eyaculatorios y anorgasmia con los antidepresivos selectivos para la neurotransmisión serotoninérgica.

Comfort (193) es el único autor que valora otras posibilidades fuera de los sistemas de neurotransmisores, atribuyendo el retardo eyaculatorio producido por los tricíclicos a una elevación del umbral de tumescencia del glande, ya que, según el autor, en los hombres con eyaculación retardada o ausente el glande es flácido aún cuando la erección sea completa, mientras que en los hombres que presentan eyaculación precoz, el glande adquiere tumescencia antes de que los cuerpos cavernosos empiecen a llenarse.

En cuanto a las dificultades erectivas, se ha propuesto tanto su actividad anticolinérgica, que interfiere con el control parasimpático de la erección, como el aumento de la actividad noradrenérgica a nivel central. Según los autores, esta última hipótesis vendría apoyada por el hecho de que antidepresivos como la mianserina o los IMAO, que pueden dar lugar a problemas erectivos, poseen una afinidad mínima por los receptores muscarínicos, por lo que parece probable que ejerzan su efecto a través de la transmisión noradrenérgica.

En el caso del priapismo se ha propuesto, al igual que en el caso de los neurolépticos, un mecanismo de bloqueo alfa adrenérgico periférico. De hecho, la trazodona posee, en comparación con muchos antidepresivos, una potente acción bloqueante alfa adrenérgica, junto con una escasa actividad anticolinérgica.

3.8.4 Ansiolíticos

Existen muy pocos estudios controlados sobre efectos secundarios sexuales asociados a benzodiazepinas. Riley y Riley (198) en

un estudio a doble ciego con placebo y diazepam a dosis clínicas, en ocho mujeres, halló que el diazepam disminuye la sensación de excitación y orgasmo e incrementa la latencia orgásmica, siendo este efecto dosis dependiente. La mayoría de publicaciones se refieren, sin embargo, a comunicaciones de casos, que han incluido diversos cuadros disfuncionales. La revisión de *The Medical Letter* (195) implica los siguientes ansiolíticos y disfunciones: Alprazolam: inhibición orgásmica, eyaculación retardada o inhibida y disminución del impulso; buspirona: priapismo; diazepam: impulso disminuido, disfunción eréctil, dificultad eyaculatoria y anorgasmia y lorazepam: disminución del impulso. Se ha comunicado también (181) un caso de dificultad eyaculatoria con clordiazepóxido.

Por otra parte, existen comunicaciones sobre una mejoría de disfunciones sexuales preexistentes con buspirona, tal como refiere Pollack (186).

Según Gitlin (161), el mecanismo de acción de las benzodiazepinas sobre la sexualidad es desconocido pero puede comprender una combinación de efectos centrales inespecíficos -p.ej. sedación- con un componente de excesiva relajación muscular.

Huws y Sampson (199) señalan que, en vista de las pocas comunicaciones y del uso tan extenso de las benzodiazepinas, es probable que los efectos secundarios sexuales sean de rara aparición.

3.8.5 Antiparkinsonianos

A pesar de su frecuente uso, asociados a los neurolépticos, para combatir los efectos extrapiramidales, no existen estudios específicos sobre los efectos secundarios sexuales de los antiparkinsonianos. Algunos autores, en el marco de estudios más amplios, incluyen alguna valoración sobre la medicación

antiparkinsoniana. Este es el caso de Ghadian et al. (170), quienes no hallaron correlación entre la dosis de la medicación antiparkinsoniana prociclidina, que tomaban los pacientes de su muestra y las disfunciones sexuales o las irregularidades menstruales que presentaban.

La mayoría de estudios, sin embargo, se refieren a la L-dopa, un fármaco usado para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson, pero no en el tratamiento de la esquizofrenia.

Se ha comunicado con frecuencia el desencadenamiento de hipersexualidad en pacientes tratados con L-dopa, aunque se ha discutido si este efecto no era una recuperación de la sexualidad anterior o si se encuadraba en un cuadro más general de hipomanía, con la consiguiente hipersexualidad. Sin embargo, hay comunicaciones claras de hipersexualidad en ausencia de hipomanía o de otros trastornos psiquiátricos.

Peet y Gillow (200), en una revisión, citan un estudio en el que se administró L-dopa a un grupo de pacientes psiquiátricos esquizofrénicos y no esquizofrénicos. Cuatro de los diez esquizofrénicos desarrollaron un incremento de los delirios sexuales, mientras que tres, de seis hombres no esquizofrénicos, comunicaron efectos sexuales como erecciones espontáneas, reversión de una disfunción eréctil de largo tiempo de evolución y masturbación compulsiva, no acompañados de hipomanía evidente.

3.8.6 Litio y estabilizantes del ánimo

Probablemente el litio tiene poco efecto directo sobre la función sexual, aunque comunicaciones ocasionales lo asocian con diversas disfunciones sexuales. En la revisión de Pollack (186), el litio se asocia con disminución del impulso, disfunción erectiva

e incluso, en una comunicación, con eyacuación precoz. Sin embargo, Gitlin (161) cita un estudio en el que los pacientes tratados con litio y benzodiazepinas presentaban altas tasas de disfunción sexual, mientras que aquellos tratados sólo con litio mostraban pocas dificultades sexuales. Además, no había relación entre niveles de litio y disfunción sexual.

Según este autor, la carbamacepina disminuye los niveles de testosterona libre, tanto por inducción enzimática, que conlleva una aceleración del metabolismo de la hormona, como incrementando el porcentaje de testosterona ligada a proteínas. Ello puede conllevar una disminución del impulso sexual en hombres y posiblemente en mujeres. Ya que el valproato no altera el metabolismo de las hormonas sexuales es menos probable que esté asociado con efectos secundarios sexuales.

Una opinión similar es expresada por Peet y Gillow (200), quienes consideran que las drogas anticonvulsivantes pueden afectar al funcionamiento sexual a través de sus efectos hormonales. Según los autores, existen comunicaciones de incremento de hormonas sexuales ligadas a globulinas y disminución de testosterona libre en pacientes tratados con anticonvulsivantes. Esto parece ser un efecto del fármaco, ya que cambios similares se han hallado en voluntarios sanos tratados con carbamacepina.

Peet y Gillow citan, sin embargo, un estudio en el que se halló que los pacientes que tomaban carbamacepina tenían más sueños sexuales y que los pacientes sexualmente activos que tomaban valproato eran más capaces de conseguir una erección.

En resumen, los fármacos anticonvulsivantes inducen cambios hormonales que pueden, en teoría, tener efectos sobre la conducta se-

xual, aunque en la actualidad no existen evidencias suficientes de la existencia de efectos importantes sobre el funcionamiento sexual con dosis correctas de estos fármacos.

3.8.7 Disulfiram

El disulfiram se usa en el tratamiento del alcoholismo y con esta indicación se asocia, en ocasiones, al tratamiento neuroléptico en pacientes psicóticos con dicha conducta adictiva.

Peet y Gillow (200) señalan la posibilidad de que el disulfiram cause alteraciones en la función hipofiso-hipotalámico-gonadal.

Tal como señalan los autores, "las disfunciones sexuales, incluyendo la disfunción eréctil son relativamente comunes en los alcohólicos crónicos, lo cual debe ser valorado en los estudios en los que se afirma que el disulfiram causa disfunción erectiva". Sin embargo, existen evidencias directas de que el disulfiram puede causar dicho problema, ya que en un estudio en el que 30 alcohólicos abstinentes fueron tratados con disulfiram (250 mg./día) o con placebo, midiéndose la tumescencia peneana nocturna, se halló una disminución significativa, tanto en la frecuencia como en la duración, de las erecciones en el grupo tratado con disulfiram.

3.8.8 Evaluación

Aunque existen numerosas referencias a los efectos secundarios sexuales de los neurolépticos, pocos autores se adentran en el tema de cómo evaluar adecuadamente estos efectos. Si evaluar la función sexual ya es de por sí complejo, mucho más lo es el tener que discernir qué parte de este funcionamiento sexual es atribuible a la propia conducta sexual del paciente, a la enfermedad de base o a los fármacos con que está siendo tratado.

Cualquier disfunción sexual es la vía final común de problemas muy diversos, tanto sociales como psicológicos u orgánicos y, por tanto, debemos ser cautos a la hora de hacer una atribución concreta.

Uno de los puntos que debe explorarse en primer lugar es el de la sexualidad de base del paciente, antes del inicio de la enfermedad y antes del inicio de la medicación. Sobre este aspecto existe en general mucha menos información que sobre los efectos secundarios de los neurolépticos. En este sentido, Rosenbaum (104) se pregunta cómo evaluar adecuadamente el impacto de los neurolépticos sobre el funcionamiento sexual del individuo esquizofrénico, si no tenemos una descripción clara de esta función antes del tratamiento. Para ilustrar esta cuestión recurre a un conocido chiste: "Doctor, ¿podré tocar el piano después de mi operación? Desde luego que sí! Gracias, responde el ilusionado paciente que nunca había tocado el piano antes de su operación". El autor señala la falta de datos respecto al funcionamiento sexual premórbido y expone su hipótesis de que los neurolépticos afectan únicamente a la fase final de la fisiología sexual, es decir, al ciclo concreto y medible de respuesta sexual.

Fora (201) señala que la evaluación de las disfunciones sexuales en la esquizofrenia debe incluir: Historia general y consumo de tóxicos, exploración psicopatológica a parte del trastorno esquizofrénico, historia sexológica, relación de la disfunción actual con la enfermedad y la medicación y, finalmente, despistaje de factores orgánicos. Según el autor, tras esta evaluación debe efectuarse un diagnóstico diferencial entre tres grupos de agentes causales, no necesariamente excluyentes: (1) problemas yatrogénicos, (2) otros problemas orgánicos (vasculares, neurológicos...) y (3) problemas psicógenos.

Gitlin (161) señala que cuando un paciente tratado con psicofármacos se queja de un efecto secundario sexual, deben ser evaluadas todas las causas posibles de la disfunción, antes de atribuir el efecto al fármaco. Éstas pueden ser el trastorno presente, otros trastornos médicos o psiquiátricos coexistentes u otras medicaciones. Según el autor, al evaluar la disfunción del paciente, deben revisarse, al menos, seis áreas básicas: (1) el funcionamiento de base cuando el paciente no presentaba la enfermedad psiquiátrica, (2) otros trastornos psiquiátricos (incluyendo uso o abuso de sustancias), (3) trastornos médicos asociados, (4) medicaciones concurrentes, (5) funcionamiento sexual durante la enfermedad pero antes de iniciar la medicación psicotrópica y (6) contexto interpersonal de la disfunción.

Gitlin señala que las disfunciones sexuales pueden ser divididas en tres categorías, que "reflejan la interrupción en aspectos secuenciales de la respuesta sexual normal": (1) deseo sexual, (2) excitación (incluyendo lubricación en la mujer y erección en el hombre) y (3) orgasmo (incluyendo eyaculación en el hombre). Según el autor, las tres áreas pueden verse afectadas por la medicación psicotrópica y es vital, por tanto, evaluar cada área de la función sexual.

Un extremo que debe quedar aclarado antes de considerar yatrogénica una disfunción sexual, es la existencia de una relación temporal entre la administración de un fármaco y la alteración sexual. De hecho, la mejor demostración posible consiste en comprobar si retirando el fármaco se recupera la función sexual y volviéndolo a administrar vuelve a alterarse.

Dado que esto no siempre es posible, sea porque no puede retirarse el fármaco o porque existe un tiempo de latencia entre su administración y la aparición de efectos

secundarios sexuales, se ha sugerido que "un posible abordaje para diferenciar los efectos de la enfermedad de los de la medicación sobre la conducta sexual es el uso de medidas biológicas directamente relacionadas con el efecto del fármaco" (170).

En este sentido, Burke et al. (100), hallan que los indicadores farmacológicos del efecto neuroléptico (efectos extrapiramidales y elevación de la prolactina) se relacionan mucho más adecuadamente que las dosis de neurolépticos con las comunicaciones del paciente sobre su disfunción sexual.

Otra posibilidad, sugerida por Cooper et al. (202), es el registro de la tumescencia peneana nocturna (TPN). En su estudio, el autor revisa la eficacia de dicha técnica y la emplea para evaluar los efectos de la medicación (acetato de medroxyprogesterona) en un paciente esquizofrénico sexualmente agresivo.

Schiavi (203) puntualiza que "las claves para evaluar la función sexual son la entrevista psicosexual y la historia médica y psiquiátrica". Si aún así quedan dudas, el autor propone el empleo de toda la tecnología disponible en la evaluación sexual: TPN, doppler con medición de índice pene/brazo, inyecciones intracavernosas, cavernosometría, biotensiómetría, reflejo bulbocavernoso y determinaciones hormonales.

Estas serían, por tanto, otras opciones a utilizar en la evaluación, en los casos en que la medicación administrada diera lugar a unos indicadores fácilmente medibles.

3.8.9 Aspectos terapéuticos

Hasta aquí hemos revisado los efectos secundarios de los neurolépticos y otros psicofármacos. Habitualmente, cuando se habla de efectos secundarios, nos referimos a efectos indeseables, pero en el caso de los

psicofármacos, los mismos efectos secundarios pueden ser útiles para el tratamiento de problemas sexuales que previamente afecten al paciente. Por ello, dividiremos los aspectos terapéuticos en dos apartados: por una parte, revisaremos el uso de los psicofármacos como agentes terapéuticos en las disfunciones sexuales y, por otra, el abordaje terapéutico de las disfunciones sexuales causadas por los psicofármacos.

3.8.9.1 Los psicofármacos en la terapia de las disfunciones sexuales. El conocer esta posibilidad es importante a la hora de prescribir un psicofármaco a un paciente, ya que, si además de la patología de base, presenta determinados problemas sexuales, podemos "aprovechar" sus efectos secundarios para tratar ambos problemas, con lo que mejoraremos doblemente la calidad de vida del paciente.

Dado que los primeros efectos secundarios descritos fueron los trastornos de la eyaculación, pronto se advirtió la posibilidad de usar los psicofármacos en el tratamiento de la eyaculación rápida. Ya en 1966, Haider (165) señala "la posible utilidad de la tioridazina para tratar la eyaculación precoz y la masturbación compulsiva en pacientes psiquiátricos". También Carlson y Sadoff (169) consideran la tioridazina un fármaco útil en el tratamiento de la eyaculación precoz, "prolongando el tiempo entre la penetración y la eyaculación". Estos autores consideran que el efecto puede deberse a la disminución de la ansiedad o a un "efecto químico específico sobre el funcionamiento sexual".

Tras la tioridazina, tomó el relevo la clomipramina, desde que en 1973, Eaton (68) comunicó su eficacia en el tratamiento de la eyaculación precoz. Las comunicaciones al respecto son numerosas y el grado de eficacia reportado alcanza en algunos estudios el 100%. (204).

Sólo conocemos una comunicación (205), en que el lorazepam fue efectivo en el tratamiento de la eyaculación precoz, a dosis de 1 mg, 30 minutos antes de la relación.

Wabrek (206) estudió el efecto de la metoclopramida en un grupo de 12 eyaculadores precoces, sin hallar diferencias significativas en la latencia eyaculatoria subjetiva ni en la objetiva valorada por las parejas. El autor propone una hiperfunción del sistema simpático como posible disfunción en la eyaculación precoz, señalando la alta asociación entre eyaculación precoz e hiperhidrosis palmar.

Los problemas de impulso sexual, tanto por defecto como por exceso, han sido también subsidiarios de atención en los pacientes esquizofrénicos.

Lovett y Huszka (207) describen una combinación farmacológica con efectos "afrodisíacos" en un estudio realizado con 7 pacientes femeninas esquizofrénicas crónicas con 10 o más años de hospitalización. Dicha combinación consistía en un fármaco psicotropo con actividad antiserotonérgica y adrenolítica, un IMAO (fenelzina a dosis de 45 mg./día) y L-Triptófano a dosis de hasta 15 g./día. Cinco de las 7 pacientes mostraron un marcado incremento de su conducta sexual, junto con cambios significativos en la excreción de indolaminas y en la concentración de adrenalina libre.

Verhulst y Shneideman (96) describieron tres pacientes que se sentían extremadamente culpables por sus pensamientos sexuales para los cuales, "el hecho de que los neurolépticos redujeran su interés sexual fue una importante motivación para continuar el tratamiento".

Collins y Kellner (97) señalan algunos éxitos usando la flufenazina para controlar la con-

ducta sexual desviada y el benperidol para lograr una disminución del impulso sexual en agresores sexuales.

Nestoros y Lehman (92) señalan que dosis bajas de benperidol, una butirofenona, "inhibió la conducta sexual impulsiva, tanto en neuróticos como en delincuentes, sin interferir con la actividad sexual normal" en 52 de 54 agresores sexuales que cometieron exhibicionismo o abusos deshonestos.

Sin embargo, Tennent et al. (208) no hallaron útil el benperidol para controlar la conducta de 12 pedofílicos ingresados en un hospital psiquiátrico. Según sus resultados, "los efectos del benperidol son probablemente insuficientes para controlar formas graves de sexualidad desviada antisocial, pero puede ser útil en algunos casos en que sea beneficiosa una simple reducción de la frecuencia de pensamientos sexuales".

Stein et al. (209) comunican una buena respuesta de las obsesiones y compulsiones sexuales a los antidepresivos serotoninérgicos, fluoxetina y clomipramina. Sin embargo, los pacientes con parafilias no respondieron a esta medicación. Los autores sugieren que "tal vez las parafilias se hallen en el extremo impulsivo más que compulsivo en el espectro de los trastornos obsesivo compulsivos" y que, por ello, presentan una respuesta distinta al tratamiento.

Debemos señalar que actualmente las parafilias y las conductas sexuales antisociales se tratan, bien con acetato de ciproterona, bien con análogos de la hormona LRH (triptorelin, 3,75 mg./mes intramuscular) que presenta menos efectos secundarios que la ciproterona y una respuesta igualmente eficaz (210).

Al igual que Stein, Kornreich et al. (211) hallan la fluoxetina útil para reducir la frecuencia masturbatoria de un paciente esquizofrénico con masturbación compulsiva. Los

autores señalan, sin embargo, que desconocen si el resultado fue debido a la fluoxetina sola o a su combinación con Haloperidol y si se debió a su efectividad en reducir la conducta compulsiva o a sus posibles efectos secundarios sobre la sexualidad.

3.8.9.2 Tratamiento de las disfunciones sexuales causadas por psicofármacos.

Como comentábamos en la introducción de este trabajo, es frecuente que el médico no aborde los efectos secundarios sexuales, por pensar que no tendrá demasiadas alternativas para sugerirle al paciente. Con ello, muchos pacientes que sufren efectos secundarios sexuales quedan sin tratamiento. Pollack et al. (186) refieren que, de un grupo de pacientes que tomaban medicación antihipertensiva, un 10% comunicó impotencia espontáneamente, un 26% cuando se le preguntó sistemáticamente y un 47% cuando se les proporcionó un cuestionario para rellenar en privado.

Sin embargo, el sólo hecho de prestar atención a los problemas sexuales del paciente y la posibilidad de emplear alguna de las alternativas aquí revisadas puede ser de gran ayuda en algunos grupos de pacientes, principalmente aquellos para quienes la función sexual es importante para su autoestima o bien los que muestran un bajo cumplimiento en la toma de medicación.

Mitchell y Popkin (167) señalan que "la atención a los efectos secundarios mejora el cumplimiento del paciente, favorece una discusión abierta de las preocupaciones sexuales y previene la suma de otro problema a las vidas de unos pacientes ya cargadas con demasiadas dificultades".

En opinión de Aldridge (181), "la impotencia puede ser la principal razón por la que los hombres abandonan la medicación antipsicótica".

Un punto de discusión que plantea esta autora es si conviene advertir al paciente con anticipación de la posible aparición de efectos secundarios sexuales. Según ella, "decir a un paciente que un fármaco puede producir impotencia, podría verdaderamente dar lugar a una disfunción sexual, independientemente del efecto del fármaco".

Posiblemente sea preferible prescribir el fármaco que consideramos más adecuado, teniendo en cuenta sus posibles efectos sexuales, pero sin comunicarlos de entrada al paciente y efectuar una valoración de la función sexual en posteriores entrevistas.

En el abordaje de las disfunciones sexuales producidas por neurolépticos, Gitlin (161) propone los siguientes puntos:

- **REDUCCIÓN DE LA DOSIS DEL NEUROLÉPTICO:** Dado que los efectos secundarios sexuales (con excepción del priapismo) son generalmente dosis dependientes, las estrategias terapéuticas se inician considerando una reducción de la dosis. Esto parece especialmente razonable dado el número de recientes estudios demostrando que los pacientes esquizofrénicos son a menudo tratados con dosis de antipsicóticos más altas que las que serían óptimas.

- **REDUCCIÓN DE LA DOSIS DEL ANTICOLINÉRGICO:** El papel de la medicación anticolinérgica en la génesis de los efectos sexuales en pacientes no está aclarado. De todos modos, puede considerarse cambiar la dosis de anticolinérgicos (o cambiar a amantadina).

- **AÑADIR BROMOCRIPTINA:** Medir la prolactina plasmática es útil, ya que altos niveles de prolactina pueden ir asociados con una mayor incidencia de efectos colaterales sexuales en el hombre (170). La bromocriptina, un agonista dopaminérgico, puede

mejorar el impulso en pacientes con hiperprolactinemia, prescrita a dosis de 2,5 mg. dos o tres veces al día. Teóricamente, también puede exacerbar la psicosis, aunque clínicamente es infrecuente (183).

- CAMBIO DE NEUROLÉPTICO: Finalmente, si los efectos sexuales persisten a pesar de las estrategias descritas, debe considerarse la posibilidad de cambiar a un neuroléptico distinto, especialmente si se está tomando tioridazina.

Debemos señalar que otros autores proponen en primer lugar el cambio de neuroléptico, si ello no supone un riesgo de descompensación del paciente. Así, las pautas dadas por Collins y Kellner (97) incluyen:

- Revisar la medicación concomitante (antidepresivos o antihipertensivos).
- Si el paciente toma tioridazina o mesoridazina y presenta una disfunción sexual, cambiar el neuroléptico. Si el paciente está tomando un tiotixeno, una butirofenona o una fenotiazina no piperazínica, puede escogerse entre loxapina y molindona, teniendo en cuenta otros aspectos como el insomnio o la ganancia de peso.

Por otra parte, en la revisión de Gitlin no se aborda la posibilidad de que los neurolépticos originen dificultades sexuales por mecanismos distintos a la hiperprolactinemia, como pueden ser su efecto sobre la transmisión adrenérgica, colinérgica o serotoninérgica. En este caso, dado que estos mecanismos son compartidos con los antidepresivos, el posible uso de antidotos se amplía con las posibilidades que revisamos a continuación.

Gitlin (161) sugiere las siguientes "estrategias generales" para disminuir los efectos secundarios sexuales inducidos por los antidepresivos:

- DISMINUIR LA DOSIS. El autor señala que esta estrategia está especialmente indicada cuando se ha prescrito un ISRS, ya que "las dosis efectivas están a menudo por debajo de las prescritas".

- ESPERAR UNA POSIBLE ACOMODACIÓN AL EFECTO SECUNDARIO. Este efecto ha sido comunicado, según el autor, tanto con ISRS como con IMAO.

- CAMBIAR A UN ANTIDEPRESIVO DISTINTO. Debería ser, en principio, con un perfil distinto. Se desconoce la utilidad de cambiar de un ISRS a otro.

Se han comunicado también estrategias específicas para revertir los efectos secundarios inducidos por los antidepresivos. Los tres antidotos más comúnmente descritos son el betanecol, la ciproheptadina y la yohimbina.

Se ha comunicado que el fármaco colinérgico betanecol revierte los efectos causados tanto por tricíclicos como por IMAO (161). Las dosis empleadas son de 10 a 40 mg. en dosis única antes de la relación sexual o de 30 a 100 mg./día. Los posibles efectos secundarios incluyen diarrea, calambres y, a altas dosis, sudoración. Segraves (212) recomienda 10 mg., 30 minutos antes de la relación, en su comunicación de un caso de reversión de la anorgasmia inducida por imipramina. No tenemos referencias sobre la efectividad de los agonistas colinérgicos para tratar los efectos inducidos por ISRS.

La ciproheptadina, un antihistamínico con propiedades antiserotoninérgicas revierte la anorgasmia y la eyaculación inhibida inducidas por antidepresivos (161). La dosis efectiva ha sido de 2 a 16 mg., a veces tomada unas pocas horas antes de la relación sexual o bien como dosis diaria. La sedación es un efecto secundario común, que limita frecuentemente su utilidad. Se han comunicado

casos en que la ciproheptadina ha revertido también el efecto positivo del antidepresivo, desapareciendo este efecto tras unos días de retirar la ciproheptadina. En un caso comunicado por McGilp (213), 4 mg. de ciproheptadina administrados diariamente a las 6 de la tarde revirtieron totalmente un retardo eyaculatorio causado por paroxetina, sin deteriorar la mejoría del ánimo lograda con el antidepresivo.

La yohimbina, un bloqueante alfa2 presináptico, se ha mostrado efectiva en el tratamiento de la disfunción erectiva (86). Su mecanismo de acción no está aclarado, habiéndose propuesto efectos centrales (mejora de impulso) y periféricos (disminución del flujo venoso de salida de los cuerpos cavernosos). Price (214) comunica un caso de reversión de la anorgasmia inducida por clomipramina con 10 mg. de yohimbina tomados 90 minutos antes de la relación sexual. Según Gitlin (161), la yohimbina revierte, además de la anorgasmia, la disfunción erectiva y el impulso disminuido. Según este autor, la dosis efectiva varía entre 5,4 mg. a 16,2 mg. tomados según se necesite 2 a 4 h antes de la relación o 5,4 mg. tres veces/día, con efectos positivos tras la primera dosis o tras pocas dosis. Como efectos secundarios pueden presentarse ansiedad, insomnio, polaquiuria y fatiga a altas dosis. No se han comunicado casos de reversión de efectos por IMAOs, aunque, teóricamente, la yohimbina podría producir reacciones hipertensivas asociada con éstos.

Gitlin (161) cita también la amantadina, un agonista dopaminérgico usado para el tratamiento de los síntomas parkinsonianos, que fue efectivo para revertir la anorgasmia inducida por fluoxetina en cinco pacientes y Pollack (186), la prostigmina oral (7,5-15 mg) administrada una hora y media antes de la relación, que revirtió problemas erectivos y eyaculatorios causados por tricíclicos. Este

mismo autor observó que la adición de bupropion (75 mg.) y amantadina (100 mg.) disminuía la disfunción sexual causada por fluoxetina.

Gitlin (215) comunica que otros agonistas dopaminérgicos, como la dextroanfetamina y la pemolina pueden ser útiles en la reversión de las disfunciones causadas por antidepresivos serotoninérgicos. Sin embargo, su comunicación se basa únicamente en la observación de tres casos no controlados.

Segraves (196) propone los siguientes pasos para cada una de las disfunciones observadas con los antidepresivos:

- DISMINUCIÓN DEL IMPULSO: sustitución del antidepresivo a trazodona (no recomendado por riesgo de priapismo) o a bupropion.

- DISFUNCIÓN ERECTIVA: (1) disminuir dosis, (2) administrar 30 mg. de betanecol una o dos horas antes de la relación, (3) sustituir por bupropion.

- DISFUNCIÓN ORGÁSMICA O EYACULATORIA: (1) esperar varias semanas una posible remisión espontánea, (2) coadministrar betanecol (10-20 mg., 1 ó 2 horas antes) o yohimbina (10 mg. una hora antes) o ciproheptadina (4-12 mg. 1 ó 2 horas antes), (3) sustituir, por ejemplo, desipramina por imipramina, clomipramina o imipramina por amoxapina, o bien cualquier antidepresivo por bupropion.

Dado que no se dispone de estudios a doble ciego que muestren la efectividad superior de uno u otro tratamiento y que no se ha hallado un antídoto específico para cada fármaco concreto, se ha sugerido (161) la posibilidad de ir ensayando diversos antídotos, de modo que cada uno de ellos se intente primero tomándolo sólo en dosis única cuando se necesite, para seguir con un uso continuado

durante 2 semanas, antes de abandonarlo y cambiarlo por otro.

En cuanto al priapismo secundario a los psicofármacos, se ha sugerido la posibilidad (177) de tratarlo mediante drogas con efecto anticolinérgico. Sin embargo, considerando que el priapismo establecido debe ser considerado una urgencia urológica, es preferible remitir el paciente a un urólogo, que lo tratará mediante administración intracavernosa de fármacos adrenérgicos.

Una posibilidad, poco valorada en general por los autores, es la posibilidad de que, pacientes esquizofrénicos, con disfunciones sexuales secundarias a su proceso de base o a los psicofármacos, puedan seguir una terapia sexual. En este sentido, Rosenbaum (104) considera que "los esquizofrénicos compensados con la medicación neuroléptica, pueden ser ayudados con las mismas técnicas que las otras parejas". En su opinión, "el peor pronóstico se da cuando el individuo presenta una anhedonia global, más que específicamente sexual. En este caso, es difícil saber si el problema es consecuencia del proceso de base o del tratamiento neuroléptico".

Finalmente, debemos señalar el reciente desarrollo de los fármacos intracavernosos para el tratamiento de las dificultades erectivas. Aunque no existen datos respecto a su uso en pacientes esquizofrénicos, esta sería una posibilidad interesante en casos en que no es posible revertir un trastorno erectivo inducido por psicofármacos o mantenido por mecanismos psicógenos una vez se ha retirado el fármaco responsable.

3.8.10 Comentarios

Debemos tener en cuenta que la revisión sobre psicofármacos y sexualidad, se ha llevado a cabo únicamente bajo esta óptica. En el tratamiento de la esquizofrenia es

evidente que existen otras prioridades, como un buen control sintomatológico, antes que la valoración de los efectos sobre la sexualidad. Esto es especialmente relevante en el caso de los antidepresivos, en el que algunos de los citados como poco inductores de disfunciones sexuales pueden no ser adecuados por su facilidad de exacerbar la sintomatología psicótica. En estos casos, algunos antidepresivos con un perfil sedante, como la amitriptilina o la paroxetina, asociados a neurolépticos poco inductores de disfunciones, como la perfenazina o la clozapina, pueden ser más útiles a pesar de la relativa capacidad de inducir disfunciones eyaculatorias u orgásmicas. De hecho, en algunos pacientes puede ser aprovechado este efecto para un mejor control eyaculatorio.

En general, las pautas recomendadas sólo son un abanico de posibilidades que el clínico debe valorar ante cada caso concreto, buscando el máximo equilibrio posible entre un buen control sintomatológico y los mínimos efectos secundarios.

3.9 NECESIDADES SEXUALES DE LOS ESQUIZOFRÉNICOS. EDUCACIÓN Y REHABILITACIÓN

Aunque se ha sugerido que "un aspecto importante de la relación social y sexual del esquizofrénico es que sus necesidades se hallan a menudo en un nivel psicológico esencialmente primitivo, deseando mucho más a menudo intimidad y afecto más que una relación explícitamente sexual" (95), la realidad es que las conductas abiertamente sexuales son, como hemos visto, frecuentes en el paciente esquizofrénico.

3.9.1 Educación sexual

Se plantea, pues, la necesidad de encauzar adecuadamente estas necesidades e impulsos sexuales, en beneficio, tanto del indivi-

duo, como de su entorno. En este sentido, Lukoff (146) señala seis razones por las que es importante la educación sexual de los pacientes esquizofrénicos:

- El reconocimiento de su sexualidad es un factor importante de calidad de vida. En nuestra cultura, un buen funcionamiento sexual es un componente importante de autoestima y bienestar.
- La incidencia de las disfunciones sexuales entre pacientes esquizofrénicos es alta y, siendo éste un factor estresante, podría contribuir a la exacerbación de los síntomas o a una recaída.
- El no cumplimiento con la medicación entre algunos pacientes ha sido atribuido a quejas acerca de la disfunción sexual inducida por los efectos colaterales.
- Entrenar a los pacientes en habilidades para intimar y motivarles para desarrollar relaciones sexuales, puede ayudarles a superar el aislamiento social. De hecho, tanto el funcionamiento social como el sexual, se deterioran con el tiempo si no se interviene.
- Las conductas sexuales inadecuadas, los miedos sexuales y las alucinaciones pueden ser graves obstáculos para su integración en la comunidad.
- Las tasas reproductivas de los pacientes esquizofrénicos se han incrementado. Muchos de estos embarazos no son deseados ni planificados, lo que sugiere una falta de conocimiento y uso de medios de control de la natalidad.

Lukoff y cols. proponen el uso de terapeutas sexuales sustitutas (surrogate partners) en pacientes sin pareja. Aunque reconocen que

se han comunicado casos de descompensación o exacerbación de los síntomas durante la terapia sexual (65), consideran que éste es un riesgo en cualquier tipo de rehabilitación con pacientes esquizofrénicos.

Otra razón en favor de la educación sexual o, al menos, de la atención de las necesidades sexuales, es subrayada por Baguley y Brooker (110) quienes revisan el papel que juegan, tanto las necesidades como los problemas sexuales, como elementos estresores en los pacientes esquizofrénicos. Considerando que los síntomas esquizofrénicos y la frecuencia de recaídas pueden exacerbarse ante situaciones estresantes agudas y crónicas, los autores hacen hincapié en la atención a estas necesidades sexuales y la solución a los posibles problemas sexuales existentes como factores de prevención de recaídas.

Jacobs y Bobek (106) sugieren que constituiría una valiosa ayuda la formación de grupos de educación sexual, en los que se abordarían los problemas de conductas como la elección indiscriminada de compañeros sexuales, la exhibición pública de los genitales, la masturbación en público, los embarazos no deseados, el SIDA y la transmisión sexual de otras enfermedades. Jacobs y Bobek señalan, asimismo, que deben evitarse algunos errores comunes en los programas de educación sexual, como confinar el programa a los conocidos tópicos de la estructura y función del sistema reproductivo, olvidar los aspectos emocionales y sociales del sexo, enfatizar solamente los aspectos peligrosos del sexo y desaprobando las reacciones e interacciones del grupo.

3.9.2 Sexualidad en el ámbito hospitalario

Uno de los temas más frecuentemente abordados, tanto por su complejidad como por la problemática que comporta, es el de la se-

xualidad en el ámbito hospitalario. Muchos pacientes esquizofrénicos pasan meses o años de su vida ingresados. Aunque este tiempo es cada vez menor gracias a la eficacia de los neurolépticos, los ingresos hospitalarios siguen siendo necesarios, tanto para controlar los episodios agudos, como para mantener a aquellos pacientes que no pueden sobrellevar un funcionamiento adecuado en la comunidad.

Akhtar y cols. (142) plantean la cuestión de si la sexualidad en el hospital debe ser permitida o debe ser desaconsejada o tratada como un síntoma psicopatológico y, en todo caso, qué pacientes deben ser tratados y a qué otros se les debe permitir que expresen sus impulsos naturales y comprensibles. Los autores señalan que, cuando el paciente intenta recuperar una sexualidad normal, es el mismo médico quien no sabe qué respuesta debe darle.

La propuesta de estos autores es la de desaconsejar la actividad sexual cuando uno, o los dos miembros implicados sea: (a) legalmente menor, (b) un adulto que no dé su consentimiento, (c) deficiente mental, (d) delirante o gravemente desorganizado en cuanto a afectividad o conducta, (e) tomando una cantidad elevada de medicación psicotrópica, o (f) esté efectuando una actuación impulsiva ("acting out").

A continuación, los autores exponen cuatro razones en las que basan esta actitud prohibitiva. En primer lugar, los actos sexuales de algunos pacientes son "consecuencia de las instrucciones dadas por alucinaciones auditivas y percepciones delirantes de diversos tipos, o de la hipersexualidad impulsiva que a menudo acompaña a la manía y a la esquizofrenia precoz". En segundo lugar, la actividad sexual puede venir determinada por el "incremento de la libido que pueden causar algunos fármacos psicotrópicos, especialmente

en mujeres". En tercer lugar, están los riesgos que hay que considerar "en vista de la evidencia de que las pacientes psiquiátricas están menos protegidas contraceptivamente y tienen mayor número de embarazos no deseados que otras mujeres". En cuarto lugar, hay que considerar las implicaciones legales. "Es concebible que una paciente psiquiátrica, después de ser dada de alta, emprenda cargos legales contra el hospital alegando explotación sexual, violación y embarazo ilegítimo como consecuencia del ingreso".

En cuanto a las actividades autoeróticas, los autores opinan que deben ser controladas con firmeza, como cualquier conducta inadecuada, si se realizan de forma abierta y desinhibida, pero pueden ser aceptadas si se llevan a cabo apropiada y privadamente.

En el mismo sentido, McEvoy (134) considera que uno de los papeles de las unidades de tratamiento hospitalario es proteger a los pacientes de la conducta hipersexual, tanto de sí mismo como de los otros, durante los episodios agudos desorganizados. Según el autor, "las conductas sexuales inadecuadas que ocurren durante un episodio agudo pueden constituir un recuerdo embarazoso para los pacientes que recuperan un buen nivel de funcionamiento".

Algunos autores se alzan en contra de la represión sexual en los hospitales y abogan por unos planteamientos más abiertos.

Urfer-Buffat (216), en una revisión sobre la sexualidad en la institución psiquiátrica, señala que las instituciones, en general, han prohibido siempre las relaciones amorosas: la escuela, la iglesia, el ejército, los hospitales o las prisiones y que la introducción de instituciones mixtas ha favorecido la heterosexualidad, pero no ha ido acompañada de un ablandamiento de las leyes que prohíben las

relaciones sexuales. El autor considera que la sexualidad posee un valor terapéutico innegable para cada uno, sea terapeuta o paciente y que, "a los ojos de la institución psiquiátrica, la sexualidad sigue siendo un delito, una transgresión o una anécdota que debemos ocultar rápidamente".

Concluye su revisión planteando el problema de la procreación de los enfermos mentales y de la ética de la anticoncepción. En este sentido, el autor se pregunta: "¿Tenemos el derecho de obligar a un ser humano, aún enfermo mental, a tomar medidas anti-conceptivas, si no es ésta su propia elección?".

También Welch et al. (217), optan por la apertura en la actitud hacia la sexualidad intrahospitalaria. Los autores consideran que "la vida sexual de un paciente hospitalizado por una enfermedad mental crónica está llena de dificultades. A menudo el paciente no es capaz de establecer relaciones íntimas y puede sufrir disfunciones sexuales o desarrollar formas inadecuadas de expresión sexual".

Welch et al. afrontaron los problemas causados por el comportamiento sexual de algunos pacientes cuando 21 pacientes varones fueron remitidos a un grupo de educación sexual. El objetivo del grupo era educar acerca del comportamiento sexual normal y, de paso, tratar el comportamiento sexual anormal que el personal creía que cada paciente exhibía. Estos objetivos estaban basados, en parte, en la creencia de que la falta de información sexual explicaría la mayor parte del comportamiento sexual aberrante manifestado por los miembros del grupo.

En el grupo, la mayoría de los pacientes se quejaba de que sus necesidades sexuales no eran comprendidas por el hospital. Aunque

se sabía que eran sexualmente activos a través de la masturbación o del contacto con otros pacientes, no se les proporcionaban lugares privados para estas actividades. Su única opción era realizar actos sexuales "en el hueco de la escalera, detrás de matorrales y en otros lugares incómodos, lo que molestaba a otros pacientes y al personal que los encontraba".

Los miembros del grupo sentían que las conductas y actitudes "apropiadas" que se les estaba intentando enseñar no eran realistas dentro del hospital, ya que, por ejemplo, pedir un preservativo a las enfermeras no era posible, pues el personal desaprobaba las actividades sexuales entre pacientes.

Se vio también que era innecesario enseñarles a establecer relaciones emocionales íntimas y satisfactorias con parejas sexuales, ya que muchos pacientes intercambiaban favores sexuales por café o cigarrillos sin demasiada interacción previa.

En general, la educación sexual en grupo tuvo un reducido efecto sobre el comportamiento de los pacientes.

Los autores opinan que el fracaso de sus pacientes para aprender un comportamiento sexual más apropiado puede ser atribuido a dos factores psicosociales. En primer lugar, los individuos con déficits cognitivos aprenden más "haciendo que hablando", pero el hospital no les da la oportunidad de practicar una sexualidad responsable en una atmósfera digna. En segundo lugar, los pacientes forman una subcultura que promueve activamente prácticas y actitudes sexuales que pueden ser inadecuadas fuera del hospital. Welch et al. consideran que el hospital podría promover un comportamiento sexual apropiado con mayor efectividad proporcionando espacios para que los pacientes sexualmente activos puedan desarrollar comportamientos

sexuales responsables. Este tipo de acción requeriría, según los autores, "una política sensible, no sólo hacia las necesidades de los pacientes, sino también hacia sus estilos de aprendizaje y los valores de su subcultura".

Algunos autores han abordado el problema desde el punto de vista de la actitud del personal de enfermería.

Jacobs y Bobek (106), señalan que los profesionales de la salud son, quieranlo o no, educadores sexuales. Según los autores, "la mayor parte de la educación sexual tiene lugar espontáneamente, en respuesta a una pregunta o a una situación específica. En estas interacciones juegan un importante papel una actitud neutra, una escucha atenta y un lenguaje hábil. El paciente comprueba a menudo las respuestas de la enfermera a temas menores, antes de mencionar una preocupación sexual mayor. Puede no tener ningún problema específico, pero tal vez quiera consultar algo con una persona que él percibe como experta. Mucha gente siente la necesidad de saber si son "normales", y los esquizofrénicos no son una excepción. También pueden querer saber si sus intereses y conductas sexuales son desviadas o perversas. Una vez que la persona que va a ayudar al paciente ha entendido con claridad qué es lo que éste quiere saber, debe contestar a las preguntas de forma clara y concisa, en un lenguaje que el paciente pueda entender".

Es evidente que lo que plantean Jacobs y Bobek no es fácil para buena parte de los profesionales. Esta dificultad es planteada por Withersty (218), quién aborda el problema de la actitud del personal hospitalario ante el hecho de afrontar preguntas, conductas y proposiciones de tipo sexual. Evaluando el problema a través de cuestionarios anónimos que responde un grupo de enfermeras, el problema queda definido como "la incomo-

dididad al tener que afrontar preguntas de los pacientes o tener que iniciar una discusión sobre un tema sexual, sobre todo si el paciente es del sexo opuesto". Otro motivo de preocupación del personal de enfermería viene dado por "la posibilidad de que, el rechazar esta discusión sobre las frustraciones o necesidades sexuales de un paciente, conlleve una actuación impulsiva por parte de éste, sea en forma de masturbación o de proposiciones a las enfermeras".

El autor maneja el problema mediante un programa de sesiones de role-playing, tras las cuales se establecen los siguientes puntos:

- El profesional debe ser consciente, a la primera sugerencia, de que el paciente desea hablar de sus necesidades sexuales y abordar el tema inmediatamente.
- El profesional debe empatizar con el paciente, haciéndole saber que entiende que alguien hospitalizado durante un largo período de tiempo pueda tener frustraciones y necesidades sexuales.
- La relación entre el paciente y el profesional debe ser definida por éste de forma clara y nada ambigua.
- Los profesionales que se sientan incómodos hablando de temas sexuales con sus pacientes, aún después de practicar en las sesiones, deben admitir su incomodidad ante el paciente e indicarle que se ocuparán de buscar otro profesional con quién pueda hablar.

3.9.3 Esquizofrenia, sexualidad y SIDA

Es evidente que los pacientes mentales crónicos, y especialmente los esquizofrénicos, pueden constituir un grupo no reconocido de alto riesgo para la propagación del VIH.

Tal como afirman Seeman et al. (219), estos individuos tienen más probabilidades de contraer enfermedades de transmisión sexual "porque no mantienen relaciones estables, son más vulnerables a los abusos sexuales, son altamente móviles, conjugan psicosis con abuso de sustancias -lo que puede disminuir la capacidad de juicio e incrementar los comportamientos de riesgo- y, finalmente, presentan una desinformación y una falta de autodisciplina que evita el uso de precauciones adecuadas".

También es relevante señalar que centros como las casas de acogida de mendigos, instituciones psiquiátricas y cárceles ponen en estrecho contacto a esquizofrénicos con otras poblaciones de alto riesgo.

Un estudio de McDermott et al.(220) muestra que los pacientes esquizofrénicos evidencian un conocimiento significativamente menor sobre el SIDA y la infección por HIV que los sujetos controles u otros pacientes psiquiátricos. Los autores estudiaron también la correlación entre nivel de conocimiento del SIDA y frecuencia de conductas sexuales de riesgo. Mientras que en el grupo control, un mayor conocimiento de la enfermedad iba asociado a una disminución de las conductas de riesgo, en el grupo de esquizofrénicos este cambio únicamente se mostró asociado a una percepción de control cognitivo, es decir, al grado de control que los pacientes sentían que tenían sobre las consecuencias de su propia conducta sexual. Si pensaban que su conducta podía realmente marcar la diferencia entre ser infectado y no serlo, existían más probabilidades de que cambiaran su conducta.

Coumos y cols. (114) estudiaron el riesgo de infección por VIH entre un grupo de pacientes esquizofrénicos. De los 95 sujetos estudiados, casi la mitad (44%) eran sexualmente activos, y de ellos el 62% habían sido promiscuos

durante los seis meses previos al estudio. Éstos eran significativamente más jóvenes que los monógamos.

En su estudio citan una prevalencia estimada de seropositividad entre el 4 al 8,9% en pacientes ingresados en la ciudad de Nueva York, hallándose una asociación significativa entre ser seropositivo y ser de raza negra, consumir sustancias por vía parenteral, ser hombre con historia de actividad homosexual, y ser mujer con historial de compañeros sexuales seropositivos o consumidores de drogas.

Los autores hallan que la actividad sexual va a menudo acompañada de conductas de riesgo para el contagio del VIH. El 93% de los sexualmente activos no usaban preservativo o lo usaban de forma intermitente. El uso del preservativo era mayor entre los más jóvenes. El 50% de los activos promiscuos y el 71% de los activos monógamos informaron no haber usado nunca preservativos. El 45% de los activos sexualmente informaron tomar drogas durante la relación, que en la mayoría de los casos era alcohol. El 12% de los sexualmente activos informaron haber mantenido relaciones sexuales con consumidores de drogas inyectables, y el 50% del mismo grupo habían mantenido relaciones sexuales con intercambio de drogas, comida o dinero.

Los autores concluyen que "muchos de los pacientes sexualmente activos con esquizofrenia se exponen al riesgo de adquirir, o posiblemente transmitir, la infección por HIV".

En cuanto al abordaje de esta problemática, Seeman (219), propone el asesoramiento y educación sexuales dentro de los programas para pacientes esquizofrénicos hospitalizados y ambulatorios, "dado el alto riesgo de esta población para contraer y extender el VIH". Estos programas incluirían educación sobre contracepción, sexualidad responsable,

protección de las enfermedades de transmisión sexual e información acerca de los efectos de la medicación sobre la sexualidad. El autor es crítico a la hora de considerar la actitud de muchos médicos, los cuales son reacios a plantear temas sexuales con los pacientes por temor a desencadenar temores delirantes.

McDermott (220) señala la necesidad de que los programas para esquizofrénicos destinados a disminuir el riesgo de infección por HIV, enfatizan tanto los aspectos cognitivos de control sobre las consecuencias de su propia conducta, como la información sobre las conductas de riesgo. En su estudio, dichos aspectos cognitivos aparecen, en el grupo de los esquizofrénicos, como mejores predictores de disminución de conductas de riesgo que el grado de conocimiento sobre la enfermedad.

3.9.4 Esquizofrenia, sexualidad y calidad de vida

Tal como lo define Skantze (221), "el nivel de vida refleja la dimensión objetiva sobre la satisfacción de las necesidades básicas de la vida, mientras que la calidad de vida es la evaluación subjetiva del propio paciente sobre el bienestar y la satisfacción con su vida". El autor hipotetiza que, cuando los enfermos mentales graves han alcanzado un mínimo nivel de vida adecuado para la supervivencia, no existe correlación entre nivel de vida y calidad de vida.

Tras analizar el nivel y la calidad de vida de 61 esquizofrénicos ambulatorios, sus resultados confirman que un nivel de vida normal no genera una mayor calidad de vida y que las metas de los pacientes sobrepasan los estándares básicos. "Las quejas surgen de la insatisfacción de los pacientes con sus experiencias internas: autosatisfacción, autoconfianza, paz interior, libertad, alegría, amor,

etc., que se hallan excluidas habitualmente de los protocolos de rehabilitación y de las evaluaciones objetivas".

Skantze apunta que "un aspecto de este estudio que tal vez cause frustración y preocupación en todos aquellos implicados en la rehabilitación de pacientes esquizofrénicos, es el hecho de que aún los esfuerzos más extenuantes para proporcionar unos niveles de vida comparables a los de la población general, pueden fracasar en la mejora de la calidad de vida de los pacientes". Según el autor, la impresión subjetiva de los pacientes sobre su vida puede depender más de la dinámica de su "mundo interno" que de la posesión de atributos y adquisiciones del "mundo externo". El autor concluye que "debemos aceptar que el peso de la percepción de la psicopatología crónica y la dolorosa consciencia de las dificultades emocionales y sociales, pueden influenciar la calidad de vida más que cualquier otro factor".

Bobes et al. (222) muestran acuerdo con Skantze, al señalar que "por encima del nivel de pobreza establecido por las Naciones Unidas, el nivel de vida pierde su trascendencia en la calidad de vida". Los autores revisan los diversos instrumentos de evaluación de calidad de vida, tanto genéricos (para población general sana o enferma) como específicos para esquizofrénicos, recomendando utilizar con preferencia instrumentos genéricos para evaluar la calidad de vida en los pacientes esquizofrénicos y sugiriendo que no es tan importante la puntuación obtenida en un momento determinado, sino los cambios que en dicha puntuación se producen en función del tiempo.

Aunque en la revisión de Bobes et al. no constan todos los ítems de cada una de las escalas, sino sólo un pequeño resumen, apreciamos que el concepto "función sexual"

sólo aparece en tres de las 17 escalas genéricas y en ninguna de las 14 escalas específicas para esquizofrenia.

Esta subvaloración de la función sexual contrasta con la importancia que nuestra sociedad asigna a la sexualidad, mostrada en el consumo de artículos y programas divulgativos sobre el tema y en la importante alteración, a nivel de toda la esfera vital, que para cualquier individuo supone la presencia de una disfunción sexual. Del mismo modo y con más razones todavía, puede alterarse el frágil

equilibrio de un individuo esquizofrénico ante determinadas necesidades y problemas sexuales.

Si consideramos, pues, que un correcto funcionamiento sexual constituye, al menos en nuestra sociedad, uno de los aspectos más importantes en la calidad de vida de la persona humana, tal vez sea hora de asignarle, en el abordaje del paciente esquizofrénico, el lugar que le corresponde.

4 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Son objetivos del estudio:

1. Analizar la conducta sexual y las manifestaciones psicopatológicas relacionadas con la sexualidad en el paciente esquizofrénico.
2. Estimar la frecuencia de aparición de las diversas disfunciones sexuales en pacientes diagnosticados de esquizofrenia.
3. Comparar las características del comportamiento sexual de los pacientes de la muestra estudiada con la información publicada en la literatura científica.
4. Estudiar las posibles diferencias en la función sexual de los pacientes de la muestra en función de los aspectos propios de la enfermedad esquizofrénica.
5. Formular hipótesis de asociación entre las características de la esquizofrenia y la conducta sexual.

4.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO

Nuestra hipótesis de trabajo asume que la esquizofrenia, como enfermedad, no da lugar, de forma primaria, a una inhibición ni alteración de la conducta y la función sexual y que son, en todo caso, algunas de las manifestaciones de la esquizofrenia, como la inhibición social, y algunos aspectos relacionados con la enfermedad, como el consumo de fármacos o los ingresos hospitalarios, los que posiblemente afecten, secundariamente, a diversas parcelas de la esfera sexual. Así, la inhibición social y la situación de ingreso afectarían a la búsqueda y la relación de pareja y el consumo de fármacos podría alterar la respuesta sexual.

Por otra parte, nuestra hipótesis de trabajo considera que, sin la presencia de los factores mencionados, el individuo esquizofrénico, no sólo responde normalmente ante el estímulo sexual, sino que presenta unas necesidades e impulsos sexuales similares a los de cualquier otro individuo no afectado por la enfermedad.

5 MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 103 pacientes diagnosticados de esquizofrenia según criterios DSM-III-R.

5.1 TRABAJO DE CAMPO

En la fase inicial del trabajo se estableció contacto con los coordinadores de varios hospitales psiquiátricos, CAPs, hospitales de día y talleres protegidos, con el objetivo de conseguir una muestra suficientemente amplia y representativa de los diversos recursos asistenciales, presuponiendo que las características de los pacientes y sus posibilidades de relación de pareja serían muy distintas tratándose de pacientes ambulatorios o ingresados.

En estos contactos iniciales, sin embargo, surgieron dificultades y reticencias, principalmente por parte de aquellos centros en los que se trabajaba con una orientación más psicodinámica. El miedo, evidentemente injustificado, a una posible "descompensación" de los pacientes por abordar tan directamente cuestiones y problemas sexuales, hizo que finalmente desistiéramos de obtener pacientes en este tipo de centros.

También influyó en el reclutamiento de la muestra el hecho de que se nos dieran muchas más facilidades (disponibilidad de despacho, de tiempo, de historias clínicas) en las entrevistas a pacientes hospitalizados que a pacientes ambulatorios.

Por todo ello, finalmente, una mayoría de pacientes proceden de tres hospitales psiquiátricos y, aproximadamente un tercio de la muestra, de un hospital de día y de un CAP, todos ellos situados en Barcelona o su área metropolitana.

De los cinco recursos asistenciales que constituyen la fuente de pacientes, cuatro

mantenían concierto con la sanidad pública y uno, el hospital de día, era privado.

El trabajo de campo se desarrolló entre enero y julio de 1993.

Las entrevistas fueron llevadas a cabo por un único examinador, de sexo masculino, mediana edad, licenciado en Psicología y experimentado en trabajos de investigación con pacientes psiquiátricos.

5.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y METODOLOGÍA

La selección de los pacientes se llevó a cabo mediante una entrevista previa, discusión y análisis de las historias clínicas con el coordinador de cada departamento, tras la que quedaban descartados los pacientes que no cumplieran criterios claros de esquizofrenia según el DSM-III-R (ver 5.3.6, pág. 97) y aquellos que, aún cumpliéndolos, no eran susceptibles de ser entrevistados por algún motivo (crisis aguda, agresividad, mutismo, etc.). La selección se dirigía hacia aquellos pacientes capaces de proporcionar un relato, en general, fiable, a pesar de existir alguna incoherencia o alguna temática delirante.

A estos pacientes se les ofreció la posibilidad de ser entrevistados, explicándoles que se llevaba a cabo un estudio para conocer mejor la problemática sexual de la enfermedad y de los fármacos que estaban tomando.

Este ofrecimiento era llevado a cabo por el médico de referencia del paciente conjuntamente con el examinador, de modo que sirviera de presentación de éste.

Los pacientes que aceptaron la entrevista fueron reevaluados por el examinador para confirmar los criterios de esquizofrenia y la capacidad cognitiva suficiente para proporcionar datos válidos.

Finalmente, a los pacientes que cumplieron estos requisitos se les administró el cuestionario 1 (ver 5.3.6, pág. 99), que consta de cuatro apartados:

A. Datos socioanagráficos:

- Sexo
- Edad
- Lugar de nacimiento
- Nivel de estudios
- Situación laboral
- Estado civil
- Número de hijos
- Nivel socioeconómico
- Creencias religiosas

B. Datos referidos a la enfermedad:

- Tipo de esquizofrenia (ver 5.3.6, pág. 107)
- Cronicidad (ver 5.3.6, pág. 108)
- Situación de ingreso
- Edad de inicio de la enfermedad
- Funcionamiento sociosexual premórbido (ver 5.3.6, pág. 108)
- Adaptación global (ver 5.3.6, pág. 109)
- Delirios de contenido sexual
- Alucinaciones de contenido sexual
- Síndrome de Clérambault

C. Historia médica: (En referencia a los últimos seis meses):

- Existencia de enfermedades o cirugía.
- Consumo de tóxicos.
- Ingesta de fármacos.
- Efectos secundarios de la medicación sobre la sexualidad.

D. Historia sexual:

- Opinión sobre la sexualidad.
- Edad de inicio y frecuencia de masturbación.
- Problemática con la autosexualidad
- Experiencias sexuales traumáticas.
- Orientación sexual (ver ítem nº 28 del cuestionario)
- Edad de inicio de las relaciones sexuales coitales.

- Existencia de disfunciones sexuales anteriores.
- Tipo de relación en los últimos seis meses.
- Práctica del coito en los últimos seis meses.

Los pacientes que manifestaron haber mantenido relaciones sexuales, de forma ocasional o estable, en el transcurso de los últimos seis meses, fueron también evaluados mediante el cuestionario de satisfacción sexual G.R.I.S.S, distinto para hombres y mujeres (ver 5.3.6, pág. 110)

5.3 PRESENTACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

5.3.1 DSM-III-R

El DSM-III-R (223) fue publicado en 1987, fruto de la revisión efectuada por un grupo de trabajo sobre los criterios del DSM-III. En el momento del planteamiento del estudio constituía el sistema de clasificación más actualizado, ya que la CIE-9 no se había revisado desde 1975, año en que se publicó y aún no habían aparecido la CIE-10 (que se publicó poco antes de llevar a cabo el trabajo de campo) ni el DSM-IV.

Los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales (DSM) son publicados por la Asociación Americana de Psiquiatría y constituyen, junto con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), los marcos de referencia obligados en psiquiatría, tanto en clínica como en investigación.

Los criterios diagnósticos de esquizofrenia de ambos sistemas son similares, pero no idénticos. Una de las diferencias a tener en cuenta es que el DSM-III-R requiere la existencia de una afectación de la actividad del individuo respecto al nivel previo de adaptación, lo que puede decantar el diagnóstico de esquizofrenia hacia las formas con más tendencia a la cronificación.

El nuevo DSM-IV (1) no ha variado, en líneas generales, los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia respecto al DSM-III-R, aunque ha incluido y puesto más énfasis en el concepto de sintomatología negativa y ha modificado totalmente la clasificación del curso longitudinal.

5.3.2 Funcionamiento sociosexual premórbido

El ajuste premórbido fue valorado por el entrevistador a través de las respuestas obtenidas del mismo paciente, mediante una traducción de la escala Premorbid Asociosexual Functioning, de Keefe et al. (138):

Esta escala es una modificación del ítem Sociosexual Adjustment, que forma parte de la escala Premorbid Asocial Adjustment de Gittelman-Klein y Klein (126) y es el único de los siete ítems de la escala para el que el acuerdo entre informantes es adecuado. Es a su vez una modificación del ítem B de la Historia Premórbida de la escala de Phillips (1953), citada en este último artículo.

En la escala de Gittelman-Klein y Klein, el ítem de ajuste sociosexual da una puntuación de 0 a 12, valorando el interés por el sexo opuesto y el tipo de relación, con o sin juego sexual o coito.

La fiabilidad de la escala Premorbid Asocial Adjustment Scale, que mide el funcionamiento social en la infancia y la adolescencia, fue estudiada por Small et al.(139), determinando la fiabilidad entre observadores y entre informantes y comparando los resultados con otra escala de funcionamiento social actual (Levels of Functioning Scale).

En este estudio, llevado a cabo con una muestra de 45 esquizofrénicos, la escala de funcionamiento social actual obtuvo resultados consistentes entre observadores e infor-

mantas, mientras que la Premorbid Asocial Adjustment Scale manifestó buena fiabilidad entre observadores y muy mala fiabilidad entre informantes.

Sin embargo, en el ítem que mide el **ajuste sociosexual** se produjo un acuerdo bastante bueno entre informantes (Intraclass Correlation Coefficient (ICC) = 0,4; $p < 0,05$; $n=45$). Al analizar los casos en que la fiabilidad de los informantes era buena o muy buena ($n=19$) se obtuvo un ICC de 0,82 ($p < 0,01$).

5.3.3 GAF: Escala de evaluación global del sujeto

Fue valorada por el psiquiatra que atendía al paciente.

Esta escala considera la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuum que va de la salud a la enfermedad mental. No se incluyen las incapacidades debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

Las puntuaciones debían referirse a dos períodos:

1. Actual. Nivel de actividad en el momento de la evaluación.
2. El último año. Nivel de actividad mejor durante varios meses, en el transcurso del último año.

La escala GAF (Global Assessment of Functioning) es la propuesta por el DSM-III-R para valorar en conjunto aspectos psicológicos, sociales y laborales. Es una revisión de la escala GAS (Global Assessment Scale), de Endicott et al. (224) y del CGAS (Children Global Assessment Scale), de Shaffer et al.(225), que, a su vez, son revisiones de la Health-Sickness Rating Scale, de Luborsky (1962), que fue quién operativizó la evalua-

ción de la actividad psicosocial general en una escala de 0 a 100.

La escala GAS es una modificación que mantiene la idea básica y la estructura de la HSRS (Health-Sickness Rating Scale), escala de 100 puntos dividida en 10 intervalos iguales, en la que se valoró la validez y fiabilidad a partir de 18 estudios publicados.

La información para la obtención de la escala GAS puede proceder de la entrevista al paciente, de un informante fiable o de información escrita.

Para valorar sus propiedades psicométricas se realizaron cinco estudios, abarcando las poblaciones en las que era más probable su aplicación.

Según los resultados de estos estudios, la mayoría de individuos en tratamiento obtiene una puntuación entre 1 y 70, los no ingresados entre 31 y 70 y los ingresados entre 1 y 40. Otros resultados fueron:

- Fiabilidad: El coeficiente de correlación intraclase está entre 0,69 y 0,91.

- Validez concurrente: se valoró por correlación del GAS entre distintos observadores, entre GAS y otras medidas (distintos observadores) y entre GAS y escalas con otras fuentes (familiares); al ingreso, a los 6 meses y las diferencias entre la puntuación inicial y la final, ajustadas estadísticamente para eliminar la correlación pre-post. Se encontró una buena correlación entre el GAS y otras medidas de severidad global, así como entre los cambios de severidad medidos con el GAS y los medidos con otras escalas y otras fuentes. La correlación con escalas de síntomas fue inferior, sobre todo en la admisión y, en este punto especialmente, con medidas de distress subjetivo.

- La sensibilidad al cambio valora como discrimina el cambio el GAS con respecto a otras medidas. Se halló una capacidad de discriminación mayor para el GAS que para otras medidas.

- Predicción de rehospitalización: Se evaluó con el GAS en pacientes ya ambulatorios a los tres meses de la admisión. Los resultados se agruparon en tres categorías (<40, 40-61, >=62), calculándose las proporciones de readmisión a los 3, 6 y 9 meses. Un grupo de pacientes fue evaluado por terapeutas y otro por investigadores. Los niveles más altos de GAS se asociaron a niveles menores de hospitalización. Esta tendencia fue significativa para los investigadores para los 3 y 6 meses y cercana a la significación para los 9 meses y no fue significativa para los terapeutas. El nivel del GAS que discriminó las proporciones de readmisión fue la puntuación de 40.

La escala CGAS es una adaptación del GAS para adultos, con descriptores orientados a la conducta aplicables a niños de 4 a 16 años. Se recomienda como un complemento a las escalas síndrome-específicas. Su puntuación va de 1 a 100, indicando un funcionamiento normal a partir de 70.

Posee las siguientes propiedades psicométricas:

- Fiabilidad entre entrevistadores: Se evaluó con 19 historias (5 utilizadas por la O.M.S. y 14 extraídas del DSM-III), que abarcaban 5 tipos de alteraciones. Fueron valoradas por 5 observadores. El coeficiente de correlación intraclase fue de 0,84 con un error estándar de 8,6.

- Estabilidad test-retest: se realizó una nueva valoración a los 6 meses. El coeficiente de correlación intraclase fue de 0,85. También se realizó un análisis de la variancia de

medidas repetidas, no hallándose diferencias en el tiempo entre observadores, ni interacciones entre observadores y tiempo.

- Validez discriminante: Se compararon pacientes ingresados y no ingresados de grupos diagnósticos similares y la diferencia fue significativa.

- Validez concurrente: Se valoró comparando el CGAS con el Connors (escala valorada por los padres). La correlación no fue significativa, lo puede deberse al estrecho rango de Connors en pacientes no ingresados y sugiere que las dos escalas miden diferentes campos.

5.3.4 Cuestionario de orientación sexual de Kinsey

Fue desarrollado por Kinsey y sus colaboradores en 1948 (226), en forma de una escala que puntúa la conducta y las preferencias sexuales en un continuo, desde la heterosexualidad exclusiva (puntuación 0) hasta la homosexualidad exclusiva (puntuación 6), considerando bisexuales a los sujetos que se hallan en el centro de la escala (puntuación 3).

La información necesaria para la obtención de esta escala es referida por el propio paciente.

5.3.5 G.R.I.S.S

Los pacientes que mantenían relaciones sexuales fueron evaluados mediante el cuestionario GRISS (Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction), de Golombok y Rust (227) traducido al castellano.

El cuestionario fue autoadministrado por los pacientes aunque, dadas las características de la muestra, esta autoadministración fue supervisada por el examinador.

Se trata de un cuestionario de 28 ítems, con una puntuación de 0 a 4, que evalúa la existencia y severidad de problemas sexuales. Puede administrarse a parejas heterosexuales o a individuos con relaciones heterosexuales. Da puntuaciones globales separadas para varones y mujeres, proporcionando también subescalas para valorar la impotencia masculina, la eyaculación precoz, la anorgasmia femenina, el vaginismo, la incomunicación, la infrecuencia, la evitación, la falta de sensualidad y la insatisfacción.

La versión piloto contenía 48 ítems para los varones y 48 para las mujeres y fue aplicada a 51 parejas en tratamiento y a 36 parejas de estudiantes adultos.

En una primera fase se eliminaron los ítems con valores extremos o que con frecuencia no se respondían.

En una segunda fase se identificaron las subescalas mediante un análisis factorial. Cada subescala consta de cuatro ítems seleccionados en función de la estabilidad del factor, número igual de ítems positivos y negativos, continuidad de contenido, consistencia entre las muestras clínica y no clínica y validez interna.

En una tercera fase se intentó construir una escala global para valorar la relación de la pareja, aunque mediante un análisis factorial se vio que debía construirse una escala para cada sexo.

Existen, por otra parte, algunos ítems que no forman parte de ninguna subescala, sino que valoran el interés en el sexo en general y que contribuyen a la escala global.

El GRISS se estandarizó con una muestra de 88 pacientes que se hallaban recibiendo terapia sexual. Se obtuvieron escalas transformadas con las que puede valorarse la existencia

y severidad de los problemas sexuales. La transformación da unas subescalas con una puntuación de 1 a 9, donde una puntuación igual o superior a 5 indica la existencia de un problema.

La fiabilidad fue muy alta para las escalas globales, tanto para varones como para mujeres (0,94 y 0,87 respectivamente) y alta para las subescalas (entre 0,61 y 0,83).

La validación de los cuestionarios se completó mediante su aplicación en dos grupos: uno de pacientes con disfunciones sexuales y otro de pacientes de medicina general. Las puntuaciones globales obtuvieron un buen poder discriminatorio, así como las puntuaciones de las subescalas específicas referidas a los problemas presentados por el grupo disfuncional. Para las subescalas que no miden disfunciones, también se hallaron diferencias significativas entre los pacientes y los controles.

Asimismo, se correlacionó la valoración de los terapeutas sobre la severidad del problema con la puntuación de la escala global, dando resultados significativos.

Finalmente, se evaluó la validez de los cuestionarios para valorar la evolución de los pacientes, correlacionando la mejora estimada por los terapeutas durante la terapia con la puntuación del GRISS, obteniéndose resultados significativos.

5.3.6 Anexos

- Criterios de Esquizofrenia:

295.xx Esquizofrenia:

A - Presencia de los síntomas psicóticos característicos en la fase activa: o 1., 2., o 3. durante una semana como mínimo (a menos que los síntomas hayan sido tratados satisfactoriamente):

1. Dos de los siguientes:

- a) ideas delirantes;
- b) alucinaciones predominantes (a lo largo de todo el día durante muchos días o varias veces a la semana durante muchas semanas, no estando limitada cada experiencia alucinatoria a algunos breves momentos);
- c) incoherencia o notable pérdida de la capacidad asociativa;
- d) conducta catatónica;
- e) afectividad embotada o claramente inapropiada;

2. Ideas delirantes extrañas (por ejemplo, incluyendo fenómenos que serían considerados inverosímiles por cualquier individuo de su medio cultural; por ejemplo, difusión del pensamiento, estar controlado por una persona muerta);

3. Alucinaciones predominantes [tal como se especifican en 1. b)] de una voz con un contenido que aparentemente no tiene relación con la depresión o la euforia, o de una voz que comenta los pensamientos o la conducta del sujeto, o dos o más voces conversando entre sí.

B - Durante el curso de la alteración, la vida laboral, las relaciones sociales y el cuidado personal están notablemente por debajo del nivel previo al inicio de la alteración (o, cuando el inicio se presenta en la infancia o en la adolescencia, el sujeto no ha alcanzado el nivel de desarrollo social que cabía esperar).

C - Se ha descartado el trastorno esquizoaffectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos; por ejemplo, comprobando si a lo largo de la fase activa de la alteración ha habido un síndrome depresivo mayor o un síndrome maníaco, o si la duración global de todos los episodios de síndrome del estado de ánimo ha sido breve en comparación con la duración total de la fase activa y de la fase residual de la alteración.

D - Signos continuos de la alteración durante seis meses como mínimo. El período de seis meses debe incluir una fase activa (de una semana como mínimo, o menos si los síntomas han sido tratados satisfactoriamente) durante la cual se han presentado síntomas psicóticos característicos de la esquizofrenia (síntomas del criterio A), con o sin fase prodrómica o residual, tal como se especifica más adelante.

E - No puede demostrarse que una causa orgánica inició y mantuvo la alteración.

F - Si hay una historia de trastorno autista, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se aplica si hay ideas delirantes o alucinaciones.

- Cuestionario 1

CUESTIONARIO PARA EL EXAMINADOR

ESTE ESTUDIO PRETENDE DETERMINAR LA INCIDENCIA DE DISFUNCIONES SEXUALES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA SEGUN CRITERIOS DSM-III-R.

PUEDEN FORMAR PARTE DEL ESTUDIO TODOS AQUELLOS PACIENTES QUE:

- 1.- CUMPLAN ESTOS CRITERIOS (VER ANEXO).
- 2.- MANTENGAN UNA CAPACIDAD COGNITIVA SUFICIENTE PARA QUE SU RELATO SEA FIABLE, A PESAR DE EXISTIR ALGUNA INCOHERENCIA O ALGUNA TEMÁTICA DELIRANTE.
- 3.- ACEPTEN SER ENTREVISTADOS.

A TODOS ELLOS LES SERA ADMINISTRADO EL PRESENTE CUESTIONARIO.

LOS PACIENTES DE ESTE PRIMER GRUPO QUE HAYAN MANTENIDO O MANTENGAN RELACIONES SEXUALES, DE FORMA OCASIONAL O ESTABLE, EN EL TRANCURSO DE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, SERAN TAMBIÉN EVALUADOS MEDIANTE EL CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN SEXUAL G.R.I.S.S.

(Es aconsejable que la propuesta de rellenar el cuestionario la haga una persona de cierta confianza para el paciente. Es importante asimismo garantizarle el anonimato y la intimidad mientras contesta las preguntas. Puede ser ayudado, procurando no influir en la respuesta, si tiene dudas en alguna de las preguntas.)

Iniciales del paciente

--	--	--	--

A) DATOS SOCIOANAGRÁFICOS

1.- **Sexo**

- 1.-Varón.
- 2.-Hembra.

2.- **Edad**

--	--

99.-Desconocida.

3.- **Lugar de nacimiento**

- 1.-Zona urbana (>50.000 hab.).
- 2.-Semirural (10-50.000 hab.).
- 3.-Rural (< 10.000 hab.)
- 99.-Desconocido.

4.- **Nivel más alto de estudios**

- 1.-No sabe leer o escribir o tiene dificultad para hacerlo.
- 2.-Estudios primarios incompletos de Escolaridad.
- 4.-Bachillerato Elemental o Graduado.
- 5.-Formación Profesional 1er. grado.
- 6.-Formación Profesional 2º grado.
- 7.-Bachillerato superior, BUP o COU.

- 8.-Título universitario grado medio.
- 9.-Título universitario superior.
- 99.-Desconocido.

5.-Situación laboral

- 1.-En paro.
- 2.-Baja laboral.
- 3.-Pensionista.
- 4.-Estudiante.
- 5.-Ama de casa.
- 6.-Empleado.
- 7.-Trabaja por cuenta propia.
- 8.-Profesión liberal.
- 97.-Otros.....
- 98.-Nunca ha trabajado.
- 99.-Desconocida.

6.- Estado civil

- 1.-Soltero.
- 2.-Casado.
- 3.-Separado.
- 4.-Divorciado.
- 5.-Viudo.
- 6.-Religioso.
- 99.-Desconocido.

7.- Número de hijos

--	--

99.- Desconocido

8.- Nivel socioeconómico de la unidad familiar
(Calcular ingresos, zona de residencia, m2 de vivienda....)

- 1.-Bajo (<1 millón/año).
- 2.-Medio-Bajo (1-3 mill./año).
- 3.-Medio-Alto (3-5 mill./año).
- 4.-Alto (5-10 mill./año).
- 5.-Muy alto (>10 mill./año).
- 99.-Desconocido.

9.-Creencias religiosas

- 1.-Creyente practicante.
- 2.-Creyente no practicante.
- 3.-No creyente.
- 99.-Desconocidas.

B) DATOS REFERIDOS A LA ENFERMEDAD

10.- Tipo de esquizofrenia
(ver anexo)

- 1.-Paranoide.
- 2.-Catatónica.
- 3.-Desorganizada.
- 4.-Indiferenciada.
- 5.-Residual.
- 99.-Desconocido.

11.- Cronicidad
(ver anexo)

- 1.-Subcrónica.
- 2.-Crónica.
- 3.-Subcrónica con exacerbación aguda.
- 4.-Crónica con exacerbación aguda.
- 5.-En remisión.
- 99.-No especificada.

12.- **Situación actual**

- 1.-Control ambulatorio.
- 2.-Centro u Hospital de Día.
- 3.-Ingreso corta estancia (<2 meses)
- 4.-Ingreso media estancia (<6 meses)
- 5.-Ingreso larga estancia (>6 meses)
- 99.-Desconocida.

13.- **Edad de inicio de la enfermedad**

--	--

99.- Desconocida.

14.- **Funcionamiento socio-sexual premórbido**
(ver anexo)

--

99.-Desconocido.

15.- **Evaluación global (Escala GAF)**
(Ver anexo)

--	--

(Puntuación actual)

99.-Desconocida.

--	--

(Puntuación referida al último año)

99.-Desconocida.

16.- **Presencia de delirios de contenido sexual**
(¿Ha tenido Vd. últimamente alguna experiencia sexual extraña o fuera de lo común?)
(Si existe, relatarlo)

- 1.-Delirio parcial (lo crítica).
- 2.-Delirio completo (no crítica).
- 98.-No los hay.
- 99.-Desconocido.

17.- **Presencia de alucinaciones de contenido sexual**
(¿Le parece, a veces, oír ruidos o voces de contenido sexual cuando no hay nadie a su alrededor? ¿Le ocurre lo mismo con visiones u otras experiencias en relación al tacto, gusto u olfato?)
(Si existen, relatarlas)

- 1.-Auditivas.
- 2.-Visuales.
- 3.-Cenestésicas.
- 4.-Olfativas.
- 5.-Gustativas.
- 98.-No existen.
- 99.-Desconocido.

18.- **Síndrome de Clérambault**
(¿Se siente Vd. querido/a o deseado/a por algún personaje conocido o importante?)

- 1.-Ausente.
- 2.-Presente.
- 99.-Desconocido.

(Si presente, relatarlo)

C) HISTORIA MÉDICA

19.- **Existencia de enfermedades o cirugía en los últimos seis meses**

(Especificar)

- 1.-Si, pero sin afectar al funcionamiento sexual.
- 2.-Si, pudiendo afectar al funcionamiento sexual.
- 98.-Sin enfermedades.
- 99.-Desconocida.

20.- **Consumo de tóxicos en los últimos seis meses.**

- | | | |
|----------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1.-Heroína | Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> | A. Diario/B. Semanal/C. Mensual/D. Esporádico |
| 2.-Metadona | Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> | A. Diario/B. Semanal/C. Mensual/D. Esporádico |
| 3.-Cocaína | Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> | A. Diario/B. Semanal/C. Mensual/D. Esporádico |
| 4.-Cannabis | Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> | A. Diario/B. Semanal/C. Mensual/D. Esporádico |
| 5.-Alucinógen. | Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> | A. Diario/B. Semanal/C. Mensual/D. Esporádico |
| 6.-Volátiles | Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> | A. Diario/B. Semanal/C. Mensual/D. Esporádico |
| 7.-Anfetamin. | Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> | A. Diario/B. Semanal/C. Mensual/D. Esporádico |
| 8.-Alcohol | Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> | A. Diario/B. Semanal/C. Mensual/D. Esporádico |

- 97.-Otros.....
 98.-No consumo.
 99.-Desconocido.

21.- Ingesta de fármacos

1.-Neurolépticos Si A. Decentan / B. Dogmatil / C. Eskazine
 No D. Etumina / E. Haloperidol / F. Largactil
 G. Lonseren / H. Meleril / I. Modecate
 J. Orap / K. Sinogan / Otros.....

2.-Antiparkinson. Si A. Akineton / B. Artane / Otros.....
 No

3.-Ansiolíticos Si A. Diazepam o Valium / B. Dormodor / C. Lo-
 e hipnóticos No ramet o Noctamid / D. Rohipnol / E. Tranki-
 mazin / F. Tranxilium / Otros.....

4.-Antidepresivos Si A. Anafranil / B. Dumirox / C. Lantanon
 No D. Ludiomil / E. Nardelzine / F. Prozac
 G. Survector / H. Tofranil / I. Tryptizol
 Otros.....

5.-Litio (Plenur) Si
 No

- 97.-Otros fármacos.....
 98.-No toma fármacos.
 99.-Desconocida.

22.- Efectos secundarios sobre la sexualidad

(¿Cree Vd. que la medicación que está tomando o ha tomado últimamente afecta en algún sentido a su sexualidad? P. ej...)

1.-¿Ha notado una disminución Si
 de su deseo sexual? No

2.-¿O un aumento de su deseo Si
 sexual? No

3.-¿Ha tenido dificultades pa- Si
 ra excitarse o para tener una No
 erección (si masc.)?

4.-¿Ha tenido dificultades pa- Si
 ra alcanzar el orgasmo o para No
 eyacular (si masc.)?

- 97.-Otros.....
 98.-Sin cambios.
 99.-Desconocido.

D) HISTORIA SEXUAL

23.- **Opinión del paciente sobre la sexualidad en general**

(¿Qué piensa Vd. acerca de la sexualidad? ¿Le parece algo agradable o considera que es más bien inmoral?)

- 1.-Siempre muy satisfactoria.
- 2.-Agradable y, en general, satisfactoria.
- 3.-Desagradable y, en general, insatisfactoria.
- 4.-Algo degradante e inmoral.
- 99.-Desconocida o no opina.

24.- **Edad de inicio de la masturbación**

--	--

- 98.-Nunca se ha masturbado.
- 99.-Desconocida.

25.- **Frecuencia actual de masturbación (último año)**

- 1.-Nunca.
- 2.-Alguna vez al año.
- 3.-Alguna vez al mes.
- 4.-Alguna vez a la semana.
- 5.-Casi diariamente.
- 6.-Con mayor frecuencia.
- 99.-Desconocida.

26.- **Problemática sexual con la autosexualidad**

(Si practica Vd. algún tipo de sexualidad en solitario, ¿se ve afectado por alguno de estos problemas?)

- 1.- Disminución del impulso sexual

Si
No

- 2.-Exceso de impulso sexual

Si
No

- 3.-Dificultades de excitación o de erección

Si
No

- 4.-Dificultades para alcanzar el orgasmo o eyacular

Si
No

- 97.-Otras.....
- 98.-Sin problemas.
- 99.-Desconocida o nunca autosexualidad.

27.- **Experiencias sexuales traumáticas o abuso sexual**

(Sufrió Vd., en su infancia o adolescencia, alguna experiencia sexual que le afectara o le resultara traumática?)

- 1.-Vió relaciones sexuales de los padres u otros adultos

Si
No

- 2.-Incesto (¿Alguien de su familia abusó

Si
No

)

sexualmente de Vd.?)

3.-Abusos deshonestos
(¿Y alguien de fuera de la familia?) Si
No

4.-Violencia sexual
(¿Alguien se comportó con Vd. de forma violenta con fines sexuales?) Si
No

97.-Otras.....
98.-No han existido.
99.-Desconocido.

28.- **Orientación sexual según continuo de Kinsey**
(En cuanto a su orientación sexual actual, ¿cual de los siguientes puntos cree Vd. que la define mejor?)

- 1.-K-0.Exclusivamente heterosexual.
- 2.-K-1.Predominantemente heterosex. y algunas veces homosexual.
- 3.-K-2.Preferentemente heterosex. y bastantes veces homosexual.
- 4.-K-3.Tanto hetero como homosexual.
- 5.-K-4.Preferentemente homosex. y bastantes veces heterosexual.
- 6.-K-5.Predominantemente homosex. y algunas veces heterosexual.
- 7.-K-6.Exclusivamente homosexual.
- 99.-Desconocida

29.- **Edad de inicio de las relaciones sexuales coitales**

98.-Nunca las ha habido.
99.-Desconocida

30.- **Existencia de disfunciones anteriores**

(¿Ha tenido Vd. algún problema sexual anteriormente a estos últimos seis meses?)

1.-Trastornos del impulso sexual Si
No

2.-Trastornos de la excitación o la erección Si
No

3.-Trastornos del orgasmo o la eyaculación Si
No

4.-Vaginismo ("Imposibilidad de efectuar el coito") Si
No ♂(No procede)

5.-Dispareunia ("Dolor al efectuar el coito") Si
No

- 97.-Otras.....
- 98.-Sin problemas.
- 99.-Desconocida o nunca relaciones.

**31.- Tipo de relación actual
(últimos seis meses)**

- 1.-Sin ningún tipo de pareja.
- 2.-Con parejas ocasionales.
- 3.-Con pareja estable.
- 4.-Con pareja estable y relaciones ocasionales
- 99.-Desconocida.

**32.- Práctica del coito
(últimos seis meses)**

- 1.-Nunca, por falta de pareja.
- 2.-Nunca, por problema sexual de la pareja. (Si es posible, especificar).....
- 3.-Nunca, por problema sexual propio.
- 4.-Nunca, por otros motivos. (Especificar).....
- 5.-Sí lo ha practicado.
- 99.-Desconocida.

LOS PACIENTES QUE EN ESTA ÚLTIMA PREGUNTA ESTÉN EN LAS CATEGORÍAS 2,3,4 Y 5 DEBEN SER EVALUADOS MEDIANTE EL G.R.I.S.S

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

OBSERVACIONES

- Tipos de esquizofrenia:

Los tipos se definen por el perfil del cuadro clínico. Algunos son menos estables que otros y las implicaciones del pronóstico y tratamiento son variables. El diagnóstico de cada tipo particular deberá basarse en la evaluación del cuadro clínico predominante en el momento preciso de la valoración clínica.

295.2x Tipo catatónico:

Tipo de esquizofrenia en el que dominan algunos de los siguientes síntomas:

1. estupor catatónico (notable descenso de la reactividad al ambiente y/o reducción de los movimientos espontáneos y de la actividad) o mutismo;
2. negativismo catatónico (resistencia, sin motivo aparente, a las instrucciones o intentos de ser movilizado);
3. rigidez catatónica (mantenimiento de una postura rígida a pesar de los esfuerzos para modificarla);
4. excitación catatónica (excitación de la actividad motora sin propósito aparente y no influida por los estímulos externos);
5. actitud catatónica (adquisición voluntaria de posturas o actitudes inapropiadas o extrañas).

295.1x Tipo desorganizado:

Tipo de esquizofrenia en el cual se cumplen los siguientes criterios:

A. Incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa, o conducta muy desorganizada.

B. Afectividad aplanada o claramente inapropiada.

C. No cumple los criterios para el tipo catatónico.

295.3x Tipo paranoide:

Tipo de esquizofrenia caracterizado por:

A. Preocupación sobre una o más ideas delirantes sistematizadas o frecuentes alucinaciones auditivas relacionadas con un tema único.

B. Ninguno de los síntomas siguientes: incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa, afectividad aplanada o muy inapropiada, conducta catatónica, conducta muy desorganizada.

Especificar de tipo estable, si los criterios A y B se han cumplido durante las fases activas anteriores y presentes del trastorno.

295.9x Tipo indiferenciado:

Tipo de esquizofrenia en el que hay:

A. Ideas delirantes predominantes, alucinaciones, incoherencia, o conducta muy desorganizada.

B. No cumple los criterios para el tipo paranoide, catatónico o desorganizado.

295.6x Tipo residual

Tipo de esquizofrenia en el que hay:

A. Ausencia de ideas delirantes predominantes, alucinaciones, incoherencia, o conducta muy desorganizada.

B. Pruebas continuas de alteración, tal como se indica por dos o más síntomas residuales señalados en el criterio D de la esquizofrenia.

- Cronicidad

Clasificación del curso. El curso de la alteración se registra con cinco dígitos:

1. Subcrónico. El tiempo desde el inicio de la alteración es menor de dos años pero ha de ser de seis meses como mínimo. Durante este tiempo el sujeto empieza a mostrar más o menos continuamente signos de la alteración (comprendiendo las fases prodrómica, activa y residual).
2. Crónico. Lo mismo que el anterior, pero con una duración de más de dos años.
3. Subcrónico con exacerbación aguda. Reaparición de los síntomas psicóticos predominantes en un sujeto con un curso subcrónico que se encuentra en la fase residual de la alteración.
4. Crónico con exacerbación aguda. Reaparición de los síntomas psicóticos predominantes en un sujeto con un curso crónico que se encuentra en la fase residual de la alteración.
5. En remisión. Deberá aplicarse en el caso de sujetos con historia de esquizofrenia y que en la actualidad no presentan signos de la alteración (tanto si están bajo tratamiento farmacológico como si no). La diferenciación entre la esquizofrenia en remisión y la ausencia de trastorno mental requiere la consideración de todos los

niveles de actividad, el periodo de tiempo transcurrido desde el último episodio de la alteración, la duración total de ésta y si se está haciendo o no un tratamiento profiláctico.

0. No especificado.

- Funcionamiento sociosexual premórbido:

1. Interés por el otro sexo, relaciones de pareja estables con relaciones sexuales o juego sexual, salía con parejas regularmente, manteniendo relaciones estables con poco o ningún juego sexual.
2. Salía en pareja regularmente, mantenía ocasionalmente alguna relación estable con o sin juego o relación sexual.
3. Salía en pareja regularmente, mantenía relaciones superficiales ocasionales con o sin juego o relación sexual.
4. Mantenía contactos ocasionales con parejas, con o sin juego o relación sexual.
5. Interés en el otro sexo, pero nunca salió en pareja.
6. Interés únicamente en el propio sexo.
7. Ningún interés en uno u otro sexo.

- Adaptación global.

- 81 ---- 90 **Ausencia de síntomas o síntomas mínimos** (por ejemplo, ansiedad leve antes de un examen), **buen funcionamiento en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia variedad de actividades, efectivo socialmente, generalmente satisfecho con su vida, no tiene más que los problemas o preocupaciones propias de la vida cotidiana** (por ejemplo, una discusión ocasional con alguno de los miembros de la familia).
- 71 ---- 80 **Si hay síntomas, son transitorios y son reacciones esperables ante el estrés psicosocial** (por ejemplo, dificultades para concentrarse después de una discusión familiar); **ligera incapacidad en la actividad social, laboral o escolar** (por ejemplo, retraso temporal en la realización de las tareas escolares).
- 61 ---- 70 **Algunos síntomas leves** (por ejemplo, estado de ánimo deprimido o insomnio leve). **O dificultades en la actividad social, laboral o escolar** (por ejemplo, hacer novillos ocasionalmente, o robar en casa) **aunque, en general, el funcionamiento es bastante bueno y el sujeto tiene relaciones interpersonales significativas.**
- 51 ---- 60 **Síntomas moderados** (por ejemplo, aplanamiento afectivo y lenguaje circunstancial o crisis de angustia esporádicas). **O deterioro importante en la actividad social, laboral o escolar** (por ejemplo, pocos amigos o problemas con los compañeros de trabajo).
- 41 ---- 50 **Síntomas graves** (por ejemplo, ideas de suicidio, rituales obsesivos graves, pequeños robos en tiendas). **O deterioro grave en la actividad social, laboral o escolar** (por ejemplo, ausencia de amigos o incapacidad para conservar el trabajo).
- 31 ---- 40 **Deterioro en la evaluación de la realidad o en la comunicación** (por ejemplo, el lenguaje es en ocasiones incoherente, oscuro o irrelevante). **O deterioro importante en diferentes áreas, como trabajo, escuela y relaciones familiares, capacidad de juicio, pensamiento o estado de ánimo** (por ejemplo, la persona deprimida evita los amigos, descuida la familia y es incapaz de trabajar; el niño golpea con frecuencia a otros niños más pequeños, en casa planta cara [desafía a sus padres], y fracasa en la escuela).
- 21 ---- 30 **La conducta está considerablemente influenciada por ideas delirantes y alucinaciones. O existe un deterioro importante en la comunicación y el juicio** (por ejemplo, algunas veces incoherente, actúa de manera inapropiada en distintas situaciones, tiene ideas suicidas). **O incapacidad para funcionar en casi todas las áreas** (por ejemplo, quedarse en cama todo el día, o estar sin trabajo, sin casa o sin amigos).
- 11 ---- 20 **Peligro relativo de auto o heterolesión** (por ejemplo, intento de suicidio sin riesgo probable de muerte, violencia frecuente o excitación maníaca). **O abandono ocasional de la higiene personal mínima** (por ejemplo, oler mal o ir sucio). **O deterioro importante en la comunicación** (por ejemplo, incoherencia o mutismo).
- 01 ---- 10 **Peligro persistente de lesiones graves a sí mismo o a los demás** (por ejemplo, violencia recurrente). **O incapacidad persistente para mantener una higiene personal mínima. O intento de suicidio grave con claro riesgo de muerte.**

- G.R.I.S.S.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN SEXUAL G.R.I.S.S. (MUJER)
 (Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction)
 Susan Golombok, John Rust
 Traducción y adaptación: F.Fora

ESTE CUESTIONARIO PRETENDE DETERMINAR LA INCIDENCIA DE DISFUNCIONES SEXUALES. ES TOTALMENTE ANÓNIMO.

CADA PREGUNTA DEL CUESTIONARIO PUEDE RESPONDERSE DE LAS FORMAS SIGUIENTES:

- N: Nunca
- CN: Casi nunca
- O: Ocasionalmente
- H: Habitualmente
- S: Siempre

LEA CADA PREGUNTA CON ATENCIÓN Y DECIDA LA RESPUESTA QUE DESCRIBE MEJOR LA FORMA EN QUE LE HAN IDO LAS COSAS EN SU SEXUALIDAD RECIENTEMENTE (EN EL ÚLTIMO AÑO, POR EJEMPLO). LUEGO, PONGA UNA CRUZ EN EL CUADRO CORRESPONDIENTE QUE ENCONTRARÁ A LA DERECHA.
 NO OLVIDE CONTESTAR A TODAS LAS PREGUNTAS

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

	N	CN	O	H	S
1.-¿Siente una falta de interés hacia el sexo?....					
2.-¿Le pregunta a su pareja qué es lo que le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales?.....					
3.-¿Transcurren semanas en las que no tiene relación sexual alguna?.....					
4.-¿Se excita sexualmente con facilidad?.....					
5.-¿Se siente satisfecha con la cantidad de tiempo que Vd. y su pareja dedican al juego previo?...					
6.-¿Siente que su vagina está tan cerrada que el pene de su pareja no puede entrarle?.....					
7.-¿Intenta evitar el tener relaciones sexuales con su pareja?.....					
8.-¿Es capaz de experimentar un orgasmo con su pareja?.....					
9.-¿Disfruta abrazando y acariciando el cuerpo de su pareja?.....					
10.-¿Encuentra satisfactorias las relaciones sexuales con su pareja?.....					

(N:nunca; CN:casi nunca; O:ocasionalmente;
H:habitualmente; S:siempre)

	N	CN	O	H	S
11.-¿Le resulta posible introducir su dedo en su vagina sin sentir molestias?.....					
12.-¿Le disgusta frotar o acariciar el pene de su pareja?.....					
13.-¿Se pone tensa y nerviosa cuando su pareja quiere tener relaciones sexuales?.....					
14.-¿Le resulta imposible llegar al orgasmo?.....					
15.-¿Realiza el coito más de dos veces por semana?					
16.-¿Le resulta difícil explicar a su pareja qué es lo que le gusta y le disgusta de sus relaciones sexuales?.....					
17.-¿Le resulta posible introducir el pene de su pareja en su vagina sin sentir molestias?.....					
18.-¿Siente que existe una falta de amor y afecto en las relaciones sexuales con su pareja?.....					
19.-¿Disfruta cuando su pareja frota y acaricia sus genitales?.....					
20.-¿Rechaza tener relaciones sexuales con su pareja?.....					
21.-¿Puede llegar al orgasmo cuando su pareja estimula su clítoris durante el juego previo?.					
22.-¿Se siente insatisfecha con la cantidad de tiempo que su pareja dedica al coito en concreto?.....					
23.-¿Tiene sensaciones desagradables ante lo que Vd. hace mientras hace el amor?.....					
24.-¿Piensa que su vagina está suficientemente cerrada como para que el pene de su pareja no pueda penetrar muy profundamente?.....					
25.-¿Le disgusta ser abrazada y acariciada por su pareja?.....					
26.-¿Se humedece su vagina mientras hace el amor?.					
27.-¿Disfruta realizando el coito con su pareja?..					
28.-¿Le resulta imposible alcanzar el orgasmo durante el coito?.....					

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN SEXUAL G.R.I.S.S. (HOMBRE)
 (Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction)
 Susan Golombok, John Rust
 Traducción y adaptación: F.Fora

ESTE CUESTIONARIO PRETENDE DETERMINAR LA INCIDENCIA DE DISFUNCIONES SEXUALES. ES TOTALMENTE ANÓNIMO.

CADA PREGUNTA DEL CUESTIONARIO PUEDE RESPONDERSE DE LAS FORMAS SIGUIENTES:

- N: Nunca
- CN: Casi nunca
- O: Ocasionalmente
- H: Habitualmente
- S: Siempre

LEA CADA PREGUNTA CON ATENCIÓN Y DECIDA LA RESPUESTA QUE DESCRIBE MEJOR LA FORMA EN QUE LE HAN IDO LAS COSAS EN SU SEXUALIDAD RECIENTEMENTE (EN EL ÚLTIMO AÑO, POR EJEMPLO). LUEGO, PONGA UNA CRUZ EN EL CUADRO CORRESPONDIENTE QUE ENCONTRARÁ A LA DERECHA.

NO OLVIDE CONTESTAR A TODAS LAS PREGUNTAS.

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

	N	CN	O	H	S
1.-¿Realiza el coito más de 2 veces por semana.....					
2.-¿Le resulta difícil explicar a su pareja qué es lo que le gusta y le disgusta de sus relaciones sexuales?.....					
3.-¿Se excita sexualmente con facilidad?.....					
4.-¿Es capaz de retrasar la eyaculación durante el coito si cree que va a "llegar" demasiado rápido?.					
5.-¿Está insatisfecho con la cantidad de variación que hay en la vida sexual con su pareja?.....					
6.-¿Le disgusta frotar o acariciar los genitales de su pareja?.....					
7.-¿Se pone tenso y nervioso cuando su pareja quiere tener relaciones sexuales?.....					
8.-¿Disfruta realizando el coito con su pareja?.....					
9.-¿Le pregunta a su pareja qué es lo que le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales?.....					
10.-¿Tiene fallos de erección?.....					

(N:nunca; CN:casi nunca; O:ocasionalmente;
H:habitualmente; S:siempre)

	N	CN	O	H	S
11.-¿Siente que existe una falta de amor y afecto en las relaciones sexuales con su pareja?.....					
12.-¿Disfruta cuando su pareja frota o acaricia su pene?.....					
13.-¿Puede evitar el eyacular demasiado rápido durante el coito?.....					
14.-¿Intenta evitar el tener relaciones sexuales con su pareja?.....					
15.-¿Encuentra satisfactorias las relaciones sexuales que mantiene con su pareja?.....					
16.-¿Logra tener una erección durante el juego previo con su pareja?.....					
17.-¿Transcurren semanas en las que no tiene relación sexual alguna?.....					
18.-¿Disfruta de la masturbación mutua con su pareja?					
19.-¿Si quiere tener relaciones sexuales con su pareja toma usted la iniciativa?.....					
20.-¿Le disgusta ser abrazado y acariciado por su pareja?.....					
21.-¿Realiza el coito tan a menudo como quiere?.....					
22.-¿Rechaza tener relaciones sexuales con su pareja?					
23.-¿Pierde la erección durante el coito?.....					
24.-¿Eyacula sin quererlo casi tan pronto como su pene entra en la vagina de su pareja?.....					
25.-¿Disfruta abrazando y acariciando el cuerpo de su pareja?.....					
26.-¿Siente una falta de interés hacia el sexo?.....					
27.-¿Eyacula accidentalmente justo antes de que su pene vaya a entrar en la vagina de su pareja?.....					
28.-¿Tiene sensaciones desagradables ante lo que Vd. y su pareja hacen mientras hacen el amor?.....					

5.4 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

La explotación de los datos se ha hecho con el paquete de programas SPSS Windows versión 6.1.

Se ha efectuado una descriptiva univariante de todas las variables, calculando los índices de tendencia central y de dispersión habituales, en función de que la variable fuera cualitativa o cuantitativa y según la escala en que se había medido.

Posteriormente se ha llevado a cabo un análisis bivariante con las pruebas de hipótesis siguientes:

- Para la valoración de la relación entre dos variables cualitativas, o la homogeneidad de dos o más proporciones:

Se ha realizado una prueba de homogeneidad de proporciones o de relación entre estas variables calculado el estadístico X^2 . Cuando las dos variables eran dicotómicas y los efectivos esperados eran inferiores a uno, se ha calculado la probabilidad con el Test exacto de Fisher.

- Para valorar las posibles diferencias de una variable cuantitativa en función de las categorías de una variable cualitativa:

En primer lugar, se ha comprobado si las variables cuantitativas en los grupos formados por las variables cualitativas seguían una distribución normal con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la homocedasticidad

con la prueba de Levene. En el caso de cumplirse estas condiciones de aplicación, situación que se ha dado en pocas ocasiones, cuando las variables cualitativas eran dicotómicas se ha calculado el estadístico T de Student de homogeneidad de dos medias. Cuando las variables cualitativas tenían más de dos categorías se ha realizado un análisis de la varianza calculando el estadístico F de Fisher.

En el caso de no cumplirse las condiciones de aplicación o para variables medidas en escala ordinal, para los casos de variables cualitativas dicotómicas se ha hecho la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney y cuando las variables cualitativas eran de más de dos categorías la prueba de Kruskal-Wallis.

- Para valorar la relación entre dos variables cuantitativas:

Se ha hecho un diagrama de dispersión para observar la posible relación entre las variables. Posteriormente, cuando estaban medidas en escala de Razón, se ha comprobado si la distribución de las variables era normal con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. En el caso de ser normales, se ha calculado la posible correlación lineal con el estadístico r de Pearson. Prácticamente en ninguna variable se ha cumplido la condición de normalidad, por lo que habitualmente se ha medido la relación calculando el estadístico r de Spearman (prueba no paramétrica). Esta misma prueba se ha realizado en el caso de las variables ordinales.

6 RESULTADOS

6.1 DATOS SOCIOANAGRÁFICOS

6.1.1 Sexo. Del total de la muestra, 44 pacientes (42,7%) son varones y 59 (57,3%), mujeres. (Figura 1, pág. 129)

6.1.2 Edad. La edad media de la muestra era de 42,2 años con una desviación típica de 13,5. El individuo más joven tenía 18 años y el más mayor, 72. En el intervalo de 18 a 38 años se acumula el 51,5% de la muestra. (Figura 2, pág. 129)

6.1.3 Zona de procedencia. La zona de procedencia de los pacientes era de tipo urbano en el 70,9%, semirural en el 4,9% y rural en el 23,3%. (Figura 3, pág. 131)

6.1.4 Nivel de estudios. El 4,9% de la muestra eran analfabetos. El 22,3% no habían completado sus estudios primarios. El 34% tenían estudios primarios. El 14,6% habían completado el bachillerato superior. El 2,9% poseían un título universitario de grado medio y el 1,9% (2 pacientes), un título universitario superior. (Figura 4, pág. 131)

6.1.5 Situación laboral. El 66% eran pensionistas, el 13,6% no habían trabajado nunca, el 7,8% estaban de baja y el 6,8% en paro. Sólo el 2% trabajaba y el resto (3,8%) eran estudiantes o amas de casa. (Figura 5, pág. 133)

6.1.6 Estado civil. 81 pacientes (78,6%) se hallaban solteros, 17 (16,5%) casados, 4 (3,9%) separados y 1 (1%) divorciado. (Figura 6, pág. 133)

El 93,2% de los varones estaban solteros, frente a sólo el 67,8% de las mujeres. (Tabla 1, pág. 135)

6.1.7 Número de hijos. El 77,7% de los pacientes no tenía hijos. El 13,6%, un hijo, el 3,9%, dos hijos y el 2,9%, 3 hijos. (Figura 7, pág. 135)

6.1.8 Nivel socioeconómico. El 70,9% de la muestra pertenecía a un nivel socioeconómico bajo o medio-bajo, con un 35 y 35,9%, respectivamente, para cada uno de estos dos niveles. El 18,4% se hallaba en el nivel medio-alto y el 5,8% en un nivel alto. (Figura 8, pág. 137)

6.1.9 Creencias religiosas. Se declara creyente practicante el 46,6% de la muestra, creyente no practicante, el 31,1% y no creyente el 11,7%. (Figura 9, pág. 137)

6.2 DATOS REFERIDOS A LA ENFERMEDAD

6.2.1 Tipo de esquizofrenia. El 61,2% de pacientes presentaban esquizofrenia de tipo paranoide; el 15,5% residual, el 13,6% desorganizada, el 7,8% indiferenciada y el 1% catatónica. (Figura 10, pág. 139)

6.2.2 Cronicidad. El 78,6% de pacientes eran crónicos, el 18,4% crónicos con exacerbación aguda, el 1,9% subcrónicos y el 1% en remisión. (Figura 11, pág. 139)

6.2.3 Situación actual. El 60,2% de pacientes se hallaban en situación de larga estancia (>6 meses), el 20,4% en centro u hospital de día, el 8,7% en control ambulatorio, el 3,9% en ingreso de media estancia (<6 meses) y el 2,9% en ingreso de corta estancia (<2 meses). (Figura 12, pág. 141)

La edad de los pacientes ingresados de larga estancia era muy superior a los ingresados en hospital de día, corta o media estancia y ambulatorios. (Tabla 2, pág. 141)

6.2.4 Edad de inicio de la enfermedad. La mediana de la muestra se halla en los 19 años. La edad media de inicio de la enfermedad es de 21,5 años. (Figura 13, pág. 143)

La edad media de inicio de la enfermedad en los varones fue de 19,4 años, mientras que en las mujeres fue de 23,1. (Tabla 3, pág.143)

La edad de inicio de la enfermedad fue más elevada en los pacientes en control ambulatorio (23,3 años) y más precoz en los pacientes de centro de día o ingresados en corta y media estancia (18,1 años). Los pacientes de larga estancia iniciaron su enfermedad a los 22,2 años. (Tabla 4, pág. 145)

6.2.5 Funcionamiento sociosexual premórbido. La puntuación media es de 3,6 y la mediana de 4, que corresponde al ítem "contactos ocasionales con parejas, con o sin juego o relación sexual". (Figura 14,pág. 145)

El funcionamiento sociosexual premórbido fue algo peor en los varones (3,97) que en las mujeres (3,42). (Tabla 5, pág. 147)

El funcionamiento premórbido había sido ligeramente mejor en los pacientes de corta y media estancia que en el resto de la muestra. (Tabla 6,pág. 147)

El FSP no varía significativamente con la zona de procedencia (Tabla 7,pág. 147), la edad de inicio de la enfermedad (Tabla 8, pág. 147), el tipo de esquizofrenia (Tabla 9, pág. 149) y el GAF actual (Tabla 10,pág. 149)

6.2.6 Grado de adaptación global. La puntuación media del GAF actual es de 46,5 y del GAF a un año, de 45,5. La mediana del GAF actual se halla en 45, que refleja "síntomas graves, o deterioro grave en la actividad social, laboral o escolar) (Figura 15,pág. 149). La mediana del GAF a un año es de 40,

que se halla en el intervalo que refleja "deterioro en la evaluación de la realidad o en la comunicación. O deterioro importante en diferentes áreas, como trabajo, escuela y relaciones familiares, capacidad de juicio, pensamiento o estado de ánimo". (Figura 16,pág. 151)

- El GAF actual correlaciona significativamente con el GAF a un año. Por ello, con objeto de simplificar la exposición, usaremos una sola de estas medidas, preferentemente el GAF actual. (Tabla 11,pág. 151)

El grado de adaptación social, medido a través del GAF, es distinto según la zona de procedencia y la situación de ingreso actual, de modo que los pacientes nacidos en zonas urbanas y semirurales presentan un GAF actual más bajo (44,5) y, por tanto, con mayor deterioro social, que los nacidos en zonas rurales (53,9). (Tabla 12,pág. 151). Por otra parte, la mejor adaptación social actual es obtenida por los pacientes ambulatorios (60,6 en el GAF actual), seguidos por los ingresados en hospital de día, corta o media estancia (50,7) y los ingresados de larga estancia (41,7). (Tabla 13,pág. 153)

No se hallan diferencias significativas según el sexo (Tabla 14,pág. 153), la edad (Tabla 15,pág. 153), el estado civil (Tabla 16,pág. 153), el nivel de estudios (Tabla 17 ,pág. 155), el nivel socioeconómico (Tabla 18,pág. 155), la edad de inicio de la enfermedad (Tabla 19,pág. 155) y el tipo de esquizofrenia (Tabla 20,pág. 155).

6.2.7 Delirios de contenido sexual. Presentaba ideación delirante de contenido sexual el 18,5% de la muestra (10,7%, delirio completo y 7,8% delirio parcial). El 79,6% no referían delirios de contenido sexual. (Figura 17,pág. 157).

No se hallan diferencias significativas según el sexo (Tabla 21,pág. 157).

El funcionamiento sociosexual premórbido fue ligeramente mejor en los pacientes con delirios sexuales, sin alcanzar significación. (Tabla 22,pág. 157).

Los pacientes con delirios sexuales obtienen un peor GAF (36,9) que los que no presentan delirios (48,7). (Tabla 23,pág. 159).

Los delirios de contenido sexual fueron más frecuentes entre los pacientes con esquizofrenia paranoide (27%), frente a sólo el 5,3% de los pacientes de todos los demás tipos. (Tabla 24,pág. 159)

Presentaban delirios sexuales el 25% de los no creyentes o no practicantes, frente al 10,6% de los creyentes practicantes. (Tabla 25,pág. 159)

6.2.8 Alucinaciones de contenido sexual.

Las alucinaciones auditivas de contenido sexual son referidas por el 4,9% de la muestra. Las alucinaciones visuales las presenta el 1,9% de la muestra. Las alucinaciones cenestésicas son referidas por el 7,8% de la muestra. En conjunto, presenta trastornos sensorceptivos de carácter sexual el 11,7% de la muestra (en algunos pacientes coexisten dos o más tipos de alucinaciones). (Tabla 26,pág. 161)

Presenta trastornos sensorceptivos el 47,4% de los pacientes delirantes, frente al 4,9% de los que no presentan delirios. (Tabla 27,pág. 161)

Las diferencias por sexo, en cuanto a las alucinaciones auditivas y visuales fueron poco importantes. Las cenestésicas, en cambio, fueron comunicadas por el 2,3% de los hombres y el 12,1% de las mujeres. (Tabla 28,pág. 161)

Tienden a ser más jóvenes los que presentan alucinaciones auditivas (35 años contra 42,3

los que no presentan) y visuales (33 años contra 42,1 los que no presentan). Las alucinaciones cenestésicas se presentan en individuos ligeramente mayores (45,8 años contra 41,6 años los que no presentan). (Tabla 29,pág. 163)

Los pacientes con trastornos sensorceptivos obtienen un GAF peor (39,7) que los que no los presentan (47,6). (Tabla 30,pág. 163)

Los trastornos sensorceptivos de contenido sexual fueron comunicados por el 17,5% de los esquizofrénicos paranoides y el 5,1% de los demás tipos de esquizofrenia. (Tabla 31,pág. 163)

6.2.9 Síndrome de Clérambault. Se halla presente en el 4,9% de la muestra. (Figura 18,pág. 165). No se hallan diferencias según el sexo, (Tabla 32,pág. 165) ni las creencias religiosas. (Tabla 33,pág. 165)

Sólo se encuentran diferencias significativas al comparar la presencia de síndrome de Clérambault entre los pacientes con y sin delirios sexuales, hallándose más frecuentemente entre los primeros (16,7% frente a 2,7%) (Tabla 34,pág. 167)

Se hallan otras diferencias importantes que, aunque no estadísticamente significativas, son remarcables:

El GAF es peor para los pacientes con síndrome de Clérambault (36,2 vs. 45,5). (Tabla 35,pág. 167)

Todos los pacientes con Clérambault se inscriben en la categoría de "exclusiva o predominantemente heterosexual". (Tabla 36,pág. 167)

Ningún paciente con Clérambault mantiene relaciones de pareja de ningún tipo. (Tabla 37,pág. 169)

Todos los pacientes con Clérambault se hallan en el grupo inferior de nivel de estudios. (Tabla 38,pág. 169)

6.3 HISTORIA MÉDICA

6.3.1 Antecedentes médicos. El 83,5% de la muestra no había sufrido enfermedades o cirugía en los últimos 6 meses. El 2,9% sí había padecido enfermedades, pero sin afectar al funcionamiento sexual. El 1% había padecido enfermedades que podían afectar al funcionamiento sexual. (Figura 19,pág. 171)

Sólo es reseñable que los 4 pacientes que habían sufrido enfermedades no mantienen ningún tipo de relación de pareja.

6.3.2 Consumo de tóxicos. El 62,1% de la muestra no consumía ningún tóxico. Ningún paciente consumía heroína, metadona, sustancias volátiles o anfetaminas. El 1% consumía cocaína, el 1,9% alucinógenos, el 6,8% cannabis, el 18,4% alcohol y el 21,4% otros tóxicos. (Tabla 39,pág. 171)

El único consumidor de cocaína la consumía de forma esporádica. Refería disminución del deseo, trastornos erectivos y dificultades orgásmicas, padecidos con anterioridad y actualmente con la autosexualidad. A pesar de ello, se masturbaba con una frecuencia casi diaria (frente al 4% del resto de la muestra). No mantenía relación alguna y no practicaba coito.

Los dos consumidores de alucinógenos lo eran de forma esporádica. No refirieron disfunciones, aunque uno refirió un aumento del deseo sexual atribuido a la medicación. La frecuencia de masturbación era elevada (un paciente frecuencia semanal y el otro casi diaria).

Las frecuencias de consumo para el cannabis eran: 5 pacientes esporádicamente, uno mensual y otro semanal.

La frecuencia de consumo de alcohol era: diario, 6 pacientes (5,8% del total de la muestra); semanal, 6 pacientes (5,8%); mensual, 2 pacientes (1,9%) y esporádico, 5 pacientes (4,9%).

Las diferencias por sexo en cuanto al consumo de tóxicos, únicamente resultaron significativas para el alcohol (27,9% de hombres vs. 12,3% de mujeres). (Tabla 40,pág. 173)

Resultan significativas las diferencias de edad en cuanto al consumo de cannabis (31,6 vs 43,2) y de alcohol (35,7 vs 43,9). (Tabla 41,pág. 173)

6.3.3 Fármacos. El 99% de pacientes toma neurolépticos, el 68% antiparkinsonianos, el 35,9% ansiolíticos, el 8,7% antidepresivos, el 5,8% litio y el 26,2% otros fármacos (Tabla 42,pág. 173). Sólo uno no toma ningún fármaco. El 80,6% toma entre dos y tres fármacos. Los neurolépticos tomados con mayor frecuencia son: Haloperidol® (44,7%), Meleril® (35,9%) y Sinogan® (35%) (Tabla 43,pág. 175).

No había diferencias significativas en el GAF según la medicación que tomaba cada paciente, excepto para los que tomaban litio, que obtenían un GAF superior al del resto de pacientes (57,7 frente a 45,8). (Tabla 44,pág. 175)

6.4 HISTORIA SEXUAL

6.4.1 Edad de inicio de la masturbación. La edad media de inicio de la masturbación fue de 15,1 años, con una desviación típica de 4,3. (Figura 20,pág. 177)

La edad media de inicio de la masturbación fue de 14,1 años para los hombres y de 17,1 para las mujeres. (Tabla 45,pág. 177)

El 97,7% de los hombres refería haberse masturbado alguna vez, contra el 44,7% de las mujeres. (Tabla 46,pág. 179)

La edad de inicio de la masturbación fue ligeramente más baja (14,6 años) en los pacientes de nivel alto o medio alto, que en los de nivel bajo o medio-bajo (15,4 años), aunque la diferencia no alcanzó significación estadística. (Tabla 47,pág. 179)

Sí hubo diferencias según las creencias religiosas, ya que la edad de inicio de la masturbación, fue de 16,6 años para los creyentes practicantes y de 14,3 para los no practicantes o no creyentes. (Tabla 48,pág. 179)

6.4.2 Edad de inicio del coito. La edad media de inicio de las relaciones sexuales coitales es de 21 años, con una desviación típica de 5,3 años. (Figura 21,pág. 181)

No se hallan diferencias significativas entre sexos en la edad de inicio de las relaciones sexuales (Tabla 49,pág. 181), pero sí en el hecho de haberlas tenido, ya que habían mantenido relaciones coitales el 79,5% de los hombres, contra el 58,9% de las mujeres. (Tabla 50,pág. 183)

Existe una cierta correlación entre la edad actual y la edad de inicio de las relaciones coitales. ($p=0,03$). (Tabla 51,pág. 183)

La edad de inicio de las relaciones sexuales coitales es más temprana en los pacientes nacidos en zonas urbanas que en los procedentes del medio rural (20,1 años vs 23,4), aunque la diferencia no alcanza significación estadística. (Tabla 52,pág. 183)

No se hallan diferencias significativas en cuanto a la edad de inicio de las relaciones coitales, según las creencias religiosas, aunque los creyentes practicantes las iniciaron algo más tardíamente (21,1 años, frente a 20,6) (Tabla 53,pág. 183).

6.4.3 Experiencias sexuales traumáticas.

El 1% vio relaciones sexuales de adultos, el 1,9% sufrió incesto, el 10,7% sufrió abusos deshonestos, el 8,7% violencia sexual y el 2,9% refiere otras experiencias sexuales traumáticas. En conjunto, el 21,3% de la muestra sufrió algún tipo de experiencia sexual traumática. (Tabla 54,pág. 185)

Por sexos, no se hallan diferencias significativas en cuanto a la incidencia de incesto o abusos sexuales, pero sí en el aspecto de haber sufrido "violencia con fines sexuales", referida por el 16,7% de las mujeres y por ningún hombre. (Tabla 55,pág. 185)

No se halla relación entre experiencias sexuales traumáticas y nivel socioeconómico (Tabla 56,pág. 185)

6.5 CONDUCTA SEXUAL

6.5.1 Opinión sobre la sexualidad. Mantenía una opinión muy satisfactoria el 24,3% de la muestra, satisfactoria el 48,5%, insatisfactoria el 10,7% y opinaban que era algo degradante e inmoral el 2,9%.(Figura 22,pág.187)

La opinión sobre la sexualidad fue significativamente más favorable en los hombres que en las mujeres. Mientras que el 93% de los hombres consideraba que la sexualidad era muy satisfactoria y agradable, esta opinión sólo era compartida por el 76,1% de las mujeres. (Tabla 57,pág. 187)

No se hallan diferencias en la opinión sobre la sexualidad según el nivel socioeconómico (Tabla 58,pág. 187)

La opinión sobre la sexualidad es significativamente más desfavorable en los pacientes que refieren violencia sexual, pero no alcanza significación estadística en los que refieren incesto o abusos (Tabla 59,pág. 189)

6.5.2 Orientación sexual. Se declara exclusivamente heterosexual el 82,5% de la muestra, predominantemente heterosexual el 6,8%, preferentemente heterosexual el 3,9% y predominantemente homosexual el 1% (Figura 23,pág. 189)

No se hallan diferencias significativas entre sexos en cuanto a la orientación sexual. El único caso que se declara "predominantemente homosexual" es femenino.

No existieron diferencias significativas en cuanto a la orientación sexual y el tipo de esquizofrenia. En el ítem "exclusivamente heterosexual" se sitúa el 95% de los paranoides, frente al 94,6% de los otros tipos. En el ítem 3 del continuo de Kinsey la proporción de pacientes paranoides era del 5%, frente al 5,4% de los otros tipos (Tabla 60,pág. 191). La única paciente "predominantemente homosexual" no se hallaba en el grupo de esquizofrénicos paranoides.

6.5.3 Frecuencia de masturbación. El 36,9% de la muestra no había practicado la masturbación en el último año. El 10,7% alguna vez al año, el 21,4% alguna vez al mes, el 12,6% alguna vez a la semana, el 4,9% casi diariamente y el 1% con mayor frecuencia (Figura 24,pág. 191)

La frecuencia actual de masturbación, tomando como referencia el último año, era muy superior para los hombres. Mientras que el 76,7% de hombres se masturbaban con una frecuencia mínima mensual (37,2% mensual, 25,6% semanal y 11,6% "casi diariamente"), sólo el 17% de mujeres mantenía esta frecuencia. En el otro extremo, el 74,5% de las

mujeres no se habían masturbado en el último año, por sólo el 7% de hombres. (Tabla 61,pág. 193)

La frecuencia de masturbación se halla en relación inversa con la edad. El grupo de frecuencia diaria, semanal o mensual tiene una edad de 32,6 años, el grupo de "alguna vez al año" tiene 42,9 y el grupo que no se ha masturbado en el último año, 50,1. (Tabla 62,pág. 193)

La frecuencia actual de masturbación guarda una relación significativa con el nivel de estudios. De los pacientes con un nivel inferior a FP1, el 49,3% no se han masturbado, contra el 15,8% de niveles superiores, que tampoco han llevado a cabo esta actividad sexual. (Tabla 63,pág. 193)

La frecuencia de masturbación fue más alta entre los pacientes de nivel socioeconómico más elevado. Un 73,9% de los pacientes de nivel alto o medio-alto mantenían una frecuencia igual o superior a la mensual, frente a sólo el 37,1% de los de nivel bajo o medio-bajo. Por el contrario, un 26,1% de los primeros frente a un 46,8% de los segundos no la habían practicado en el último año. (Tabla 64,pág. 195)

Un 62,5% de los creyentes practicantes no se masturban actualmente, frente a un 29,3% de los no creyentes o no practicantes. (Tabla 65,pág. 195)

La opinión sobre la sexualidad y la frecuencia de masturbación aparecen relacionadas, aunque las diferencias no alcanzan significación estadística. El 20,7% de los pacientes que no se masturban mantienen una opinión negativa de la sexualidad, frente a sólo el 5% de los que la practican con una frecuencia igual o superior a la mensual. (Tabla 66,pág. 195)

La edad de inicio de la masturbación parece mantener una relación inversa con la frecuencia de su práctica, de modo que frecuencias más bajas corresponden a edades de inicio más altas. Los pacientes que no se habían masturbado en el último año referían una edad de inicio de 18,5 años, frente a los 16,2 de los que se masturbaban "alguna vez al año", y los 13,9 de los que mantenían una frecuencia igual o superior a la mensual. (Tabla 67,pág. 197)

6.5.4 Tipo de relación actual. El 76,7% de la muestra no mantuvo ningún tipo de relación de pareja en los últimos 6 meses. El 6,8% parejas ocasionales, el 6,8% pareja estable y el 8,7% pareja estable y relaciones ocasionales. (Figura 25,pág. 197)

Un 27,9% de hombres y un 18,6% de mujeres mantenían algún tipo de relación de pareja. (Tabla 68,pág. 197) . La diferencia no fue significativa.

La media de edad de los que mantienen algún tipo de relación de pareja es de 34,1 años, frente a los 44,7 de los que no mantienen ningún tipo de relación de pareja. (Tabla 69,pág. 199)

Todos los pacientes que mantienen algún tipo de relación de pareja mantienen una opinión positiva de la sexualidad, frente al 78,8% de los que no tienen pareja. (Tabla 70,pág. 199)

Aunque un porcentaje algo mayor de pacientes creyentes practicantes se halla sin pareja (80,9%) respecto a los no creyentes o no practicantes (70,5%) la diferencia no alcanza significación estadística. (Tabla 71,pág. 199)

6.5.5 Práctica del coito. Practicó el coito en los últimos 6 meses el 20,4% de la muestra. El 76,7% no lo practicó por diversos motivos. (Figura 26,pág. 201)

En los últimos 6 meses había practicado el coito el 31,8% de los hombres y el 12,5% de las mujeres. (Tabla 72,pág. 201)

Los 21 individuos de la muestra que sí lo practican tienen 31,6 años de edad media, contra los 44,5 de los que no lo practican. (Tabla 73,pág. 201)

Todos los pacientes que practican coito mantienen una buena opinión sobre la sexualidad, frente al 79,1% de los que no lo practican. (Tabla 74,pág. 203)

Los pacientes que practican coito refieren una edad de inicio de la masturbación más temprana que los que no lo practican (13,7 años frente a 15,7). (Tabla 75,pág. 203)

La edad de inicio de las relaciones sexuales coitales es inferior entre los que practican coito (19 años frente a 21,7 años quienes no lo practican). (Tabla 76,pág. 203)

Otras diferencias remarcables, aunque no alcanzan significación estadística, son las halladas según las creencias religiosas y la existencia de experiencias traumáticas. En cuanto a las primeras, practican coito el 30,2% de los no creyentes o no practicantes, frente al 17,4% de los creyentes practicantes. (Tabla 77,pág. 205). De los pacientes que refirieron abusos sexuales, el 36,4% practicaba el coito, frente al 19,5% del resto. (Tabla 78,pág. 205)

6.6 DISFUNCIONES SEXUALES

6.6.1 Historia de disfunciones anteriores.

Con anterioridad a los últimos seis meses, manifiestan haber padecido trastornos del impulso sexual el 4,9% de pacientes, trastornos de la excitación el 3,9%, trastornos del orgasmo el 2,9%, dispareunia el 4,9% y otras disfunciones el 4,9%. No se comunica ningún caso de vaginismo. En conjunto, el 14,6% de

la muestra refiere haber presentado disfunciones anteriores. (Tabla 79,pág. 207)

El haber padecido disfunciones con anterioridad es referido más frecuentemente por los hombres que por las mujeres, a excepción de la dispareunia: Trastornos del impulso sexual los refiere el 10% de hombres, frente al 2,3% de mujeres (no significativo); trastornos de la excitación, el 9,8% de hombres frente al 0% de mujeres; trastornos del orgasmo, el 5% de hombres frente al 2,3% de mujeres (no significativo) y dispareunia el 2,5% de hombres frente al 9,3% de mujeres. (Tabla 80,pág. 207)

Aunque las diferencias no alcanzan significación estadística, la edad de los que refieren problemas sexuales anteriores es ligeramente menor que la de los que no refieren, excepto en el caso de la dispareunia. (Tabla 81,pág. 209)

En los pacientes que refieren abusos sexuales, la incidencia de disfunciones anteriores es ligeramente superior al resto: trastornos del impulso, 20% frente a 4,2% los que no sufrieron abusos; trastornos de la excitación, 10% frente a 2,8%; dificultades orgásmicas, 10% frente a 2,8% y dispareunia, 20% frente a 4,2% . Las diferencias no alcanzan significación estadística. (Tabla 82,pág. 209)

6.6.2 Disfunciones atribuidas a la medicación. Refieren disminución del deseo sexual atribuido a la medicación el 22,3% de pacientes; trastornos de la excitación, 11,7%; dificultades orgásmicas 15,5% y otros efectos secundarios sobre la sexualidad, 1,9%. Dos pacientes (1,9%) manifiestan aumento del deseo sexual atribuido a la medicación. En conjunto, el 29,1% de la muestra refiere algún efecto secundario de la medicación sobre su sexualidad. (Tabla 83,pág. 211)

Las disfunciones atribuidas a la medicación son referidas con mayor frecuencia por los hombres que por las mujeres. La diferencia, en todas las disfunciones, alcanza una elevada significación estadística. (Tabla 84,pág. 211)

Los individuos que refieren dificultades sexuales atribuidas a la medicación son de menor edad que los que afirman no tener problemas. (Tabla 85,pág. 213)

Los problemas sexuales atribuidos a la medicación son referidos más frecuentemente, con elevada significación estadística, por pacientes con esquizofrenia paranoide. (Tabla 86,pág. 213)

Los pacientes sin creencias religiosas refieren con mayor frecuencia dificultades sexuales atribuidas a la medicación, aunque las diferencias no alcanzan significación estadística (Tabla 87,pág. 215)

Los pacientes que refieren efectos secundarios de la medicación sobre su sexualidad mantienen una opinión sobre la sexualidad más favorable que el resto de la muestra, aunque las diferencias no alcanzan significación estadística (Tabla 88,pág. 215)

La frecuencia de masturbación es mayor, con una diferencia altamente significativa, entre los pacientes que refieren dificultades sexuales atribuidas a la medicación. (Tabla 89,pág. 217)

Los pacientes que refieren disfunciones atribuidas a la medicación, mantienen algún tipo de relación de pareja en mayor porcentaje que los que no refieren estas disfunciones, aunque las diferencias no son significativas (Tabla 90,pág. 217)

Asimismo, estos pacientes refieren más frecuentemente haber practicado coito que

los que no refieren problemas sexuales con la medicación (Tabla 91,pág. 219)

6.6.3 Disfunciones en la autosexualidad.

Tomando como muestra los 76 pacientes que practican la autosexualidad, se hallan las siguientes disfunciones: Disminución del impulso sexual es referida por el 26,3%; dificultades de excitación, el 17,1%; dificultades orgásmicas, el 28,9% y otros problemas, el 2,6%. Otro 1,3% refiere exceso de impulso sexual. En conjunto, el 34,2% de los pacientes que practican masturbación refieren algún problema sexual. (Tabla 92,pág. 219)

Los problemas en la autosexualidad son referidos con más frecuencia, con una diferencia significativa, por los hombres que por las mujeres (Tabla 93,pág. 221)

La edad de los individuos que refieren problemas en la autosexualidad, es menor que la de los que no los refieren, aunque las diferencias no alcanzan significación estadística (Tabla 94,pág. 221)

Las disfunciones en la autosexualidad son referidas más frecuentemente por pacientes del nivel superior de estudios, aunque las diferencias no alcanzan significación estadística. (Tabla 95,pág. 223)

Las disfunciones en la autosexualidad son comunicadas más frecuentemente, con elevada significación estadística, por pacientes con esquizofrenia paranoide. (Tabla 96,pág. 223)

Los pacientes que comunican disfunciones en la autosexualidad, las refieren asimismo atribuidas a la medicación. (Tabla 97,pág. 225) (Tabla 98,pág. 225) (Tabla 99,pág. 227)

Los pacientes que refieren problemas en la autosexualidad, mantienen una opinión sobre la sexualidad más favorable que el resto de la

muestra, aunque las diferencias no alcanzan significación (Tabla 100,pág. 227)

No se hallan más disfunciones en la autosexualidad en los pacientes que refieren experiencias sexuales traumáticas, excepto las dificultades orgásmicas, que son referidas más frecuentemente por los que comunican haber sufrido abusos sexuales (Tabla 101, pág. 229) (Tabla 102,pág. 229)

Únicamente el 15,4% de los pacientes que refieren trastornos de la excitación en la autosexualidad practica el coito, mientras que éste es practicado por el 40,9% de los que refieren dificultades orgásmicas. (Tabla 103,pág. 231)

6.6.4 Disfunciones en las relaciones coitales (GRISS).

La puntuación total del GRISS obtuvo una mediana de 25 para los hombres y de 26 para las mujeres.

La mediana de las distintas subescalas y el número de casos con puntuación mayor o igual a 5 (a partir del cual se considera patológico) son los siguientes:

- GRISS hombres (n=14). GRISS mujeres (n=7)
- Impotencia: 3,5. Nº casos \geq 5: 6
- Eyaculación precoz: 4. Nº casos \geq 5: 6
- No sensualidad masc.: 4,5. Nº casos \geq 5: 7
- Evitación masc.: 1,5. Nº casos \geq 5: 2
- Insatisfacción masc.: 3,5. Nº casos \geq 5: 6
- Infrecuencia: 5. Nº casos \geq 5: 15 (n=21)
- No comunicación: 5. Nº casos \geq 5: 11 (n=21)
- Insatisfacción fem.: 2. Nº casos \geq 5: 0

- Evitación fem.: 2. Nº casos \geq 5: 2
- No sensualidad fem.: 3. Nº casos \geq 5: 1
- Vaginismo: 6. Nº casos \geq 5: 6
- Anorgasmia: 2. Nº casos \geq 5: 2

(Tabla 104,pág. 231) (Tabla 105,pág. 233) (Figura 27,pág. 233) (Figura 28,pág. 235)

En el perfil destaca que, con excepción del vaginismo, las dos escalas más elevadas (y, por tanto, más patológicas) son la de infrecuencia y la de no comunicación.

Los hombres puntúan más patológicamente en la escala de insatisfacción (3,86) que las mujeres (2,57), aunque la diferencia no alcanza significación estadística. (Tabla 106,pág.235)

Los hombres que refieren trastornos de la excitación en la autosexualidad o atribuidos a la medicación, presentan una elevación significativa en la escala de impotencia (Tabla 107,pág. 235) y una elevación, que no alcanza significación estadística, en la escala de infrecuencia (Tabla 108,pág. 237)

Los hombres que refieren trastornos de la excitación en la autosexualidad o atribuidos a la medicación, presentan una mejor puntuación en la escala de eyaculación precoz (Tabla 109,pág. 237)

Las mujeres que refieren trastornos orgásmicos en la autosexualidad presentan una peor puntuación en las escalas de anorgasmia (Tabla 110,pág. 237), infrecuencia (Tabla 111,pág. 237), insatisfacción (Tabla 112,pág. 239) y de no comunicación (Tabla 113,pág. 239), aunque las diferencias no son significativas.

Una historia anterior de dispareunia va asociada, en las mujeres, a una elevación de la puntuación total (Tabla 114,pág. 239) y de las escalas de infrecuencia (Tabla 115,pág. 239), insatisfacción (Tabla 116,pág. 239), evitación (Tabla 117,pág. 241), no sensualidad (Tabla 118,pág. 241), vaginismo (Tabla 119,pág. 241) y anorgasmia (Tabla 120,pág. 241).

Los hombres que refieren disminución del deseo sexual en la autosexualidad y atribuido a la medicación, obtienen una mejor puntuación total (Tabla 121,pág. 243) y en la escala de infrecuencia. (Tabla 122,pág. 243)

Las mujeres que refieren disminución del deseo sexual atribuido a la medicación obtienen una peor puntuación en la escala de infrecuencia (Tabla 123,pág. 243)

Los hombres que refieren experiencias sexuales traumáticas puntúan mejor en el GRISS total (Tabla 124,pág. 243) y en las escalas de impotencia (Tabla 125,pág. 245), no sensualidad (Tabla 126,pág. 245) e infrecuencia (Tabla 127,pág. 245). Únicamente en la escala de evitación, puntúan ligeramente peor los hombres que refieren abusos sexuales (Tabla 128,pág. 245).

En la mujer, los abusos sexuales se asocian a una peor puntuación en el GRISS total (Tabla 129,pág. 245) y en las escalas de infrecuencia (Tabla 130,pág. 247), no sensualidad (Tabla 131,pág. 247) y anorgasmia (Tabla 132,pág. 247).

6.7 ESQUIZOFRENIA Y SEXUALIDAD

6.7.1 Edad de inicio de la enfermedad y sexualidad. La edad de inicio de la enfermedad es significativamente más prematura en los solteros (20,7 años) que en los casados o separados (24,4 años). (Tabla 133,pág. 249)

No se halla correlación entre la edad de inicio de la enfermedad y la edad de inicio de la masturbación. (Tabla 134,pág. 249)

No se halla correlación significativa entre la edad de inicio de la enfermedad y la edad de inicio de las relaciones sexuales coitales. (Tabla 134,pág. 249)

Los pacientes con antecedentes de experiencias sexuales traumáticas presentan un inicio de la enfermedad más precoz, aunque las diferencias no alcanzan significación estadística. Los pacientes que refieren abusos sexuales iniciaron la enfermedad a los 18,8 años, frente a los 21,7 de los que no sufrieron abusos. Los pacientes que refieren haber sufrido violencia sexual iniciaron la enfermedad a los 19,1 años, frente a los 21,6 de los que no la sufrieron. (Tabla 135,pág. 249)

Los grupos de pacientes que no se masturban o que lo hacen "alguna vez al año" tienen una edad de inicio de la enfermedad más tardía (23,2 y 24,3 años respectivamente) que el grupo de pacientes con una frecuencia igual o superior a la mensual (18,7 años). (Tabla 136,pág. 251)

Los individuos que practican coito iniciaron su enfermedad a los 19 años, frente a los 22,2 de los que no lo practican (Tabla 137,pág. 251)

No se hallan diferencias significativas en la edad de inicio de la enfermedad en función de la existencia de disfunciones anteriores (Tabla 138,pág. 251)

No se hallan diferencias significativas en la edad de inicio de la enfermedad según que manifiesten o no disfunciones en la autosexualidad. (Tabla 139,pág. 253)

6.7.2 Funcionamiento sociosexual premórbido y sexualidad.

El funcionamiento sociosexual premórbido había sido peor entre los solteros (3,93) que entre los casados o separados (2,7). (Tabla 140,pág. 255)

El FSP correlaciona positivamente con la edad de inicio de las relaciones sexuales coitales. (Tabla 141,pág. 255)

No existen diferencias en el FSP según que practiquen o no la masturbación (Tabla

142,pág. 255), el tipo de relación actual (Tabla 143,pág. 255), la práctica del coito (Tabla 144,pág. 257) y la existencia de disfunciones anteriores (Tabla 145, pág. 257) .

Una sexualidad premórbida baja correlaciona con una peor puntuación total del GRISS en el caso de las mujeres, pero no se asocia significativamente con ninguna de sus subescalas (Tabla 146,pág. 257). Esta correlación no se halla en el caso de los hombres. (Tabla 147,pág. 259)

6.7.3 Sintomatología positiva y sexualidad.

No se hallan diferencias en la edad de inicio de la masturbación entre pacientes delirantes (14,8 años) y no delirantes (15 años). (Tabla 148,pág. 259)

Tampoco se observan diferencias entre ambos grupos de pacientes en la frecuencia de masturbación, que practican con una periodicidad igual o superior a la mensual el 46,7% de los pacientes delirantes y el 45,9% de los no delirantes. (Tabla 149,pág. 259)

Los pacientes con delirios sexuales iniciaron sus relaciones sexuales coitales a una edad ligeramente más temprana (19,5 años) que los no delirantes (21,1 años), aunque la diferencia no alcanza significación estadística. (Tabla 150,pág. 259)

No se hallan diferencias en la edad de inicio de las relaciones sexuales coitales según la presencia o no de trastornos sensorceptivos. (Tabla 151,pág. 261)

Las experiencias sexuales traumáticas son más frecuentemente referidas por pacientes que presentan delirios sexuales, aunque las diferencias no son significativas. Refieren incesto el 5,6% de los delirantes, frente al 1,3% de los no delirantes; abusos sexuales, el 22,2% de los delirantes, frente al 9,2% de

los no delirantes y violencia sexual, el 16,7% de los delirantes, frente al 7,8% de los no delirantes. (Tabla 152,pág. 261)

La incidencia de experiencias sexuales traumáticas es mayor entre los pacientes con trastornos sensorceptivos. Incesto es referido por el 9,1% de pacientes con trastornos, frente al 1,2% de los pacientes sin trastornos. Abusos sexuales, por el 27,3% de los pacientes con trastornos y el 9,4% de los pacientes sin trastornos. Violencia sexual, por el 18,2% de los primeros y el 8,1% de los segundos. (Tabla 153,pág. 261)

El 29,4% de los pacientes con delirios sexuales mantenía una opinión negativa de la sexualidad, frente al 12,7% de los pacientes sin delirios sexuales. (Tabla 154,pág. 263)

El porcentaje de pacientes con algún tipo de relación de pareja era ligeramente menor entre los pacientes con delirios sexuales (15,8%) que entre los no delirantes (23,5%), aunque la diferencia no es significativa. (Tabla 155,pág. 263)

No existían diferencias según los delirios sexuales en cuanto a práctica del coito, que era llevado a cabo por el 20% de los no delirantes y el 22,2% de los delirantes. (Tabla 156,pág. 263)

No existe una relación significativa entre disfunciones anteriores y delirios sexuales (Tabla 157,pág. 265)

Una historia de disfunciones anteriores es referida menos frecuentemente en los pacientes con trastornos sensorceptivos, aunque las diferencias no alcanzan significación estadística. De hecho, éstos no refieren ninguna disfunción en el caso de disminución del impulso (frente a un 6,8% de los pacientes sin trastornos), trastornos de la excitación

(frente al 5,3%) y dispareunia (frente al 6,8%). (Tabla 158,pág. 265)

No existen diferencias en cuanto a disfunciones en la autosexualidad según los delirios (Tabla 159,pág. 267) y las alucinaciones sexuales. (Tabla 160,pág. 267)

6.7.4 Grado de adaptación global y sexualidad. No se halla correlación entre el GAF actual y la edad de inicio de las relaciones sexuales coitales. (Tabla 161,pág. 267)

No se hallan diferencias en la opinión sobre la sexualidad según el GAF (Tabla 162,pág. 269).

No existen diferencias en la puntuación del GAF según la frecuencia de masturbación. (Tabla 163,pág. 269)

El GAF de los pacientes que mantienen algún tipo de relación de pareja es superior al de los que no mantienen ningún tipo de relación (55,6 frente a 44,2) (Tabla 164,pág. 269)

Los pacientes que refieren haber practicado el coito obtienen un mejor GAF (51) que aquellos que no lo han practicado (45,3), aunque no alcanza significación estadística. (Tabla 165,pág. 269)

No existen diferencias significativas en relación al GAF según que los pacientes refieran o no disfunciones anteriores. (Tabla 166,pág. 271)

No se hallan diferencias en el GAF según las disfunciones atribuidas a la medicación. (Tabla 167,pág. 271)

No existen diferencias en el GAF según las disfunciones en la autosexualidad. (Tabla 168,pág. 273)

- Un peor GAF correlaciona con una puntuación más patológica en la escala de no comunicación del GRISS de las mujeres, pero no con una alteración de la respuesta sexual (Tabla 169,pág. 273)

6.7.5 Situación de ingreso y sexualidad. De los pacientes que mantienen un vínculo con el exterior (ambulatorios y hospital de día) hallamos un 65,5% que practican la masturbación con una frecuencia igual o superior a la mensual, por sólo el 29,4% de los ingresados en larga estancia. Por otra parte, el 56,9% de estos pacientes no practica actualmente masturbación, frente al 24,1% que no la practica de los pacientes ambulatorios y de hospital de día. (Tabla 170,pág. 273).

Sólo el 8,1% de los pacientes ingresados en larga estancia mantiene algún tipo de relación de pareja, frente al 50% de los demás grupos. (Tabla 171,pág. 275)

Han practicado el coito en los últimos seis meses el 50% de los pacientes ambulatorios o en hospital de día, el 57,1% de los ingresados en corta o media estancia y el 3,4% de los pacientes ingresados en larga estancia. (Tabla 172,pág. 275)

6.7.6 Consumo de tóxicos, fármacos y sexualidad. La frecuencia de masturbación de los consumidores de cannabis era mayor que la del resto de la muestra (100 % frecuencia mensual o superior, frente a 40,7%). (Tabla 173,pág. 275)

Los consumidores de cannabis mantenían más frecuentemente algún tipo de relación de pareja que el resto (57,1% frente a 20,4%) (Tabla 174,pág. 277) y un 71,4% practicaban el coito, frente al 17,6% de los no consumidores. (Tabla 175,pág. 277)

Los consumidores de alcohol refirieron más frecuentemente una historia anterior de

trastornos erectivos. (Tabla 176,pág. 277)

A pesar de ello, un mayor porcentaje de consumidores de alcohol practicaban coito (36,8% vs. 17,7%). (Tabla 177,pág. 279)

No existen diferencias significativas respecto a disfunciones atribuidas a fármacos en función del tratamiento con los principales neurolépticos. Consignaremos, sin embargo, los perfiles básicos: los pacientes con haloperidol presentan más disminución del deseo sexual, más dificultades orgásmicas y menos trastornos de la excitación (Tabla 178,pág. 279); los pacientes con tioridazina, más dificultades de excitación y orgásmicas (Tabla 179,pág. 281); los pacientes con levomepromazina, menos disminución del deseo sexual, menos dificultades de excitación y más dificultades orgásmicas (Tabla 180,pág. 281) y los pacientes con flufenazina, menos dificultades de excitación y orgásmicas (Tabla 181,pág. 283).

Los pacientes que toman antiparkinsonianos o ansiolíticos no se diferencian significativamente, en su función sexual, de los que no los toman.

Los pacientes que toman antidepresivos refieren más frecuentemente, con elevada significación estadística, disfunciones atribuidas a la medicación (Tabla 182,pág. 283) y, en menor proporción disfunciones en la autoestimulación (Tabla 183,pág. 285) y disfunciones anteriores. (Tabla 184,pág. 285). Sin embargo, no se hallan diferencias significativas en cuanto a frecuencia de masturbación (Tabla 185,pág. 287), tipo de relación actual (Tabla 186,pág. 287) y práctica del coito. (Tabla 187,pág. 287)

Los pacientes en tratamiento con litio refieren con mayor frecuencia una disminución del deseo sexual atribuida a la medicación (Tabla 188,pág. 289) y dificultades orgásmi-

cas en la autosexualidad (Tabla 189,pág. 289), aunque las diferencias no alcanzan significación estadística.

Refieren, asimismo, una mayor frecuencia de masturbación, aunque la diferencia tampoco es significativa (Tabla 190,pág. 291)

Un porcentaje mayor de pacientes con litio mantiene algún tipo de relación de pareja (Tabla 191,pág. 291) y practica el coito que el resto de la muestra, aunque en este último punto tampoco se alcanza significación estadística. (Tabla 192,pág. 291)

7 RESULTADOS (Tablas y gráficos)

7.1 DATOS SOCIOANAGRÁFICOS

7.1.1 Sexo

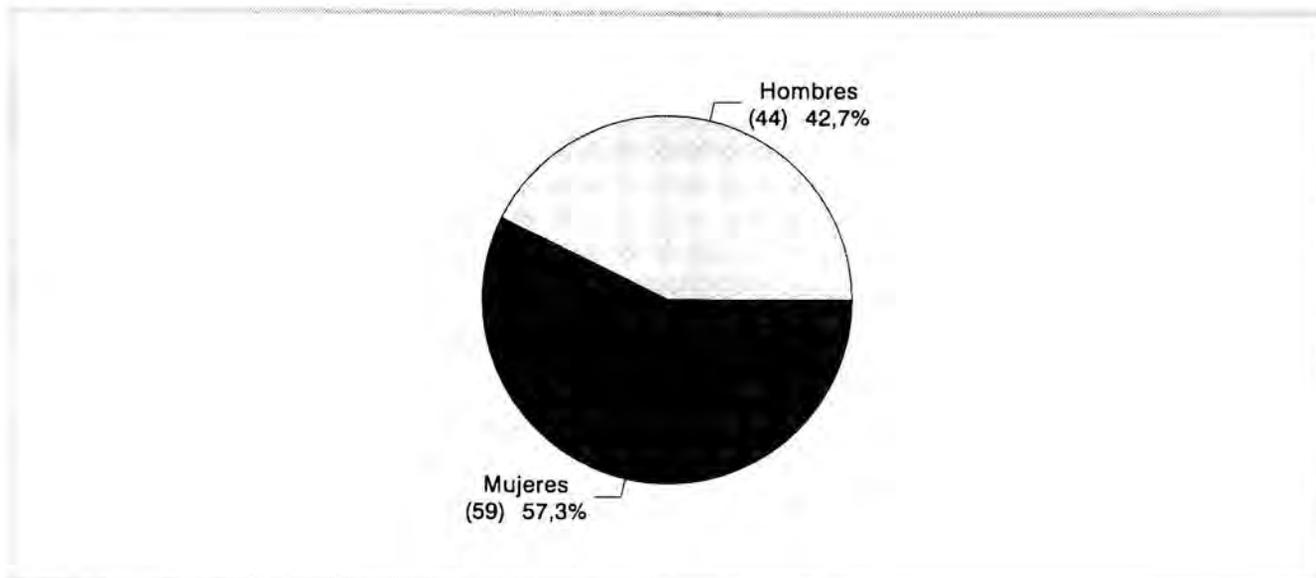


Figura 1. Sexo

7.1.2 Edad

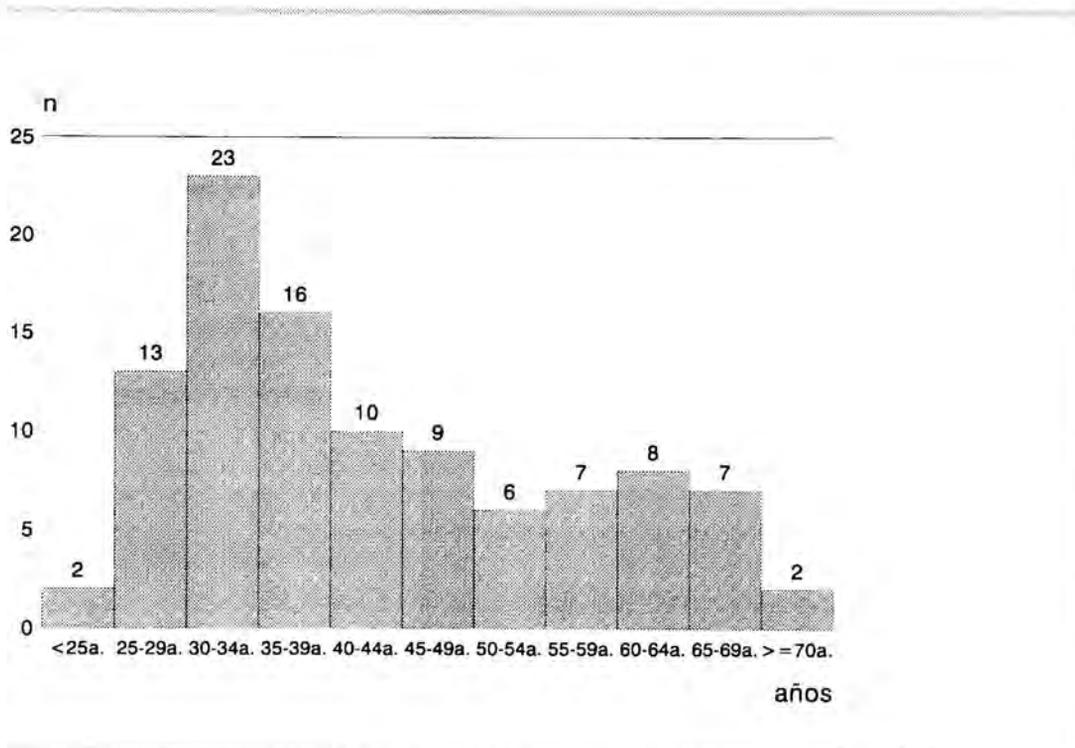


Figura 2. Edad

7.1.3 Zona de procedencia

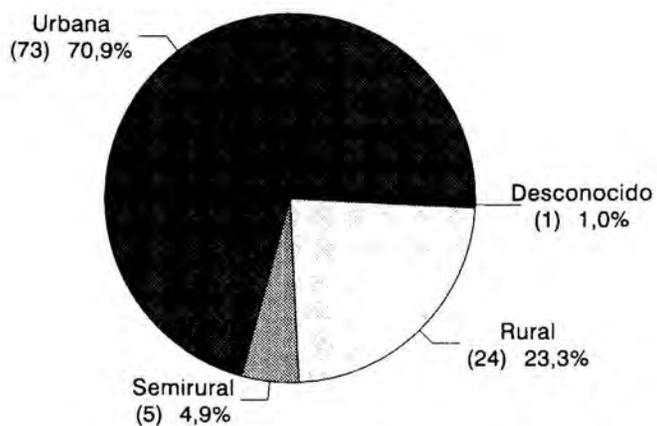


Figura 3. Zona de procedencia

7.1.4 Nivel de estudios

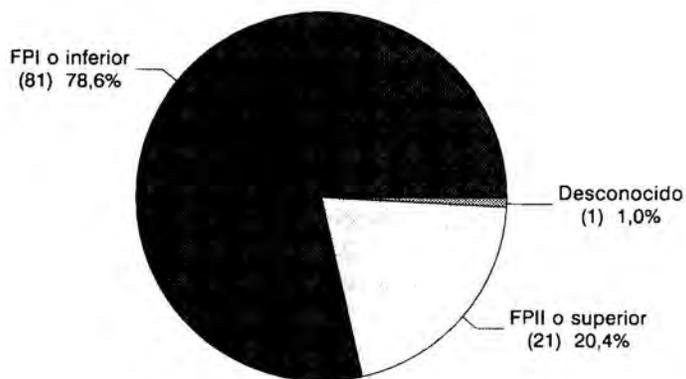


Figura 4. Nivel de estudios

7.1.5 Situación laboral

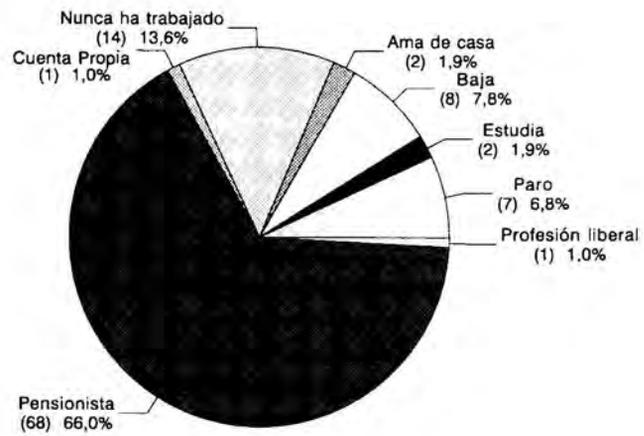


Figura 5. Situación laboral

7.1.6 Estado civil

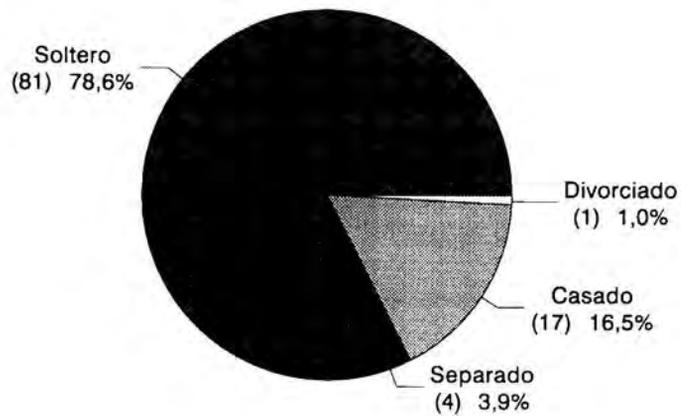


Figura 6. Estado civil

	Varones		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Solteros	41	93,2	40	67,8	81	78,6
Casados	3	6,8	14	23,7	17	16,5
Separ. / Divorc.	0	0	5	8,5	5	4,9
Total	44	42,7	59	57,3	103	100

Tabla 1. Estado civil por sexo
 $X^2 = 10,16$; $p = 0,006$

7.1.7 Número de hijos

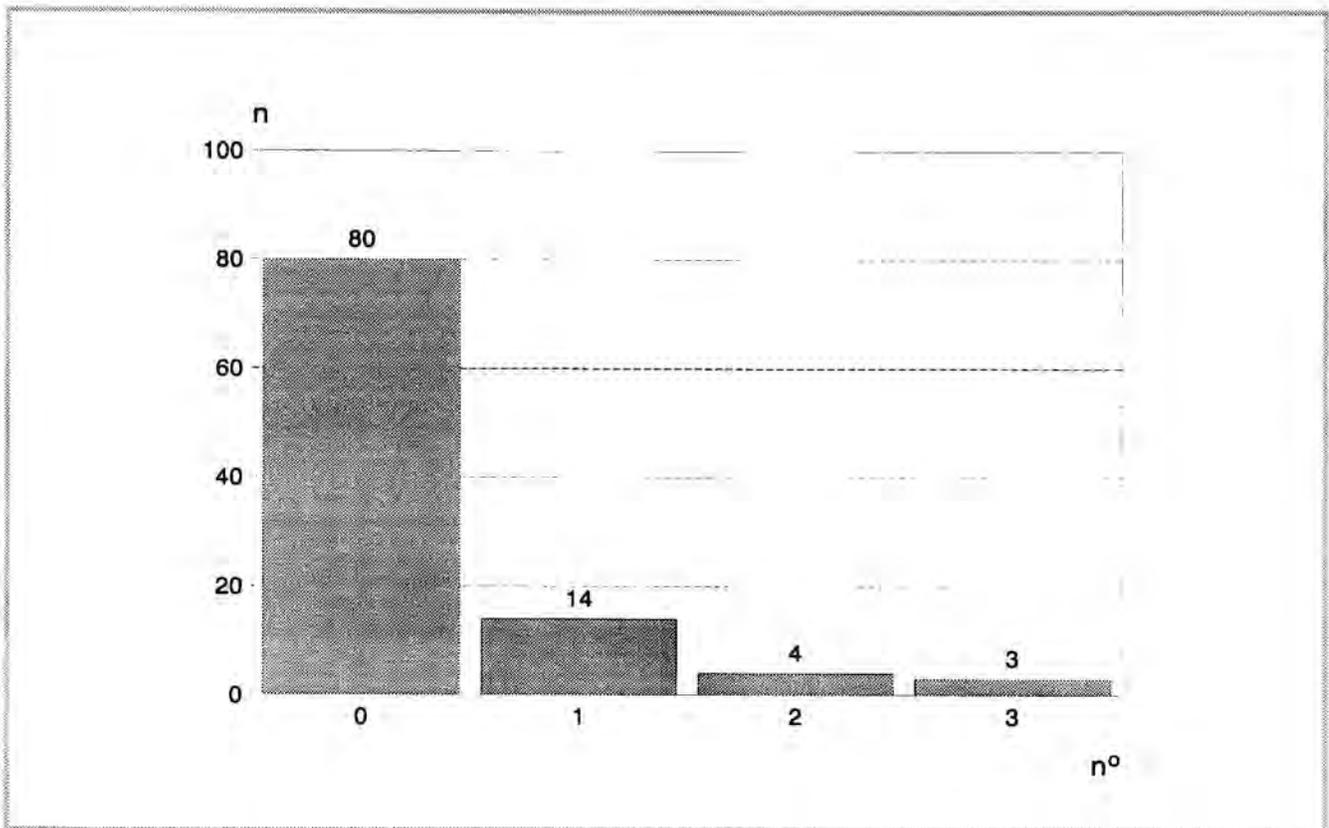


Figura 7. Número de hijos
Desconocido (2)

7.1.8 Nivel socioeconómico

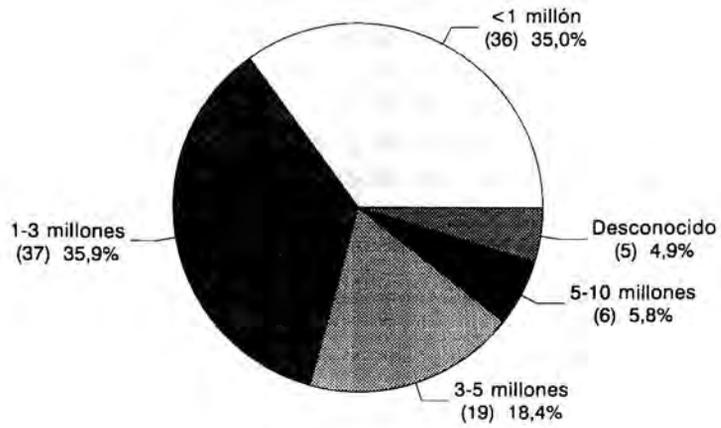


Figura 8. Nivel socioeconómico

7.1.9 Creencias religiosas

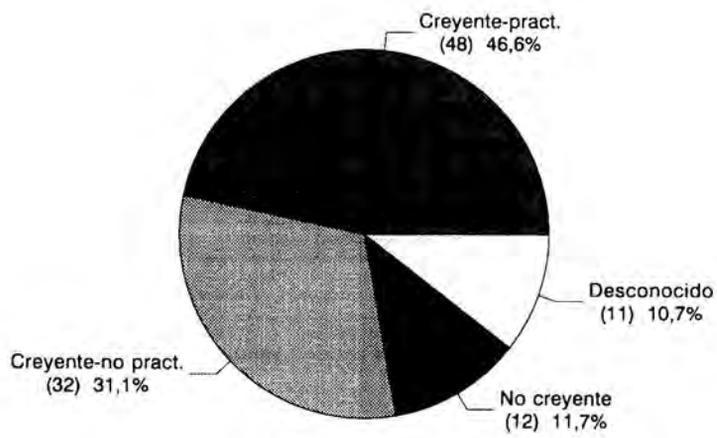


Figura 9. Creencias religiosas

7.2 DATOS REFERIDOS A LA ENFERMEDAD

7.2.1 Tipo de esquizofrenia

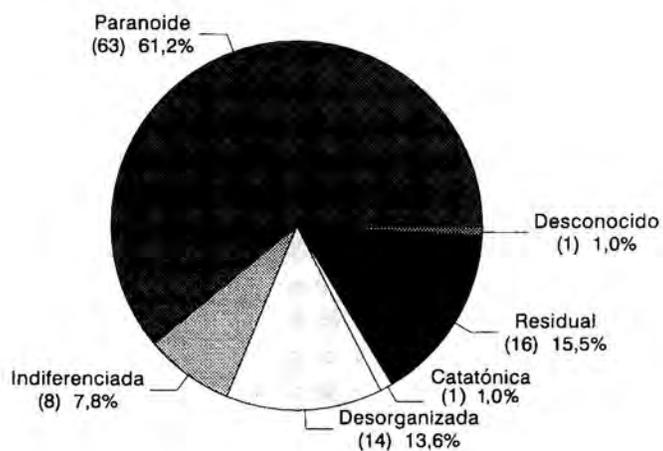


Figura 10. Tipo de esquizofrenia

7.2.2 Cronicidad

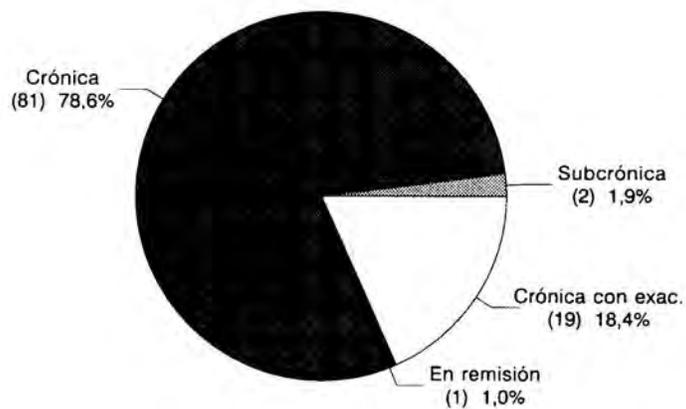


Figura 11. Cronicidad

7.2.3 Situación actual

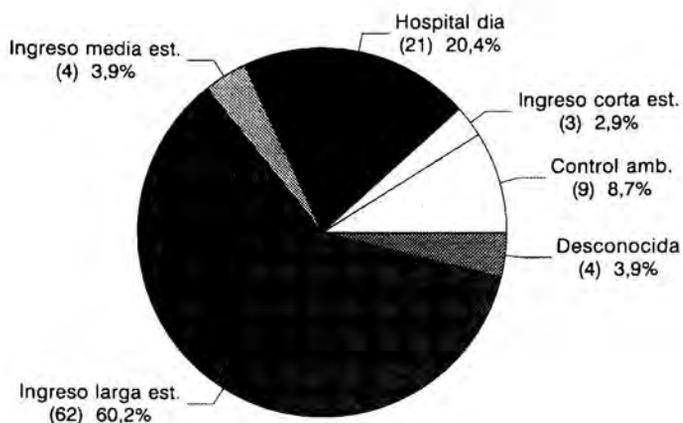


Figura 12. Situación actual

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
Ambulatorio	9	33	9,23	31	28,5	39
Hosp. dia cort.-med. est.	28	31,36	5,55	31	26	34,75
Larga estancia	62	47,16	12,40	46	36	58,25

Tabla 2. Edad en función de la situación actual
 $X^2 = 35,32$; $p < 0,0001$
 Desconocido (4)

7.2.4 Edad de inicio de la enfermedad

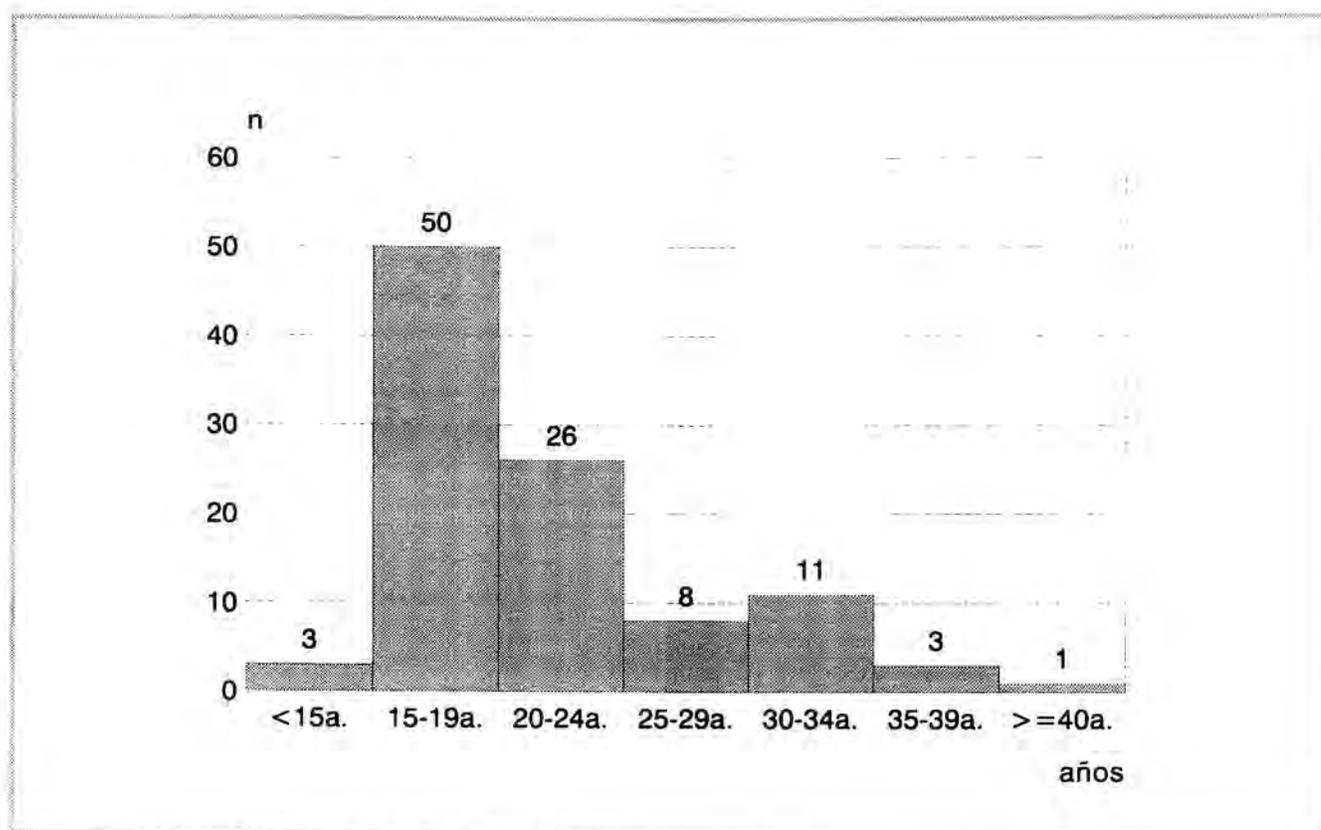


Figura 13. Edad de inicio de la enfermedad
Desconocida (1)

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
Varones	44	19,39	4,58	18	17	20
Mujeres	58	23,05	7,16	20,5	18	27,25
Total	102	21,47	6,42	19	17	23

Tabla 3. Edad de inicio de la enfermedad por sexo
z= -3,32 ; p= 0,0009
Desconocido (1)

	n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃
Ambulatorio	9	23,33	6,73	22	17	30
Hosp. dia cort.-med. est.	28	18,11	3,06	18	16	18,75
Larga estancia	61	22,18	6,79	20	18	25,5

Tabla 4. Edad de inicio de la enfermedad en función de la situación actual
 $X^2= 11,88$; $p= 0,003$
 Desconocido (5)

7.2.5 Funcionamiento sociosexual premórbido

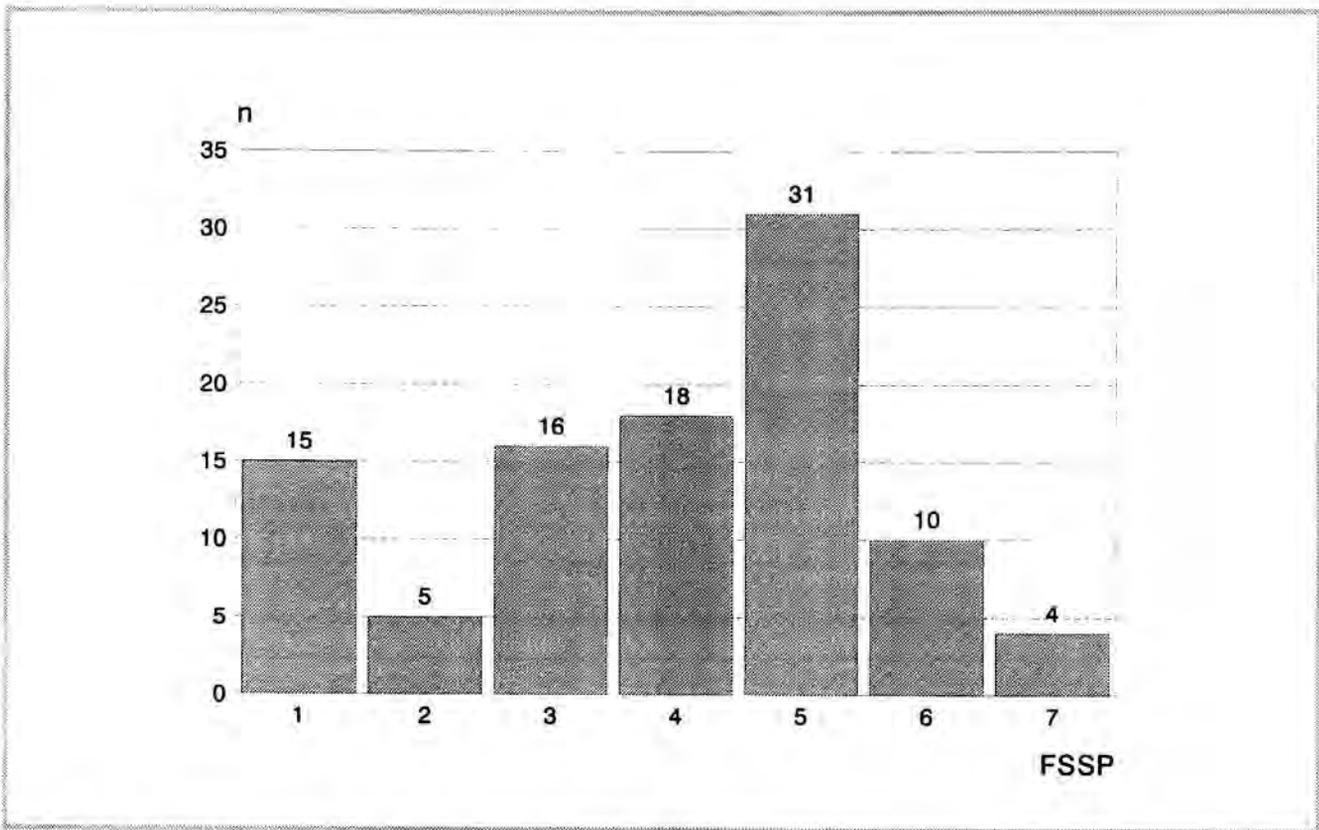


Figura 14. Funcionamiento socio-sexual premórbido
 Desconocido (4)

	n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃
Varones	36	3,97	1,08	4	3	5
Mujeres	53	3,42	1,75	4	1	5
Total	89	3,64	1,53	4	3	5

Tabla 5. Funcionamiento socio-sexual premórbido por sexo
 $z = -1,08$; $p = N.S.$
 Interés sólo en el propio sexo (10)
 Desconocido (4)

	n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃
Ambulatorio-Hosp. día	27	3,81	1,27	4	3	5
Corta-media estancia	6	2,5	0,84	3	1,75	3
Larga estancia	53	3,74	1,67	4	3	5

Tabla 6. Funcionamiento socio-sexual premórbido en función de la situación actual
 $X^2 = 5,09$; $p = 0,08$

	n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃
Urbana-semirural	69	3,62	1,56	4	3	5
Rural	19	3,84	1,34	4	3	5

Tabla 7. Funcionamiento socio-sexual premórbido en función de la zona de procedencia
 $z = -0,46$; $p = N.S.$
 Interés sólo en el propio sexo (10)
 Desconocido (5)

	n	r	p
Edad de inicio de la enfermedad	88	-0,11	N.S.

Tabla 8. Correlación de la edad de inicio de la enfermedad con el funcionamiento socio-sexual premórbido
 Interés sólo en el propio sexo (10)
 Desconocido (5)

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
Paranoide	58	3,74	1,35	4	3	5
Otros tipos	31	3,45	1,84	4	1	5

Tabla 9. Funcionamiento socio-sexual premórbido en función del tipo de esquizofrenia
 $z = -0,28$; $p = N.S.$
 Interés sólo en el propio sexo (10)
 Desconocido (4)

	n	r	p
Adaptación global actual	87	-0,06	N.S.

Tabla 10. Correlación de la adaptación global actual con el funcionamiento socio-sexual premórbido
 Interés sólo en el propio sexo (10)
 Desconocido (6)

7.2.6 Grado de adaptación global

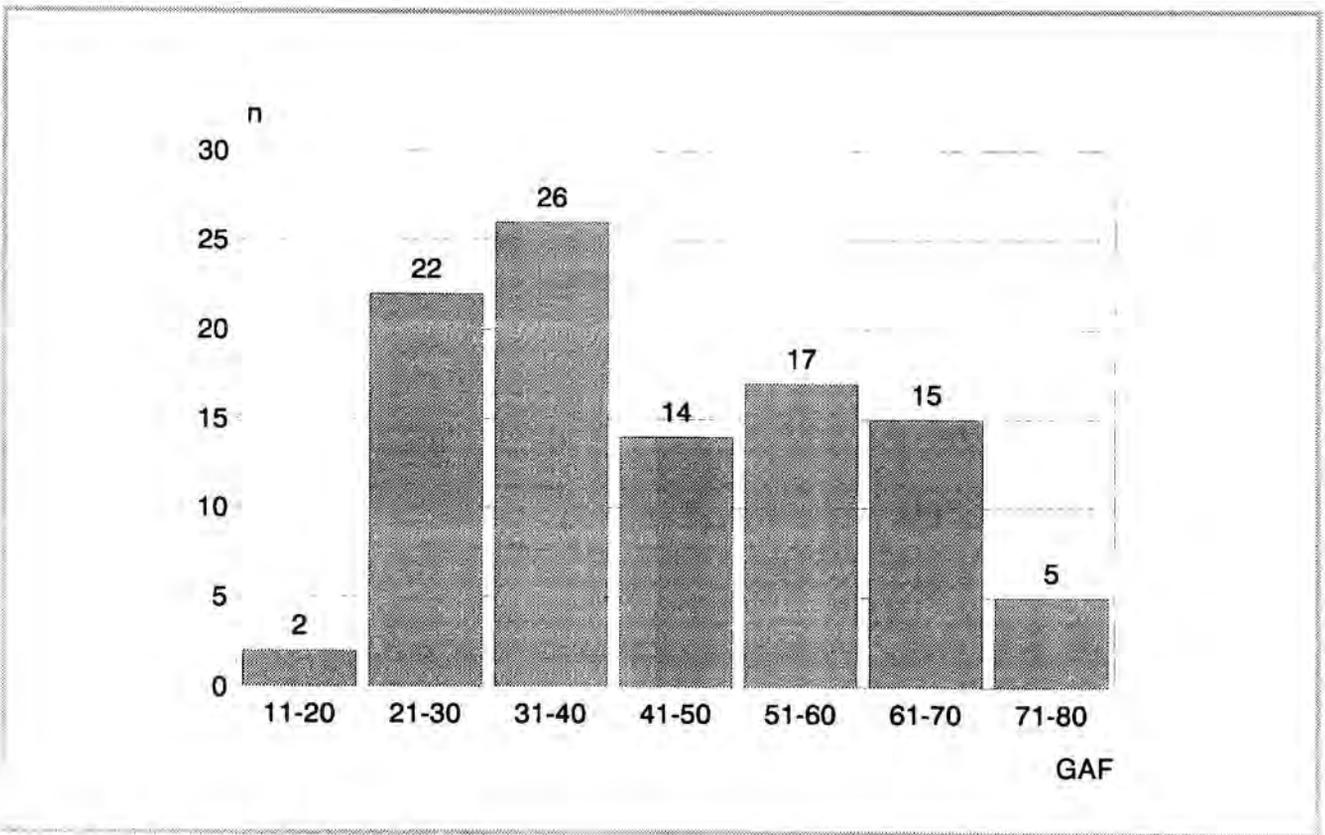


Figura 15. Adaptación global actual
 Desconocido (2)

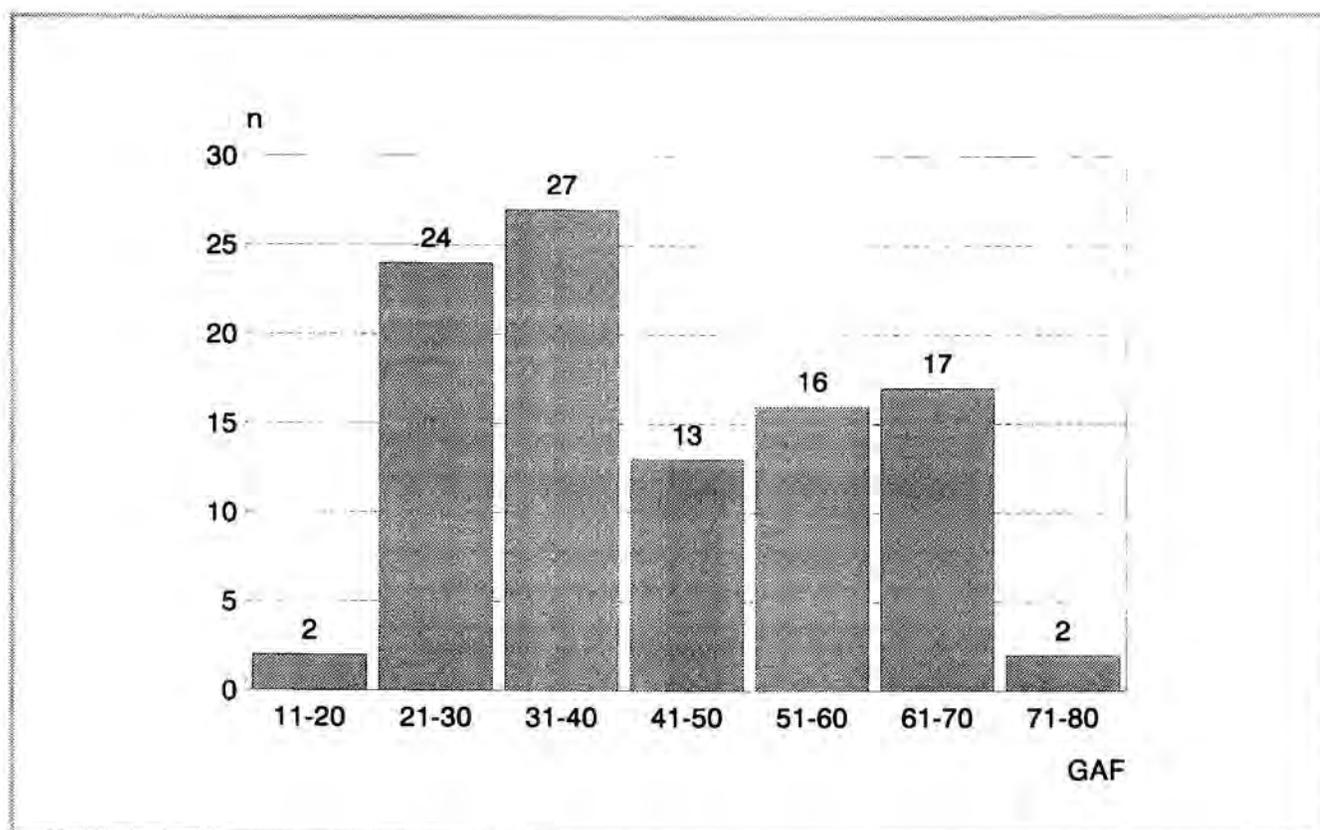


Figura 16. Adaptación global último año
Desconocido (2)

	n	r	p
Adaptación global actual	101	0,91	<0,001

Tabla 11. Correlación de la adaptación global actual con la adaptación global último año
Desconocido (2)

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
Urbana-semirural	76	44,47	15,03	40	30	55
Rural	24	53,88	16,24	51	40	70

Tabla 12. Adaptación global actual en función de la zona de procedencia
z= -2,46 ; p= 0,01
Desconocido (3)

	n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃
Ambulatorio	9	60,56	11,30	65	47,5	70
Hosp. dia cort.-med. est.	27	50,74	16,10	50	40	61
Larga estancia	61	41,67	14,44	40	30	51

Tabla 13. Adaptación global actual en función de la situación actual
 $\chi^2 = 15,10$; $p = 0,0005$
 Desconocido (6)

	n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃
Varones	43	48,40	16,16	50	35	61
Mujeres	58	45,12	15,59	40	30,75	60
Total	101	46,52	15,84	41	33	60

Tabla 14. Adaptación global actual por sexo
 $z = -1,0$; $p = N.S.$
 Desconocido (2)

	n	r	p
Edad	101	0,02	N.S.

Tabla 15. Correlación de la edad con la adaptación global actual
 Desconocido (2)

	n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃
Solteros	79	47,17	16,52	45	30	60
Casad./ divorc./ separ.	22	44,18	13,18	40	35	56,25

Tabla 16. Adaptación global actual en función del estado civil
 $z = -0,65$; $p = N.S.$
 Desconocido (2)

	n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃
FPI o inferior	79	46,39	15,49	40	31	60
FPII o superior	21	46,81	17,83	45	32,5	63

Tabla 17. Adaptación global actual en función del nivel de estudios
 $z = -0,01$; $p = N.S.$
 Desconocido (3)

	n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃
Bajo, medio-bajo	71	45,18	15,59	40	30	60
Medio-alto, alto	25	47,80	16,08	50	37,5	60,5

Tabla 18. Adaptación global actual en función del nivel socioeconómico
 $z = -0,88$; $p = N.S.$
 Desconocido (7)

	n	r	p
Edad de inicio de la enfermedad	100	0,03	N.S.

Tabla 19. Correlación de la edad de inicio de la enfermedad con adaptación global actual
 Desconocido (3)

	n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃
Paranoide	63	47,35	16,35	45	30	60
Otros tipos	37	45	15,25	40	35	53

Tabla 20. Adaptación global actual en función del tipo de esquizofrenia
 $z = -0,49$; $p = N.S.$
 Desconocido (3)

7.2.7 Delirios de contenido sexual

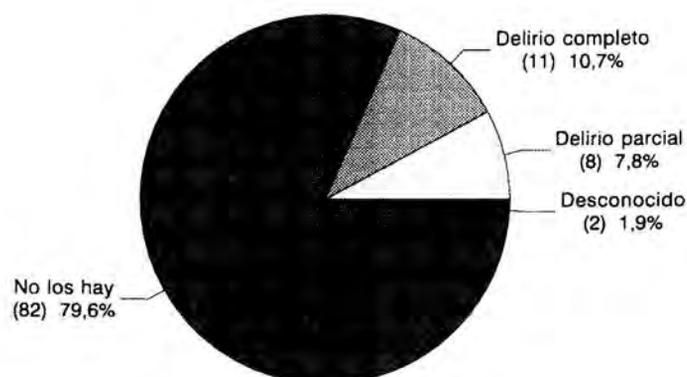


Figura 17. Presencia de delirios de contenido sexual

	Varones		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Delirantes	8	18,6	11	19	19	18,8
No delirantes	35	81,4	47	81	82	81,2
Total	43	42,6	58	57,4	101	100

Tabla 21. Presencia de delirios por sexo
 $X^2 = 0,002$; $p = N.S.$
 Desconocido (2)

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
Delirantes	17	3,29	1,69	4	1,5	5
No delirantes	71	3,70	1,50	4	3	5

Tabla 22. Funcionamiento socio-sexual premórbido en función de la presencia de delirios
 $z = -0,93$; $p = N.S.$
 Interés sólo en el propio sexo (10)
 Desconocido (5)

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
Delirantes	19	36,90	12,64	30	30	40
No delirantes	80	48,71	15,93	47,5	36,25	60

Tabla 23. Adaptación global actual en función de delirios sexuales
 $z = -3,05$; $p = 0,002$
 Desconocido (4)

	Paranoide		Otros tipos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Delirantes	17	27	2	5,3	19	18,8
No delirantes	46	73	36	94,7	82	81,2
Total	63	62,4	38	37,6	101	100

Tabla 24. Delirios sexuales en función del tipo de esquizofrenia
 $X^2 = 7,32$; $p = 0,007$
 Desconocido (2)

	Creyente-practicante		No creyente o No practicante		Total	
	n	%	n	%	n	%
Delirantes	5	10,6	11	25	16	17,6
No delirantes	42	89,4	33	75	75	82,4
Total	47	51,6	44	48,4	91	100

Tabla 25. Delirios sexuales en función de las creencias religiosas
 $X^2 = 3,24$; $p = 0,07$
 Desconocido (12)

7.2.8 Alucinaciones de contenido sexual

	Si		No		Desconocido		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Auditivas	5	4,9	97	94,2	1	1,0	103	100
Visuales	2	1,9	100	97,1	1	1,0	103	100
Cenestésicas	8	7,8	94	91,3	1	1,0	103	100
Olfativas	0	0	102	99,0	1	1,0	103	100
Gustativas	0	0	102	99,0	1	1,0	103	100

Tabla 26. Alucinaciones de contenido sexual

	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Delirantes	9	47,4	10	52,6	19	18,8
No delirantes	4	4,9	78	95,1	82	81,2
Total	13	12,9	88	87,1	101	100

Tabla 27. Delirios sexuales y alucinaciones de contenido sexual
 $X^2 = 24,83$; $p < 0,00001$
 Desconocido (2)

		Varones		Mujeres		Total		Significación	
		n	%	n	%	n	%	X^2	p
Auditivas ₁	Sí	3	7	2	3,4	5	5	0,65	N.S.
	No	40	93	56	96,6	96	95		
Visuales ₂	Sí	1	2,3	1	1,7	2	2	-	N.S.
	No	42	97,7	57	98,3	99	98		
Cenestés. ₃	Sí	1	2,3	7	12,1	8	7,9	3,2	0,07
	No	42	97,7	51	87,9	93	92,1		
Alucinac.	Sí	5	11,4	9	15,3	14	13,6	0,48	N.S.
	No	39	88,6	50	84,7	89	86,4		

Tabla 28. Presencia de alucinaciones por sexo
 Desconocido (1,2,3:2)

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	X ²	p
Auditivas	Sí	5	35	8	36	27	42,5	-1,1	N.S.
	No	96	42,32	13,60	38	31	53,75		
Visuales	Sí	2	33	-	33	-	-	-0,8	N.S.
	No	99	42,14	13,52	38	31	53		
Cenestésicas	Sí	8	45,75	15,37	41,5	33	61	-0,9	N.S.
	No	93	41,63	13,31	37	31	52		

Tabla 29. Edad en función de la presencia de distintos tipos de alucinaciones
Desconocido (2)

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
No existen	87	47,61	15,94	45	35	60
Sí existen	14	39,71	13,83	40	30	50

Tabla 30. Adaptación global actual en función de la existencia de alucinaciones
z= -1,81 ; p= 0,07
Desconocido (2)

	Paranoide		Otros tipos		Total	
	n	%	n	%	n	%
No existen	52	82,5	37	94,4	89	87,3
Existen	11	17,5	2	5,1	13	12,7
Total	63	61,8	39	38,2	102	100

Tabla 31. Existencia de alucinaciones en función del tipo de esquizofrenia
X²= 3,29 ; p= 0,07
Desconocido (1)

7.2.9 Síndrome de Clérambault

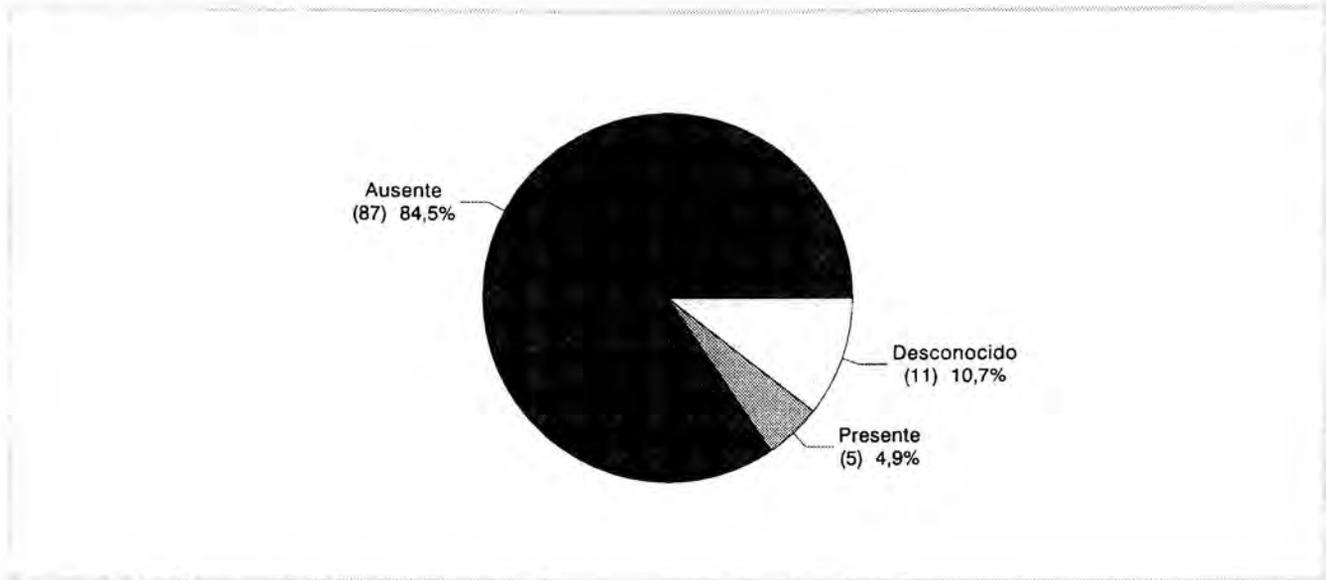


Figura 18. Síndrome de Clérambault

	Varones		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ausente	34	91,9	53	96,4	87	94,6
Presente	3	8,1	2	3,6	5	5,4
Total	37	40,2	55	59,8	92	100

Tabla 32. Síndrome de Clérambault por sexo
 $X^2 = 0,86$; $p = N.S.$
 Desconocido (11)

	Creyente-practicante		No creyente o No practicante		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ausente	43	95,6	35	92,1	78	94
Presente	2	4,4	3	7,9	5	6
Total	45	54,2	38	45,8	83	100

Tabla 33. Síndrome de Clérambault en función de las creencias religiosas
 $X^2 = 0,43$; $p = N.S.$
 Desconocido (20)

	Delirantes		No delirantes		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ausente	15	83,3	71	97,3	86	94,5
Presente	3	16,7	2	2,7	5	5,5
Total	18	19,8	73	80,2	91	100

Tabla 34. Síndrome de Clérambault y delirios
 $X^2= 5,39$; $p= 0,02$
 Desconocido (12)

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
Ausente	85	45,53	15,45	40	30,5	60
Presente	5	36,2	14,91	30	25,5	50

Tabla 35. Adaptación global en función del Síndrome de Clérambault
 $z= -1,40$; $p= N.S.$
 Desconocido (13)

	Exclus. o predom. heterosexual		Prefer. heterosexual y bast. homosexual		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ausente	77	93,9	5	6,1	82	94,3
Presente	5	100	0	0	5	5,7
Total	82	94,3	5	5,7	87	100

Tabla 36. Síndrome de Clérambault y orientación sexual
 $p= N.S.$
 Desconocido (16)

	Sin pareja		Con pareja		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ausente	66	76,7	20	23,3	86	94,5
Presente	5	100	0	0	5	5,5
Total	71	78,0	20	22,0	91	100

Tabla 37. Síndrome de Clérambault y relación actual
p= N.S.
Desconocido (12)

	FPI o inferior		FPII o superior		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ausente	69	93,2	18	100	87	94,6
Presente	5	6,8	0	0	5	5,4
Total	74	80,4	18	19,6	92	100

Tabla 38. Síndrome de Clérambault en función del nivel de estudios
 $X^2= 1,29$; p= N.S.
Desconocido (11)

7.3 HISTORIA MÉDICA

7.3.1 Antecedentes médicos

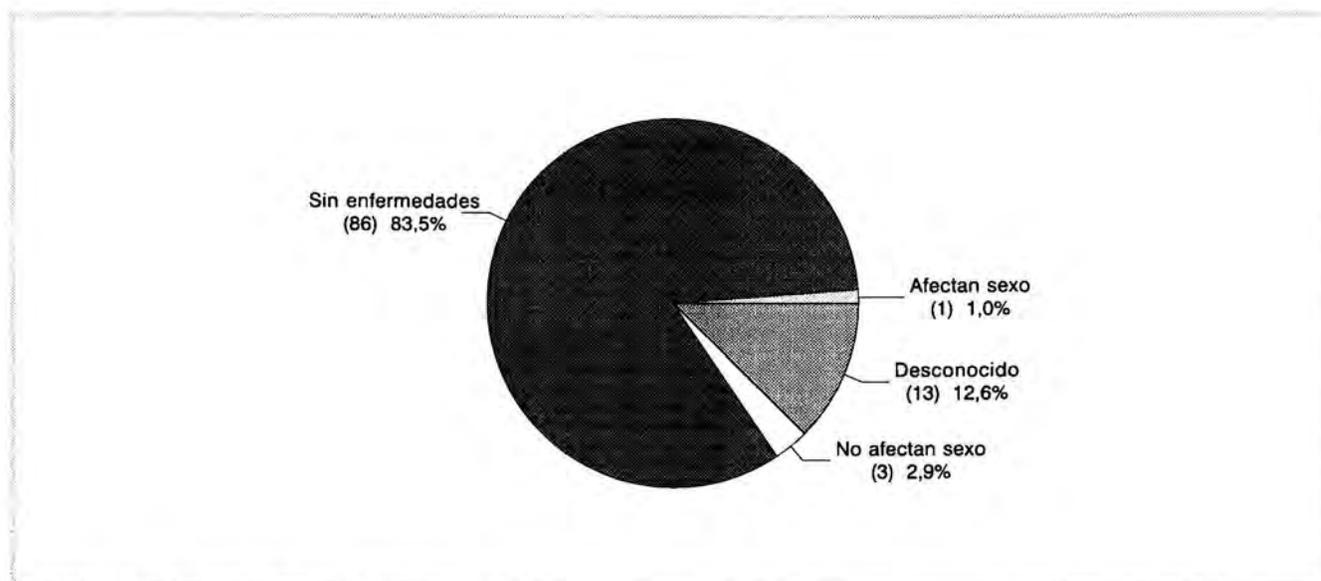


Figura 19. Enfermedades o cirugía

7.3.2 Consumo de tóxicos

	n	%
Cocaína	1	1,0
Cannabis	7	6,8
Alucinógenos	2	1,9
Alcohol	19	18,4
Otros	22	21,4
Total pacientes	103	100

Tabla 39. Consumo de tóxicos en los últimos seis meses

	Varones		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Consumen	12	27,9	7	12,3	19	19
No consumen	31	72,1	50	87,7	81	81
Total	43	43	57	57	100	100

Tabla 40. Consumo de alcohol por sexo
 $X^2 = 3,89$; $p = 0,05$
Desconocido (3)

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	X ²	p
Cannabis ₁	Sí	7	31,57	5,35	32	25	35	-2,3	0,02
	No	94	43,22	13,58	40	31,75	55,25		
Alucinóg. ₂	Sí	2	33	2,83	33	31	-	-1,0	N.S.
	No	99	42,61	13,56	39	31	54		
Alcohol ₃	Sí	19	35,68	8,53	33	31	40	-2,3	0,02
	No	81	43,91	14,06	40	32	58		

Tabla 41. Edad en función del consumo de tóxicos
Desconocido (1,2:2 ; 3:3)

7.3.3 Fármacos

	n	%
Neurolépticos	102	99
Antiparkinsonianos	70	68
Ansiolíticos e hipnóticos	37	35,9
Antidepresivos	9	8,7
Litio	6	5,8
Total pacientes	103	100

Tabla 42. Ingesta de fármacos

	n	%
Perfenazina	3	2,9
Sulpiride	1	1
Trifluoperazina	12	11,7
Clotiapina	16	15,5
Haloperidol	46	44,7
Clorpromazina	3	2,9
Pipotiazina	10	9,7
Tioridazina	37	35,9
Flufenazina	28	27,2
Pimozida	2	1,9
Levomepromazina	36	35
Otros	12	11,7
No neurolépticos	1	1
Total de pacientes	103	100

Tabla 43. Ingesta de neurolépticos

	n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃
En Tto.	6	57,67	16,08	58	40	72,5
Sin Tto.	95	45,81	15,64	40	30	60

Tabla 44. Adaptación global en función del tratamiento con litio
 $z = -1,74$; $p = 0,08$
 Desconocido (2)

7.4 HISTORIA SEXUAL

7.4.1 Edad de inicio de la masturbación

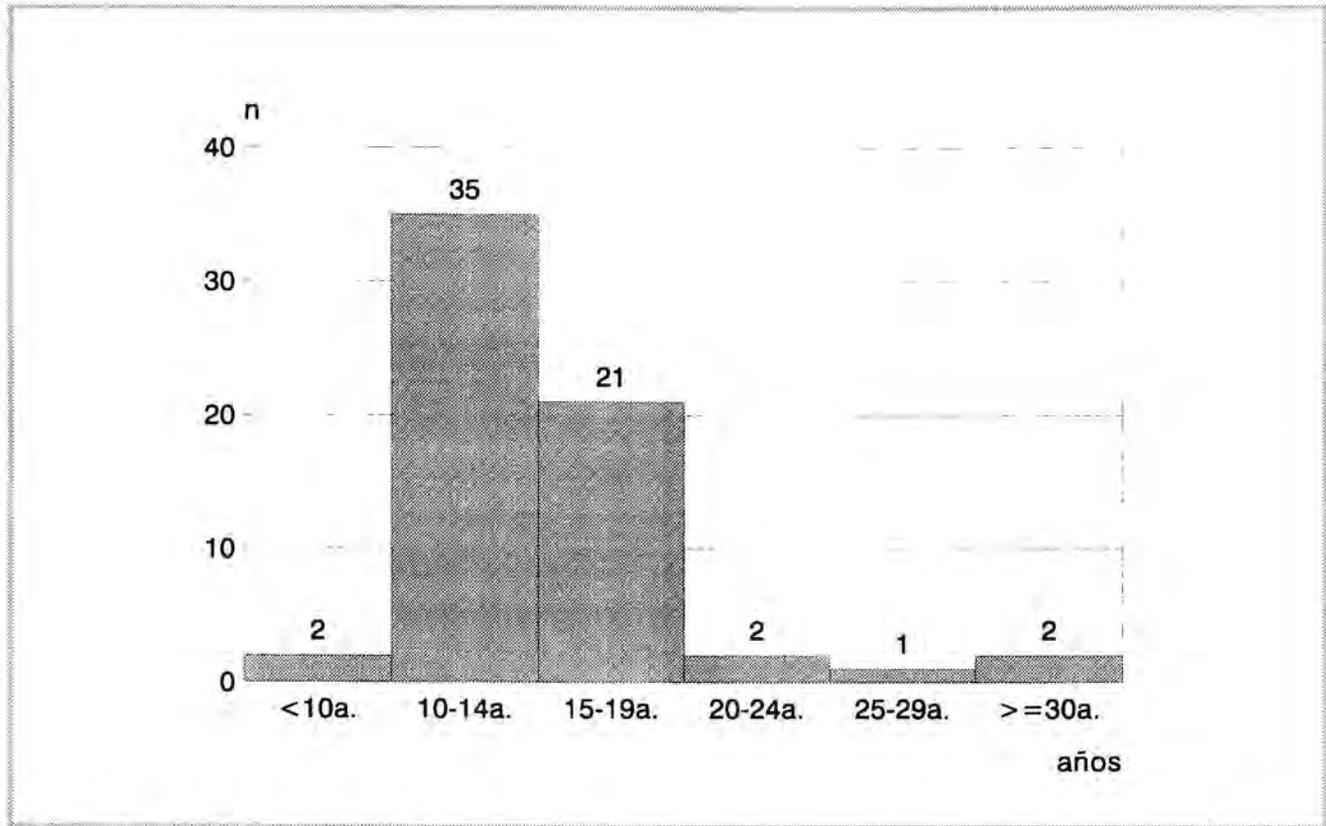


Figura 20. Edad de inicio de la masturbación
Desconocido (13)
Nunca se han masturbado (27)

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
Varones	42	14,05	1,61	14	13	15
Mujeres	21	17,10	6,83	15	13	19,5
Total	63	15,06	4,34	14	13	16

Tabla 45. Edad de inicio de la masturbación por sexo
 $z = -2$; $p = 0,046$
Nunca se han masturbado (27)
Desconocido (13)

	Sí masturbación		Nunca masturbación		Total	
	n	%	n	%	n	%
Varones	42	97,7	1	2,3	43	47,8
Mujeres	21	44,7	26	55,3	47	52,2
Total	63	70	27	30	90	100

Tabla 46. Sexo en función de la masturbación
 $X^2= 30,03$; $p<0,00001$
 Desconocido (13)

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
Bajo, medio-bajo	40	15,43	5,15	14	13,25	16
Medio-alto, alto	20	14,6	2,42	14	13	15

Tabla 47. Edad de inicio de la masturbación en función del nivel socioeconómico
 $z= -0,58$; $p= N.S.$
 Nunca se han masturbado (27)
 Desconocido (16)

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
Creyente-practicante	25	16,60	4,55	15	14	19
No creyente o No practicante	30	14,33	4,33	14	13	14,25

Tabla 48. Edad de inicio de la masturbación en función de las creencias religiosas
 $z= -3,03$; $p= 0,003$
 Nunca se han masturbado (27)
 Desconocido (21)

7.4.2 Edad de inicio del coito

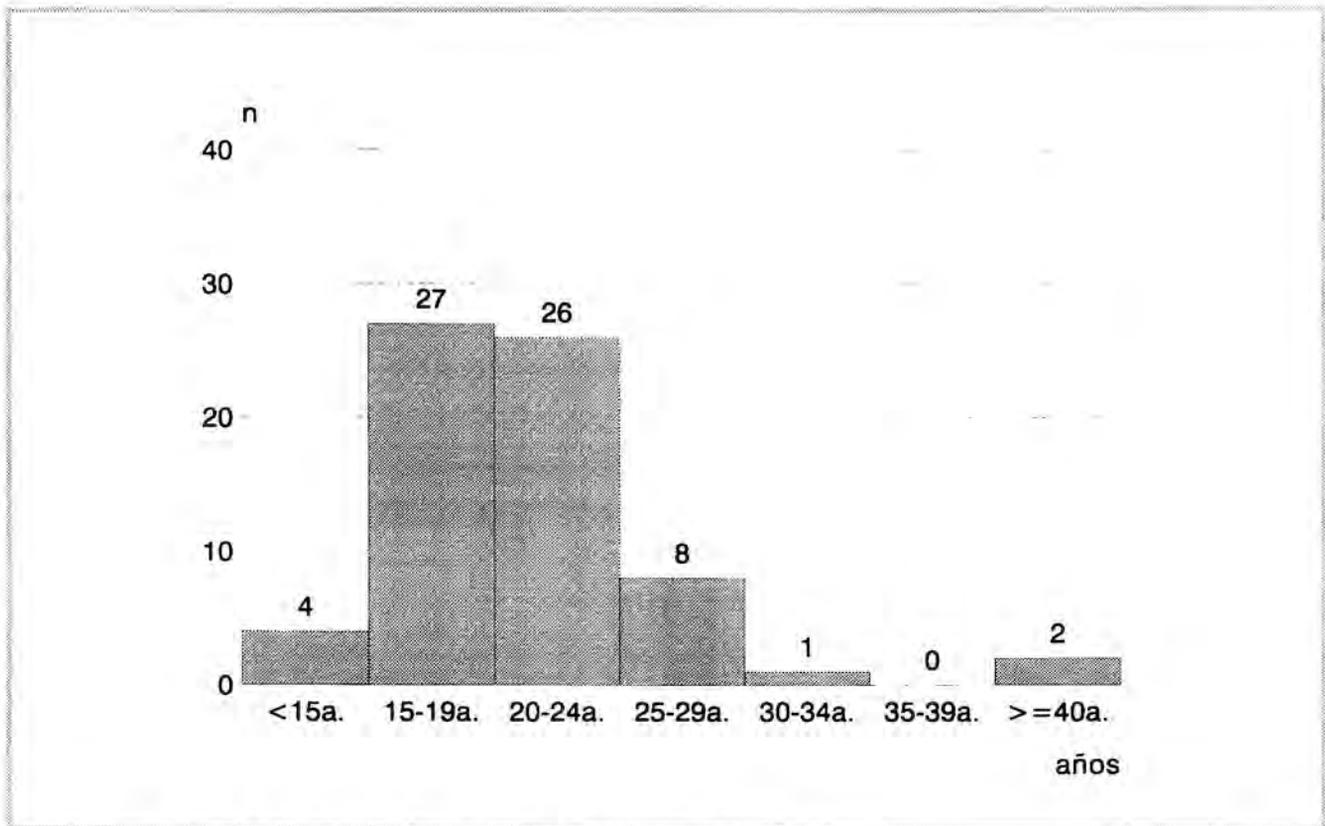


Figura 21. Edad de inicio de las relaciones sexuales coitales
 Nunca las ha habido (32)
 Desconocida (3)

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
Varones	35	20,63	5,27	19	17	23
Mujeres	33	20,94	5,40	21	18	23
Total	68	20,78	5,30	20	18	23

Tabla 49. Edad de inicio de las relaciones sexuales coitales por sexo
 $z = -0,7$; $p = N.S.$
 Nunca las ha habido (32)
 Desconocido (3)

	Sí rel. sex. coitales		Nunca rel. sex. coitales		Total	
	n	%	n	%	n	%
Varones	35	79,5	9	20,5	44	44
Mujeres	33	58,9	23	41,1	56	56
Total	68	68	32	32	100	100

Tabla 50. Sexo en función de las relaciones sexuales coitales
 $X^2 = 4,81$; $p = 0,03$
 Desconocido (3)

	n	r	p
Edad	68	0,23	0,03

Tabla 51. Correlación de la edad con la edad de inicio de las relaciones sexuales coitales
 Nunca han tenido relaciones sexuales coitales (32)
 Desconocido (3)

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
Urbana-semirural	54	20,11	3,77	20	17	22,25
Rural	13	23,39	9,17	20	18	27,5

Tabla 52. Edad de inicio de las relaciones sexuales coitales en función de la zona de procedencia
 $z = -0,67$; $p = N.S.$
 Nunca las han tenido relaciones sexuales coitales (32)
 Desconocido (4)

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
Creyente-practicante	29	21,10	5,66	21	18	22,5
No creyente o No practicante	33	20,64	5,40	20	17	23

Tabla 53. Edad de inicio de las relaciones sexuales coitales en función de las creencias religiosas
 $z = -0,36$; $p = N.S.$
 Nunca han tenido relaciones sexuales coitales (32)
 Desconocido (9)

7.4.3 Experiencias sexuales traumáticas

	Sí		No		Desconocido		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ver rel. sexuales	1	1,0	95	92,2	7	6,8	103	100
Incesto	2	1,9	94	91,3	7	6,8	103	100
Abusos	11	10,7	85	82,5	7	6,8	103	100
Violencia Sexual	9	8,7	88	85,4	6	5,8	103	100
Otras	3	2,9	100	97,1	0	0	103	100

Tabla 54. Experiencias sexuales traumáticas

		Varones		Mujeres		Total		Significación	
		n	%	n	%	n	%	X ²	p
Abusos ₁	Sí	5	11,6	6	11,3	11	11,5	0,002	N.S.
	No	38	88,4	47	88,7	85	88,5		
Violencia sexual ₂	Sí	0	0	9	16,7	9	9,3	7,9	0,005
	No	43	100	45	83,3	88	90,7		

Tabla 55. Experiencias sexuales traumáticas por sexo
Desconocido (1:7 ; 2:6)

		Bajo, medio-bajo		Medio-alto, alto		Total		Signific.	
		n	%	n	%	n	%	X ²	p
Abusos ₁	Sí	7	10,6	3	12	10	11	0,04	N.S.
	No	59	89,4	22	88	81	89		
Violencia sexual ₂	Sí	6	9	3	12	9	9,8	0,19	N.S.
	No	61	91	22	88	83	90,2		

Tabla 56. Experiencias sexuales traumáticas en función del nivel socioeconómico
Desconocido (1:12 ; 2:11)

7.5 CONDUCTA SEXUAL

7.5.1 Opinión sobre la sexualidad

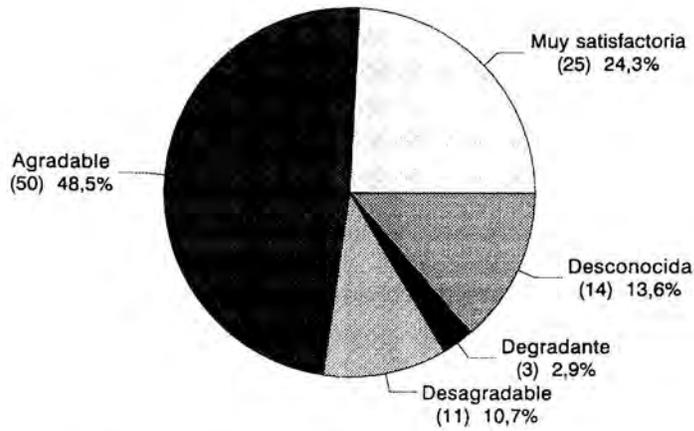


Figura 22. Opinión sobre la sexualidad

	Varones		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Positiva	40	93	35	76,1	75	84,3
Negativa	3	7	11	23,9	14	15,7
Total	43	48,3	46	51,7	89	100

Tabla 57. Opinión sobre la sexualidad por sexo
Desconocido (14)
 $X^2 = 4,81$; $p = 0,03$

	Bajo, medio-bajo		Medio-alto, alto		Total	
	n	%	n	%	n	%
Positiva	48	80	23	92	71	83,5
Negativa	12	20	2	8	14	16,5
Total	60	70,6	25	29,4	85	100

Tabla 58. Opinión sexual en función del nivel socioeconómico
 $X^2 = 1,85$; $p = N.S.$
Desconocido (18)

		Positiva		Negativa		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Incesto ₁	Sí	2	100	0	0	2	2,4	-	N.S.
	No	69	84,1	13	15,9	82	97,6		
Abusos ₂	Sí	9	81,8	2	18,2	11	13,1	0,07	N.S.
	No	62	84,9	11	15,1	73	86,9		
Violencia sexual ₃	Sí	4	50	4	50	8	9,4	8,21	0,004
	No	68	88,3	9	11,7	77	90,6		

Tabla 59. Experiencias sexuales traumáticas y opinión sobre la sexualidad Desconocido (1,2:19 ; 3:18)

7.5.2 Orientación sexual

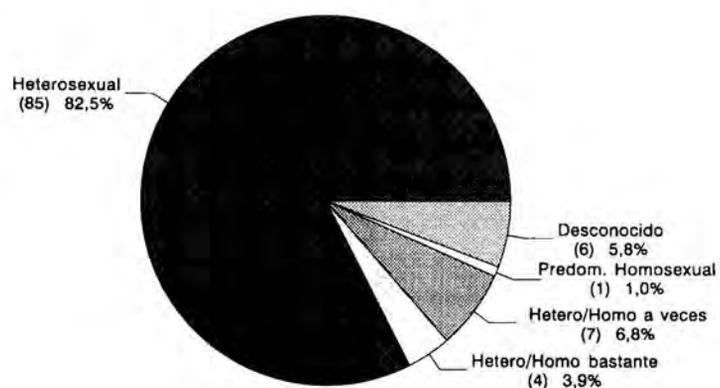


Figura 23. Orientación sexual

	Paranoide		Otros tipos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Exclus. o predom. heterosex.	57	95	35	94,6	92	94,8
Prefer. heterosex. y bast. homosex.	3	5	2	5,4	5	5,2
Total	60	61,9	37	38,1	97	100

Tabla 60. Orientación sexual y tipo de esquizofrenia
 p= N.S.
 Desconocido (6)

7.5.3 Frecuencia de masturbación

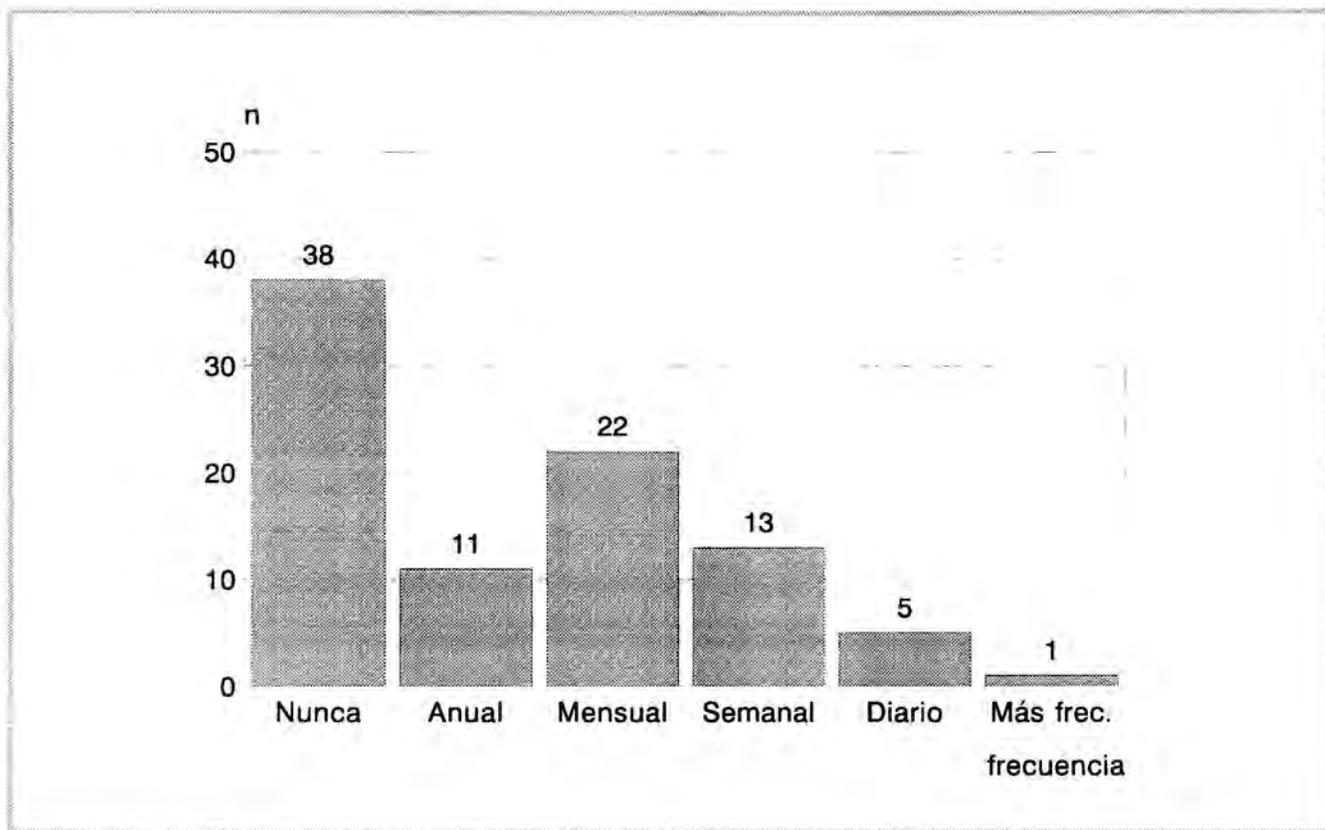


Figura 24. Frecuencia actual de masturbación
 Desconocido (13)

	Varones		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
No actualmente	3	7,0	35	74,5	38	42,2
Alg. vez año	7	16,3	4	8,5	11	12,2
Mensual o más	33	76,7	8	17,0	41	45,6
Total	43	47,8	47	52,2	90	100

Tabla 61. Frecuencia de masturbación por sexo
 $X^2= 42,92$; $p<0,00001$
Desconocido (13)

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
No actualmente	38	50,11	13,73	52	38,5	61,25
Alguna vez año	11	42,91	14,00	41	32	51
Mensual o más	41	32,59	6,40	32	29	36

Tabla 62. Edad en función de la frecuencia de masturbación
 $x^2= 29,17$; $p<0,0001$
Desconocido (13)

	FPI o inferior		FPII o superior		Total	
	n	%	n	%	n	%
No actualmente	35	49,3	3	15,8	38	42,2
Alg. vez año	7	9,9	4	21,1	11	12,2
Mensual o más	29	40,8	12	63,2	41	45,6
Total	71	78,9	19	21,1	90	100

Tabla 63. Frecuencia de masturbación en función del nivel de estudios
 $X^2= 7,16$; $p= 0,03$
Desconocido (13)

	Bajo, medio-bajo		Medio-alto, alto		Total	
	n	%	n	%	n	%
No actualmente	29	46,8	6	26,1	35	41,2
Alg. vez año	10	16,1	0	0	10	11,8
Mensual o más	23	37,1	17	73,9	40	47,1
Total	62	72,9	23	27,1	85	100

Tabla 64. Frecuencia de masturbación en función del nivel socioeconómico
 $X^2= 10,29$; $p= 0,006$
Desconocido (18)

	Creyente- practicante		No creyente o No practicante		Total	
	n	%	n	%	n	%
No actualmente	25	62,5	12	29,3	37	45,7
Alg. vez año	2	5	5	12,2	7	8,6
Mensual o más	13	32,5	24	58,5	37	45,7
Total	40	49,4	41	50,6	81	100

Tabla 65. Frecuencia de masturbación en función de las creencias religiosas
 $X^2= 9,11$; $p= 0,01$
Desconocido (22)

	Positiva		Negativa		Total	
	n	%	n	%	n	%
No actualmente	23	79,3	6	20,7	29	36,7
Alg. vez año	8	80,0	2	20,0	10	12,7
Mensual o más	38	95,0	2	5,0	40	50,6
Total	69	87,3	10	12,7	79	100

Tabla 66. Frecuencia de masturbación y opinión sexual
 $X^2= 4,30$; $p= N.S.$
Desconocido (24)

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
No actualmente	10	18,5	4,77	17	15	20,5
Alg. vez año	10	16,2	6,89	14	12,75	16
Mensual o más	41	13,93	2,96	14	13	15

Tabla 67. Edad de inicio de masturbación en función de la frecuencia de masturbación
 $X^2= 13,44$; $p= 0,001$
 Nunca se han masturbado (27)
 Desconocido (15)

7.5.4 Tipo de relación actual

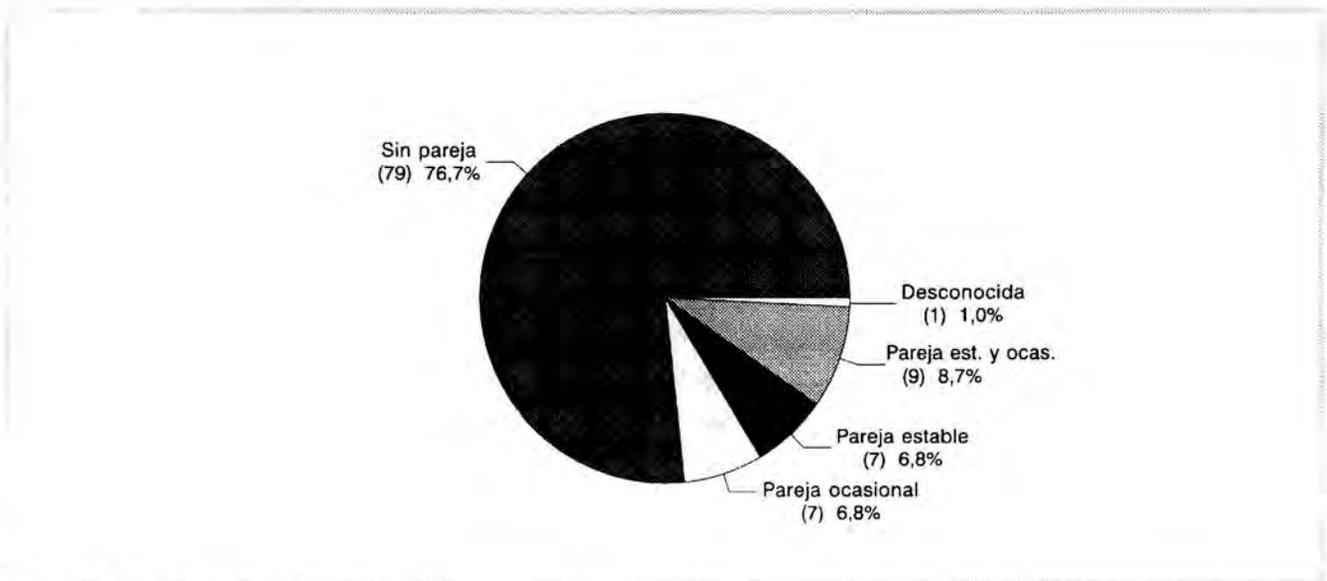


Figura 25. Tipo de relación actual

	Varones		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sin pareja	31	72,1	48	81,4	79	77,5
Con pareja	12	27,9	11	18,6	23	22,5
Total	43	42,2	59	57,8	102	100

Tabla 68. Relaciones actuales por sexo
 $X^2= 1,22$; $p= N.S.$
 Desconocido (1)

	n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃
Sin pareja	79	44,73	13,87	43	32	58
Con pareja	23	34,13	7,41	34	26	40

Tabla 69. Edad en función de la relación actual
 $z = -3,07$; $p = 0,002$
 Desconocido (1)

	Positiva		Negativa		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sin pareja	52	78,8	14	21,2	66	75,0
Con pareja	22	100	0	0	22	25
Total	74	84,1	14	15,9	88	100

Tabla 70. Relación actual y opinión sexual
 $X^2 = 5,55$; $p = 0,02$
 Desconocido (15)

	Creyente-practicante		No creyente o No practicante		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sin pareja	38	80,9	31	70,5	69	75,8
Con pareja	9	19,1	13	29,5	22	24,2
Total	47	51,6	44	48,4	91	100

Tabla 71. Relación actual en función de las creencias religiosas
 $X^2 = 1,34$; $p = N.S.$
 Desconocido (12)

7.5.5 Práctica del coito

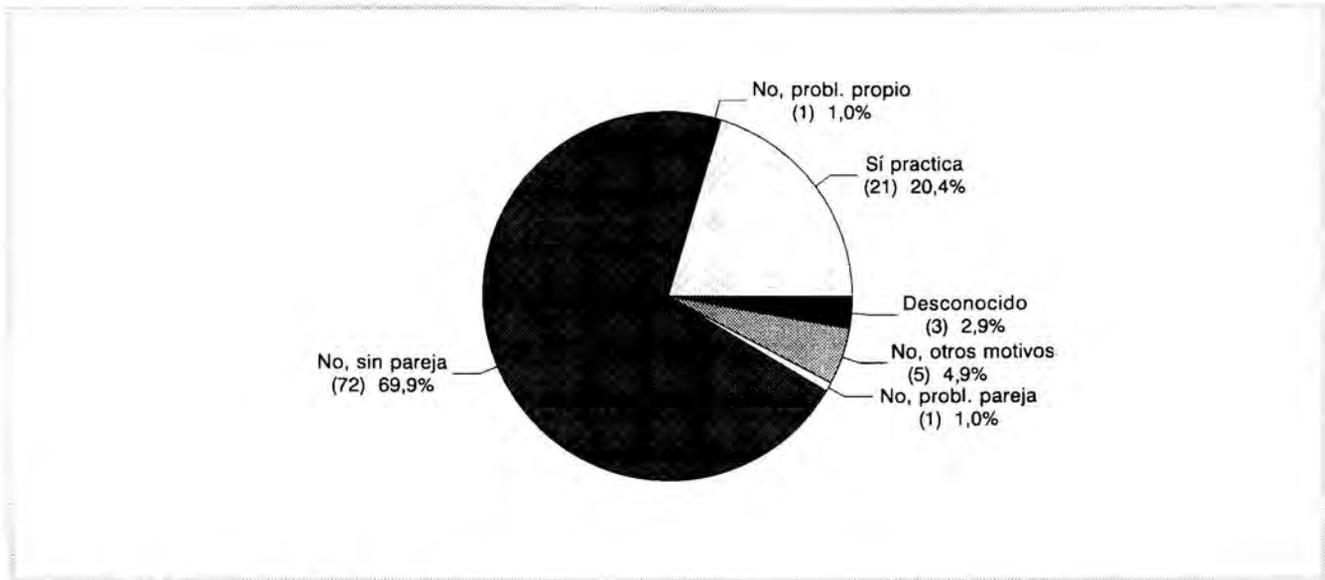


Figura 26. Práctica actual del coito

	Varones		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
No últ. 6 meses	30	68,2	49	87,5	79	79
Sí últ. 6 meses	14	31,8	7	12,5	21	21
Total	44	44	56	56	100	100

Tabla 72. Práctica actual del coito por sexo
 $X^2 = 5,54$; $p = 0,02$
 Desconocido (3)

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
No últ. 6 meses	79	44,54	13,57	43	32	58
Sí últ. 6 meses	21	31,62	6,05	32	26	37,5

Tabla 73. Edad en función de la práctica actual del coito
 $z = -3,94$; $p = 0,0001$
 Desconocido (3)

	Positiva		Negativa		Total	
	n	%	n	%	n	%
No últ. 6 meses	53	79,1	14	20,9	67	76,1
Sí últ. 6 meses	21	100,0	0	0	21	23,9
Total	74	84,1	14	15,9	88	100

Tabla 74. Práctica actual del coito y opinión sexual
 $X^2= 5,22$; $p= 0,02$
 Desconocido (15)

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
No últ. 6 meses	44	15,66	4,76	14,5	14	16
Sí últ. 6 meses	19	13,68	2,79	14	12	14

Tabla 75. Edad de inicio de la masturbación en función de la práctica actual del coito
 $z= -2,20$; $p= 0,03$
 Nunca se han masturbado (27)
 Desconocido (13)

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
No últ. 6 meses	45	21,73	5,65	21	18	23
Sí últ. 6 meses	21	18,95	3,83	18	17	21

Tabla 76. Edad de inicio de las relaciones sexuales coitales en función de la práctica actual del coito
 $z= -2,37$; $p= 0,02$
 Nunca han tenido relaciones sexuales coitales (32)
 Desconocido (5)

	Creyente- practicante		No creyente o No practicante		Total	
	n	%	n	%	n	%
No últ. 6 meses	38	82,6	30	69,8	68	76,4
Sí últ. 6 meses	8	17,4	13	30,2	21	23,6
Total	46	51,7	43	48,3	89	100

Tabla 77. Práctica actual del coito en función de las creencias religiosas
 $X^2= 2,03$; $p= N.S.$
Desconocido (14)

		No últ. 6 meses		Sí últ. 6 meses		Total		X^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Abusos ₁	Sí	7	63,6	4	36,4	11	11,8	1,63	N.S.
	No	66	80,5	16	19,5	82	88,2		
Violencia sexual ₂	Sí	7	77,8	2	22,2	9	9,6	0,005	N.S.
	No	67	78,8	18	21,2	85	90,4		

Tabla 78. Práctica actual del coito y experiencias sexuales traumáticas
Desconocido (1:10 ; 2:9)

7.6 DISFUNCIONES SEXUALES

7.6.1 Historia de disfunciones anteriores

	Sí		No		Desconocido		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trast. impulso sex.	5	4,9	78	75,7	20	19,4	103	100
Trast. excitación	4	3,9	80	77,7	19	18,4	103	100
Trast. orgasmo	3	2,9	80	77,7	20	19,4	103	100
Vaginismo	0	0	43	72,9	16	27,1	59	100
Dispareunia	5	4,9	78	75,7	20	19,4	103	100

Tabla 79. Disfunciones sexuales anteriores a los últimos seis meses

		Varones		Mujeres		Total		Significación	
		n	%	n	%	n	%	X ²	p
Trast. impulso sex. ₁	Sí	4	10	1	2,3	5	6,0	2,2	N.S.
	No	36	90	42	97,7	78	94		
Trast. excitación ₂	Sí	4	9,8	0	0	4	4,8	4,4	0,036
	No	37	90,2	43	100	80	95,2		
Trast. orgasmo ₃	Sí	2	5	1	2,3	3	3,6	0,4	N.S.
	No	38	95	42	97,7	80	96,4		
Vaginismo ₄	Sí	-	-	0	0	0	0	-	-
	No	-	-	43	100	43	100		
Dispareunia ₅	Sí	1	2,5	4	9,3	5	6,0	1,7	N.S.
	No	39	97,5	39	90,7	78	94		

Tabla 80. Disfunciones sexuales anteriores a los últimos seis meses por sexo Desconocido (1,3,5:20, 2:19, 4:16)

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	X ²	p
Trast. impulso sex. ₁	Sí	5	37,80	7,40	37	32,5	43,5	-0,2	N.S.
	No	78	40,56	12,73	37,5	31	49		
Trast. excitación ₂	Sí	4	35,50	11,12	33	26,5	47	-0,8	N.S.
	No	80	40,53	12,51	37	31	48,75		
Trast. orgasmo ₃	Sí	3	34,33	3,06	35	31	-	-0,7	N.S.
	No	80	40,63	12,63	37,5	31	49		

Tabla 81. Edad en función de existencia de disfunciones anteriores
Desconocido (1,3:20 ; 2:19)

		Sí		No		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Trast. impulso sex. ₁	Sí	2	20	3	4,2	5	6,2	-	N.S.
	No	8	80	68	95,8	76	93,8		
Trast. excitación ₂	Sí	1	10	2	2,8	3	3,7	-	N.S.
	No	9	90	69	97,2	78	96,3		
Trast. orgasmo ₃	Sí	1	10	2	2,8	3	3,7	-	N.S.
	No	9	90	69	97,2	78	96,3		
Vaginismo ₄	Sí	0	0	0	0	0	0	-	-
	No	6	100	35	100	41	100		
Dispareunia ₅	Sí	2	20	3	4,2	5	6,2	-	N.S.
	No	8	80	68	95,8	76	93,8		
Otras ₆	Sí	0	0	4	4,7	4	4,2	-	N.S.
	No	11	100	81	95,3	92	95,8		

Tabla 82. Disfunciones sexuales anteriores y abusos sexuales
Desconocido (1,2,3,5:22 ; 4:18 ; 6:7)

7.6.2 Disfunciones atribuidas a la medicación

	Sí		No		Desconocido		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dism deseo sex.	23	22,3	75	72,8	5	4,9	103	100
Aum. deseo sex.	2	1,9	96	93,2	5	4,9	103	100
Dific. excitación	12	11,7	85	82,5	6	5,8	103	100
Dific. orgasmo	16	15,5	82	79,6	5	4,9	103	100
Otros	2	1,9	101	98,1	0	0,0	103	100

Tabla 83. Efectos secundarios de la medicación sobre la sexualidad

		Varones		Mujeres		Total		Significación	
		n	%	n	%	n	%	X ²	p
Dism. deseo sex. ₁	Sí	19	44,2	4	7,3	23	23,5	18,3	0,00002
	No	24	55,8	51	92,7	75	76,5		
Aum. deseo sex. ₂	Sí	0	0	2	3,6	2	2	-	N.S.
	No	43	100	53	96,4	96	98		
Dific. excitación ₃	Sí	12	28,6	0	0	12	12,4	17,9	0,00002
	No	30	71,4	55	100	85	87,6		
Dific. orgasmo ₄	Sí	15	34,9	1	1,8	16	16,3	19,3	0,00001
	No	28	65,1	54	98,2	82	83,7		
Otros	Sí	0	0	2	3,4	2	1,9	-	N.S.
	No	44	100	57	96,6	101	98,1		

Tabla 84. Presencia de efectos secundarios de la medicación sobre la sexualidad por sexo Desconocido (1,2,4:5 , 3:6)

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	X ²	p
Dism. deseo sex. ₁	Sí	23	36,61	9,61	35	31	40	-1,5	N.S.
	No	75	42,61	13,49	40	31	55		
Dific. excitación ₂	Sí	12	34,42	5,44	35	31	36,75	-1,7	0,08
	No	85	42,27	13,40	39	31	53,5		
Dific. orgasmo ₃	Sí	16	33,5	6,16	33,5	29,5	38	-2,4	0,02
	No	82	42,71	13,35	40	31	54,25		

Tabla 85. Edad en función de los efectos secundarios de la medicación sobre la sexualidad Desconocido (1,3:5 ;2:6)

		Paranoide		Otros tipos		Total		Significación	
		n	%	n	%	n	%	X ²	p
Dism. deseo sex. ₁	Sí	19	32,2	4	10,3	23	23,5	6,3	0,01
	No	40	67,8	35	89,7	75	76,5		
Aum. deseo sex. ₂	Sí	1	1,7	1	2,6	2	2	-	N.S.
	No	58	98,3	38	97,4	96	98		
Dific. excitación ₃	Sí	12	20,3	0	0	12	12,4	8,82	0,003
	No	47	79,7	38	100	85	87,6		
Dific. orgasmo ₄	Sí	14	23,7	2	5,1	16	16,3	5,95	0,02
	No	45	76,3	37	94,9	82	83,7		

Tabla 86. Presencia de efectos secundarios de la medicación sobre la sexualidad en función del tipo de esquizofrenia Desconocido (1,2,4:5 ; 3:6)

		Creyente-practicante		No creyente o No practicante		Total		Signific.	
		n	%	n	%	n	%	X ²	p
Dism. deseo sex. ₁	Sí	6	33,3	12	66,7	18	20,5	2,87	0,09
	No	39	55,7	31	44,3	70	79,5		
Aum. deseo sex. ₂	Sí	1	50	1	50	2	2,3	-	N.S.
	No	44	51,2	42	48,8	86	97,7		
Dific. excitación ₃	Sí	3	33,3	6	66,7	9	10,3	1,19	N.S.
	No	41	52,6	37	47,4	78	89,7		
Dific. orgasmo ₄	Sí	4	30,8	9	69,2	13	14,8	2,53	N.S.
	No	41	54,7	34	45,3	75	85,2		

Tabla 87. Presencia de efectos secundarios de la medicación sobre la sexualidad en función de las creencias religiosas
Desconocido (1,2,4:15 ; 3:16)

		Positiva		Negativa		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Dism. deseo sex. ₁	Sí	22	95,7	1	4,3	23	26,7	2,84	0,09
	No	51	81,0	12	19,0	63	73,3		
Dific. excitación ₂	Sí	11	91,7	1	8,3	12	14,1	0,52	N.S.
	No	61	83,6	12	16,4	73	85,9		
Dific. orgasmo ₃	Sí	15	93,8	1	6,3	16	18,6	1,20	N.S.
	No	58	82,9	12	17,1	70	81,4		
Otros ₄	Sí	1	100	0	0	1	1,1	-	N.S.
	No	74	84,1	14	15,9	88	98,9		

Tabla 88. Efectos secundarios de la medicación sobre la sexualidad y opinión sexual
Desconocido (1,3:17 ; 2:18 ; 4:14)

		No actualm.		Alg. vez año		Mensual o más		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%	n	%		
		Dism. deseo sex. 1	Sí	3	13,0	4	17,4	16	69,6		
	No	32	50,0	7	10,9	25	39,1	64	73,6		
Aum. deseo sex. 2	Sí	1	50	0	0	1	50	2	2,3	0,3	N.S.
	No	34	40,0	11	12,9	40	47,1	85	97,7		
Dific. excitación 3	Sí	0	0	1	8,3	11	91,7	12	14,0	12	0,003
	No	35	47,3	10	13,5	29	39,2	74	86,0		
Dific. orgasmo 4	Sí	1	6,3	1	6,3	14	87,5	16	18,4	13	0,002
	No	34	47,9	10	14,1	27	38,0	71	81,6		

Tabla 89. Frecuencia de masturbación y efectos secundarios de la medicación sobre la sexualidad Desconocido (1,2,4:16 ; 3:17)

		Sin pareja		Con pareja		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
		Dism. deseo sex. 1	Sí	15	65,2	8	34,8		
	No	59	79,7	15	20,3	74	76,3		
Aum. deseo sex. 2	Sí	1	50,0	1	50,0	2	2,1	-	N.S.
	No	73	76,8	22	23,2	95	97,9		
Dific. excitación 3	Sí	7	63,6	4	36,4	11	11,5	1,05	N.S.
	No	66	77,6	19	22,4	85	85,5		
Dific. orgasmo 4	Sí	10	62,5	6	37,5	16	16,5	2,01	N.S.
	No	64	79,0	17	21,0	81	83,5		

Tabla 90. Relación actual y efectos secundarios de la medicación sobre la sexualidad Desconocido (1,2,4:6 ; 3:7)

		No últ. 6 meses		Sí últ. 6 meses		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Dism. deseo sex. ₁	Sí	15	65,2	8	34,8	23	24,0	2,95	0,09
	No	60	82,2	13	17,8	73	76,0		
Dific. excitación ₂	Sí	8	66,7	4	33,3	12	12,6	1,25	N.S.
	No	67	80,7	16	19,3	83	87,4		
Dific. orgasmo ₃	Sí	9	56,3	7	43,8	16	16,7	5,38	0,02
	No	66	82,5	14	17,5	80	83,3		

Tabla 91. Práctica actual del coito y efectos secundarios de la medicación sobre la sexualidad Desconocido (1,3:7 ; 2:8)

7.6.3 Disfunciones en la autosexualidad

	Si		No		Desconocido		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dism impulso sex.	20	26,3	47	61,8	9	11,8	76	100
Exc. impulso sex.	1	1,3	65	85,5	10	13,2	76	100
Dific. excitación	13	17,1	54	71,1	9	11,8	76	100
Dific. orgasmo	22	28,9	45	59,2	9	11,8	76	100
Otras	2	2,6	74	97,4	0	0	76	100

Tabla 92. Problemática con la autosexualidad Nunca se han masturbado (27)

		Varones		Mujeres		Total		Significación	
		n	%	n	%	n	%	X ²	p
Dism. impulso sex. 1	Sí	18	43,9	2	7,7	20	29,9	10,0	0,002
	No	23	56,1	24	92,3	47	70,1		
Exc. impulso sex. 2	Sí	0	0	1	3,8	1	1,5	-	N.S.
	No	40	100	25	96,2	65	98,5		
Dific. excitación 3	Sí	13	31,7	0	0	13	19,4	10,2	0,001
	No	28	68,3	26	100	54	80,6		
Dific. orgasmo 4	Sí	19	46,3	3	11,5	22	32,8	8,7	0,003
	No	22	53,7	23	88,5	45	67,2		
Otros	Sí	1	2,3	1	3	2	2,6	0,0	N.S.
	No	42	97,7	32	97	74	97,4		

Tabla 93. Problemática con la autosexualidad entre los que practican masturbación en función del sexo
Nunca se han masturbado (27)
Desconocido (1,3,4:9 ; 2:10)

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	X ²	p
		Dism. impulso sex.	Sí	20	34,30	6,81	33,5		
	No	47	38,47	13,17	34	30	45		
Dific. excitación	Sí	13	34,54	5,74	35	30	39	-0,2	N.S.
	No	54	37,87	12,73	33,5	30	45		
Dific. orgasmo	Sí	22	34,32	6,72	34,5	30,5	38,25	-0,5	N.S.
	No	45	38,64	13,38	33	30	46		

Tabla 94. Edad en función de la problemática con la autosexualidad
Nunca se han masturbado (27)
Desconocido (9)

		FPI		FPII		Total		X ²	p
		o inferior		o superior					
		n	%	n	%	n	%		
Dism. impulso sex.	Sí	13	26,5	7	38,9	20	29,9	0,96	N.S.
	No	36	73,5	11	61,1	47	70,1		
Dific. excitación	Sí	8	16,3	5	27,8	13	19,4	1,10	N.S.
	No	41	83,7	13	72,2	54	80,6		
Dific. orgasmo	Sí	14	28,6	8	44,4	22	32,8	1,50	N.S.
	No	35	71,4	10	55,6	45	67,2		

Tabla 95. Problemática con la autosexualidad y nivel de estudios
Nunca se han masturbado (27)
Desconocido (9)

		Paranoide		Otros tipos		Total		Significación	
		n	%	n	%	n	%	X ²	p
		Dism. impulso sex.	Sí	17	40,5	3	12	20	29,9
No	25		59,5	22	88	47	70,1		
Dific. excitación	Sí	12	28,6	1	4	13	19,4	6,05	0,01
	No	30	71,4	24	96	54	80,6		
Dific. orgasmo	Sí	19	45,2	3	12	22	32,8	7,85	0,005
	No	23	54,8	22	88	45	67,2		

Tabla 96. Problemática con la autosexualidad en función del tipo de esquizofrenia
Nunca se han masturbado (27)
Desconocido (9)

		Sí		No		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Dism. impul. sex.	Sí	18	90	2	10	20	29,9	42,2	<0,00001
	No	4	8,5	43	91,5	47	70,1		
Dific. excitación	Sí	11	84,6	2	15,4	13	19,4	19,6	0,00001
	No	11	20,4	43	79,6	54	80,6		
Dific. orgasmo	Sí	19	86,4	3	13,6	22	32,8	42,6	<0,00001
	No	3	6,7	42	93,3	45	67,2		

Tabla 97. Disminución del deseo (efectos secundarios de la medicación sobre la sexualidad) y problemas con la autosexualidad
Nunca se han masturbado (27)
Desconocido (9)

		Sí		No		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Dism. impul. sex.	Sí	8	40	12	60	20	30,3	9,2	0,002
	No	4	8,7	42	91,3	46	69,7		
Dific. excitación	Sí	9	69,2	4	30,8	13	19,7	28,4	<0,00001
	No	3	5,7	50	94,3	53	80,3		
Dific. orgasmo	Sí	9	40,9	13	59,1	22	33,3	11,5	0,0007
	No	3	6,8	41	93,2	44	66,7		

Tabla 98. Dificultad excitación (efectos secundarios de la medicación sobre la sexualidad) y problemas con la autosexualidad
Nunca se han masturbado (27)
Desconocido (10)

		Sí		No		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Dism. impul. sex.	Sí	13	65	7	35	20	29,9	26,5	<0,00001
	No	3	6,4	44	93,6	47	70,1		
Dific. excitación	Sí	10	76,9	3	23,1	13	19,4	25	<0,00001
	No	6	11,1	48	88,9	54	80,6		
Dific. orgasmo	Sí	15	68,2	7	31,8	22	32,8	35,4	<0,00001
	No	1	2,2	44	97,8	45	67,2		

Tabla 99. Dificultad para alcanzar el orgasmo (efectos secundarios de la medicación sobre la sexualidad) y problemas con la autosexualidad
Nunca se han masturbado (27)
Desconocido (9)

		Positiva		Negativa		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Dism. impul. sex.	Sí	18	90	2	10	20	31,3	0,19	N.S.
	No	41	93,2	3	6,8	44	68,8		
Dific. excitación	Sí	12	92,3	1	7,7	13	20,3	0,0	N.S.
	No	47	92,2	4	7,8	51	79,7		
Dific. orgasmo	Sí	20	90,9	2	9,1	22	34,4	0,08	N.S.
	No	39	92,9	3	7,1	42	65,6		

Tabla 100. Opinión sobre la sexualidad y problemas con la autosexualidad
Nunca se han masturbado (27)
Desconocido (12)

		Sí		No		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Dism. impul. sex.	Sí	4	40	15	27,3	19	29,2	0,66	N.S.
	No	6	60	40	72,7	46	70,8		
Dific. excitación	Sí	2	20	11	20	13	20,0	0,0	N.S.
	No	8	80	44	80	52	80,0		
Dific. orgasmo	Sí	6	60	15	27,3	21	32,3	4,14	0,04
	No	4	40	40	72,7	44	67,7		

Tabla 101. Abusos sexuales y problemas con la autosexualidad
Nunca se han masturbado (27)
Desconocido (11)

		Sí		No		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Dism. impul. sex.	Sí	1	20	18	30	19	29,2	0,22	N.S.
	No	4	80	42	70	46	70,8		
Dific. excitación	Sí	0	0	13	21,7	13	20,0	1,35	N.S.
	No	5	100	47	78,3	52	80,0		
Dific. orgasmo	Sí	2	40	19	31,7	21	32,3	0,15	N.S.
	No	3	60	41	68,3	44	67,7		

Tabla 102. Violencia sexual y problemas con la autosexualidad
Nunca se han masturbado (27)
Desconocido (11)

		No últ. 6 meses		Sí últ. 6 meses		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
		Dific. excitación	Sí	11	84,6	2	15,4		
	No	35	64,8	19	35,2	54	80,6		
Dific. orgasmo	Sí	13	59,1	9	40,9	22	32,8	1,39	N.S.
	No	33	73,3	12	26,7	45	67,2		

Tabla 103. Práctica actual del coito y problemas con la autosexualidad
Nunca se han masturbado (27)
Desconocido (9)

7.6.4 Disfunciones en las relaciones coitales (GRISS)

	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Impotencia	6	42,9	8	57,1	14	100
Eyacuación precoz	6	42,9	8	57,1	14	100
Infrecuencia	10	71,4	4	28,6	14	100
Insatisfacción	6	42,9	8	57,1	14	100
No sensualidad	7	50	7	50	14	100
Evitación	2	14,3	12	85,7	14	100
No comunicación	7	50	7	50	14	100

Tabla 104. Disfunciones sexuales actuales en los varones que practican coito

	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Vaginismo	6	85,7	1	14,3	7	100
Anorgasmia	2	28,6	5	71,4	7	100
Infrecuencia	5	71,4	2	28,6	7	100
Insatisfacción	0	0	7	100	7	100
No sensualidad	1	14,3	6	85,7	7	100
Evitación	2	28,6	5	71,4	7	100
No comunicación	4	57,1	3	42,9	7	100

Tabla 105. Disfunciones sexuales actuales en las mujeres que practican coito

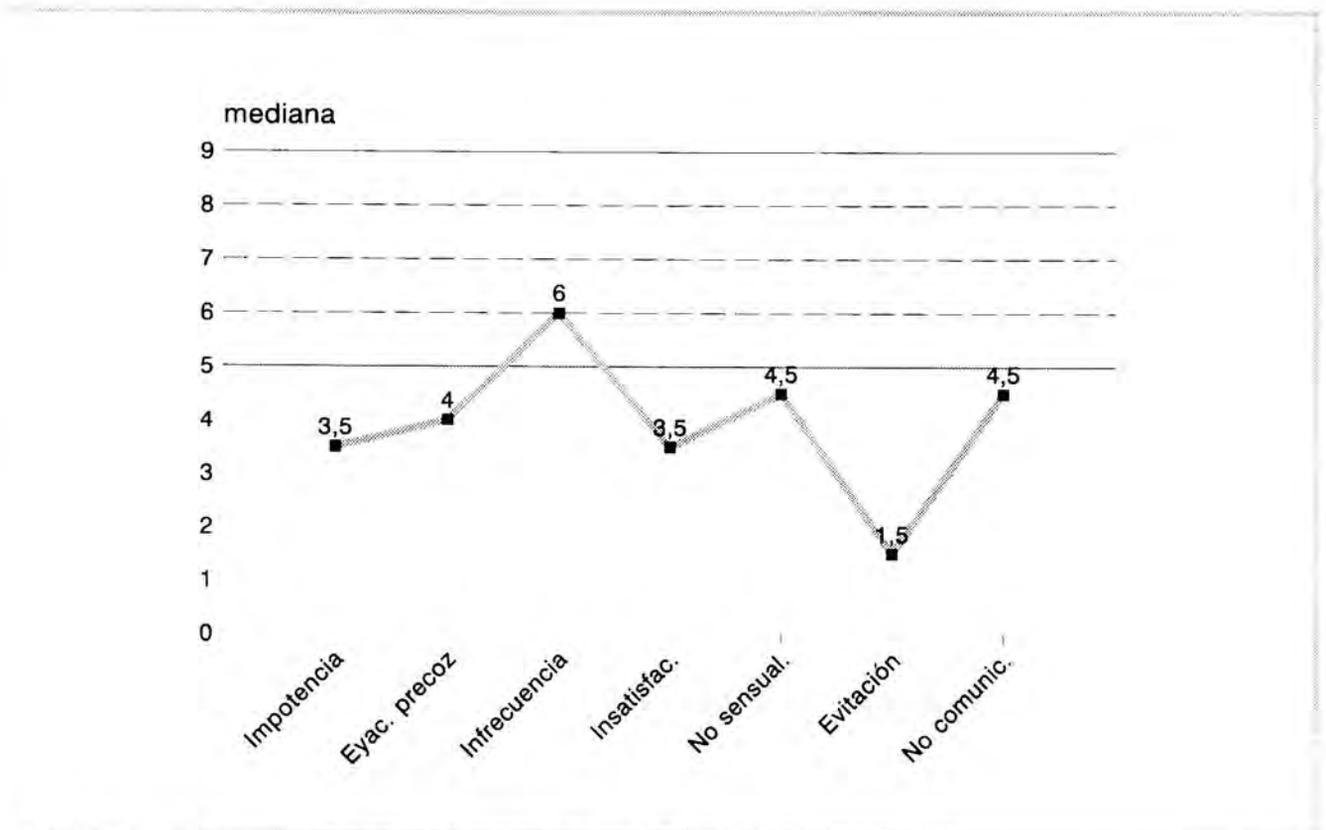


Figura 27. Disfunciones sexuales actuales en los varones

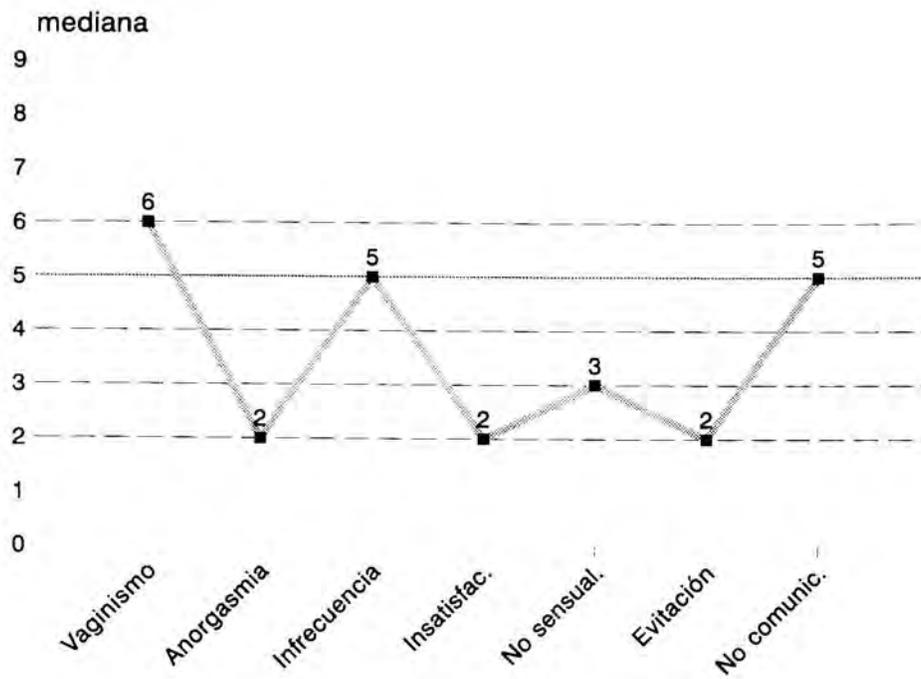


Figura 28. Disfunciones sexuales actuales en las mujeres

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
Varones	14	3,86	1,79	3,5	2	6
Mujeres	7	2,57	1,4	2	1	4

Tabla 106. Subescala de insatisfacción por sexo
z= -1,55 ; p= N.S.

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	z	p
Efec. secund. excitación	Sí	5	5,4	0,89	6	4,5	6	-2,39	0,02
	No	9	3,19	1,49	3	2,33	4		
Probl. autosex. excitación	Sí	3	5,67	0,58	6	5	-	-1,91	0,06
	No	11	3,51	1,59	3	2,67	5		

Tabla 107. Subescala de impotencia en función de los trastornos de excitación

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	z	p
Efec. secund. excitación	Sí	5	6,6	1,14	7	5,5	7,5	-0,81	N.S.
	No	9	5	3,2	5	2	8,5		
Probl. autosex. excitación	Sí	3	6,33	1,53	6	5	-	-0,31	N.S.
	No	11	5,36	2,98	6	3	8		

Tabla 108. Subescala de infrecuencia en función de los trastornos de excitación

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	z	p
Efec. secund. excitación	Sí	5	3,4	2,51	4	1	5,5	-1,38	N.S.
	No	9	5,15	1,77	5,33	4	7		
Probl. autosex. excitación	Sí	3	2	1,73	1	1	-	-2,18	0,03
	No	11	5,21	1,72	5,33	4	7		

Tabla 109. Subescala de eyaculación precoz en función de los trastornos de excitación

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	z	p
Probl. autosex. orgasmo	Sí	2	4,5	3,54	4,5	2	-	-1,03	N.S.
	No	5	2,6	2,51	2	1	4,5		

Tabla 110. Anorgasmia en las mujeres en función de problemas orgásmicos en la autosexualidad

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	z	p
Probl. autosex. orgasmo	Sí	2	6	1,41	6	5	-	-0,80	N.S.
	No	5	4,80	2,17	5	3	6,5		

Tabla 111. Infrecuencia en las mujeres en función de problemas orgásmicos en la autosexualidad

		n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃	z	p
Probl. autosex. orgasmo	Sí	2	3	1,41	3	2	-	-0,62	N.S.
	No	5	2,4	1,52	2	1	4		

Tabla 112. Insatisfacción en las mujeres en función de problemas orgásmicos en la autosexualidad

		n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃	z	p
Probl. autosex. orgasmo	Sí	2	3	1,41	3	2	-	-1,61	N.S.
	No	5	5	1,41	5	4	6		

Tabla 113. No comunicación en las mujeres en función de problemas orgásmicos en la autosexualidad

		n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃	z	p
Disfunc. anter. Dispareunia	Sí	2	35,5	4,95	35,5	32	-	-1,9	0,05
	No	5	24,8	2,78	24	22,5	27,5		

Tabla 114. Puntuación total GRISS en mujeres en función de dispareunia como disfunción anterior

		n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃	z	p
Disfunc. anter. Dispareunia	Sí	2	7,5	0,71	7,5	7	-	-2	0,04
	No	5	4,2	1,3	5	3	5		

Tabla 115. Infrecuencia en mujeres en función de dispareunia como disfunción anterior

		n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃	z	p
Disfunc. anter. Dispareunia	Sí	2	3	1,41	3	2	-	-0,6	N.S.
	No	5	2,4	1,52	2	1	4		

Tabla 116. Insatisfacción en mujeres en función de dispareunia como disfunción anterior

		n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃	z	p
Disfunc. anter.	Sí	2	4	2,83	4	2	-	-0,8	N.S.
	No	5	2,8	1,64	2	1,5	4,5		

Tabla 117. Evitación en mujeres en función de dispareunia como disfunción anterior

		n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃	z	p
Disfunc. anter.	Sí	2	6	2,83	6	4	-	-1,8	0,07
	No	5	2,4	1,34	3	1	3,5		

Tabla 118. No sensualidad en mujeres en función de dispareunia como disfunción anterior

		n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃	z	p
Disfunc. anter.	Sí	2	6,5	0,71	6,5	6	-	-0,4	N.S.
	No	5	5,8	2,59	6	3,5	8		

Tabla 119. Vaginismo en función de dispareunia como disfunción anterior

		n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃	z	p
Disfunc. anter.	Sí	2	4	4,24	4	1	-	0,0	N.S.
	No	5	2,8	2,39	2	1,5	4,5		

Tabla 120. Anorgasmia en mujeres en función de dispareunia como disfunción anterior

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	z	p
Efec secund. dism. deseo sexual	Sí	6	25,33	5,57	24,5	22,3	29,5	-0,9	N.S.
	No	8	30,46	9,14	29,2	21,8	36,8		
Probl. autosex. dism. impulso sexual	Sí	5	23,6	4,04	24	20,5	26,5	-1,3	N.S.
	No	9	30,85	8,63	33,3	22,5	36,5		

Tabla 121. Puntuación total GRISS en varones en función de: efectos secundarios de la medicación sobre el deseo sexual y problemas de impulso sexual en la autosexualidad

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	z	p
Efec secund. dism. deseo sexual	Sí	6	4,83	2,99	4,5	2,5	7,5	-0,8	N.S.
	No	8	6,13	2,53	6,5	5	8		
Probl. autosex. dism. impulso sexual	Sí	5	4,4	3,13	3	2	7,5	-1,1	N.S.
	No	9	6,22	2,39	7	5	8		

Tabla 122. Infrecuencia en varones en función de: efectos secundarios de la medicación sobre el deseo sexual y problemas de impulso sexual en la autosexualidad

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	z	p
Efec secund. dism. deseo sexual	Sí	2	6	1,41	5	5	6	-0,8	N.S.
	No	5	4,8	2,17	5	3	6,5		

Tabla 123. Infrecuencia en mujeres en función de efectos secundarios de la medicación sobre el deseo sexual

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	z	p
Abusos	Sí	3	23,33	2,08	24	21	-	-1,18	N.S.
	No	11	29,61	8,53	28	24	36		

Tabla 124. Puntuación total GRISS en varones en función de los abusos sexuales

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	z	p
Abusos	Sí	3	3,33	2,52	3	1	-	-0,56	N.S.
	No	11	4,15	1,50	4	3	6		

Tabla 125. Impotencia en función de los abusos sexuales

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	z	p
Abusos	Sí	3	2	1,73	1	1	-	-1,68	0,09
	No	11	3,88	1,93	5	2	5,33		

Tabla 126. No sensualidad en varones en función de los abusos sexuales

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	z	p
Abusos	Sí	3	4	3,61	3	1	-	-0,94	N.S.
	No	11	6	2,45	6	5	8		

Tabla 127. Infrecuencia en varones en función de los abusos sexuales

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	z	p
Abusos	Sí	3	3	1,73	4	1	-	-0,75	N.S.
	No	11	2,09	1,76	1	1	2		

Tabla 128. Evitación en varones en función de los abusos sexuales

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	z	p
Abusos	Sí	1	32	-	-	-	-	-	-
	No	5	28	6,67	26	23	34		

Tabla 129. Puntuación total GRISS en mujeres en función de los abusos sexuales
Desconocido (1)

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	z	p
Abusos	Sí	1	7	-	-	-	-	-	-
	No	5	5	2,12	5	3,5	6,5	-	-

Tabla 130. Infrecuencia en mujeres en función de los abusos sexuales Desconocido (1)

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	z	p
Abusos	Sí	1	4	-	-	-	-	-	-
	No	5	3,4	2,88	3	1	6	-	-

Tabla 131. No sensualidad en mujeres en función de los abusos sexuales Desconocido (1)

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	z	p
Abusos	Sí	1	7	-	-	-	-	-	-
	No	5	2,6	2,5	2	1	4,5	-	-

Tabla 132. Anorgasmia en mujeres en función de los abusos sexuales Desconocido (1)

7.7 ESQUIZOFRENIA Y SEXUALIDAD

7.7.1 Edad de inicio de la enfermedad y sexualidad

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
Solteros	80	20,66	6,36	18	17	21,75
Casad./ divorc./ separ.	22	24,41	5,85	22,5	19,75	28,5

Tabla 133. Edad de inicio de la enfermedad en función del estado civil

$z = -3,27$; $p = 0,001$

Desconocido (1)

	n	r	p
Edad inicio masturbación₁	63	-0,04	N.S.
Edad inicio relac. sex. coitales₂	68	-0,002	N.S.

Tabla 134. Correlación de: edad de inicio de la masturbación y edad de inicio de las relaciones sexuales coitales con la edad de inicio de la enfermedad

¹ Nunca se han masturbado (27). Desconocido (13)

² Nunca han tenido relaciones sexuales coitales (32). Desconocido (3)

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	z	p
Abusos₁	Sí	11	18,82	2,23	18	18	20	-0,68	N.S.
	No	84	21,73	6,81	19	17	25,25		
Violencia sexual₂	Sí	9	19,11	2,52	19	16,5	22	-0,61	N.S.
	No	87	21,63	6,71	19	17	23		

Tabla 135. Edad de inicio de la enfermedad en función de experiencias traumáticas

Desconocido (1:8 ; 2:7)

	n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃
No actualmente	37	23,24	7,74	20	17,5	27,5
Alg. vez año	11	24,27	7,85	20	17	33
Mensual o más	41	18,68	3,64	18	17	19

Tabla 136. Edad de inicio de la enfermedad en función de la frecuencia de masturbación
 $X^2= 10,29$; $p= 0,006$
 Desconocido (14)

	n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃
No últ. 6 meses	78	22,21	6,66	20	17	25,5
Sí últ. 6 meses	21	19,05	4,89	18	16,5	20

Tabla 137. Edad de inicio de la enfermedad en función de la práctica actual del coito
 $z= -2,28$; $p= 0,02$
 Desconocido (4)

		n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃	z	p
Trast. impulso sex. ₁	Sí	5	19	2	18	17,5	21	-0,48	N.S.
	No	78	21,7	6,7	19	17	23		
Trast. excitación ₂	Sí	4	20,5	7,3	18	15,3	28,3	-0,68	N.S.
	No	80	21,5	6,5	19	17	23		
Trast. orgasmo ₃	Sí	3	19	1	19	18	-	-0,12	N.S.
	No	80	21,6	6,6	19	17	23		

Tabla 138. Edad de inicio de la enfermedad en función de disfunciones sexuales anteriores
 Desconocido (1,3:20 ; 2:19)

		n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃	z	p
Dism. impulso sex.	Sí	20	19,7	4,74	18	17,25	20	-0,11	N.S.
	No	47	20,43	6,61	18	17	22		
Dific. excitación	Sí	13	21	5,35	18	17,5	24	-1,02	N.S.
	No	54	20,02	6,28	18	17	21		
Dific. orgasmo	Sí	22	19,14	4,09	18	17	20	-0,36	N.S.
	No	45	20,73	6,84	18	17	22		

Tabla 139. Edad de inicio de la enfermedad en función de la problemática con la autosexualidad
 Nunca se han masturbado (27)
 Desconocido (9)

7.7.2 Funcionamiento sociosexual premórbido y sexualidad

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
Solteros	68	3,93	1,39	4	3	5
Casad./ divorc./ separ.	21	2,71	1,65	3	1	4

Tabla 140. Funcionamiento socio-sexual premórbido función del estado civil

z= -2,96 ; p= 0,003

Interés sólo en el propio sexo (10)

Desconocido (4)

	n	r	p
Edad de inicio rel. sex. coitales	62	0,24	0,03

Tabla 141. Correlación de la edad de inicio de relaciones sexuales coitales con el funcionamiento socio-sexual premórbido

Interés sólo en el propio sexo (10)

Nunca han tenido relaciones sexuales coitales (32)

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
Sí masturbación	54	3,43	1,42	4	2,75	5
Nunca masturbación	24	3,88	1,75	4,5	2,25	5

Tabla 142. Funcionamiento socio-sexual premórbido en función de la masturbación

z= -1,54 ; p= N.S.

Interés sólo en el propio sexo (10)

Desconocido (15)

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
Sin pareja	67	3,73	1,59	4	3	5
Con pareja	21	3,38	1,36	4	2,5	4,5

Tabla 143. Funcionamiento socio-sexual premórbido en función de la relación actual

z= -1,24 ; p= N.S.

Interés sólo en el propio sexo (10)

Desconocido (5)

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
No últ. 6 meses	66	3,67	1,61	4	3	5
Sí últ. 6 meses	20	3,45	1,32	4	2,25	4,75

Tabla 144. Funcionamiento socio-sexual premórbido en función de la práctica actual del coito
 $z = -0,85$; $p = N.S.$
 Interés sólo en el propio sexo (10)
 Desconocido (7)

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	z	p
Trast. impulso sex. ₁	Sí	4	3,25	0,96	3,5	2,25	4	-0,56	N.S.
	No	69	3,49	1,59	4	2	5		
Trast. excitación ₂	Sí	3	4,33	1,16	5	3	-	-1,0	N.S.
	No	71	3,44	1,56	4	2	5		
Trast. orgasmo ₃	Sí	2	3	1,41	3	2	-	-0,55	N.S.
	No	71	3,49	1,57	4	2	5		
Vaginismo ₄	Sí	-	-	-	-	-	-	-	-
	No	41	3,1	1,74	3	1	5		
Dispareunia ₅	Sí	5	3	1,87	4	1	4,5	-0,64	N.S.
	No	68	3,52	1,54	4	2,25	5		
Otras ₆	Sí	5	2,6	1,67	3	1	4	-1,51	N.S.
	No	84	3,7	1,51	4	3	5		

Tabla 145. Funcionamiento socio-sexual premórbido en función de la existencia de disfunciones anteriores
 Interés sólo en el propio sexo (10)
 Desconocido (1,3,5:20 ; 2:19 ; 4:18 ; 6:4)

	n	r	p
GRISS mujeres	7	0,78	0,02

Tabla 146. Correlación del GRISS (mujeres) con el funcionamiento socio-sexual premórbido

	n	r	p
GRISS varones	13	0,23	N.S.

Tabla 147. Correlación del GRISS (varones) con el funcionamiento socio-sexual premórbido
Desconocido (1)

7.7.3 Sintomatología positiva y sexualidad

	n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃
Delirantes	12	14,75	1,91	14,5	13,25	15,75
No delirantes	50	15	4,69	14	13	15,25

Tabla 148. Edad de inicio masturbación en función de delirios sexuales
 $z = -0,63$; $p = N.S.$
Nunca se han masturbado (27)
Desconocido (14)

	Delirantes		No delirantes		Total	
	n	%	n	%	n	%
No actualmente	6	40	31	41,9	37	41,6
Alg. vez año	2	13,3	9	12,2	11	12,4
Mensual o más	7	46,7	34	45,9	41	46,1
Total	15	16,9	74	83,1	89	100

Tabla 149. Frecuencia de masturbación y delirios
 $X^2 = 0,03$; $p = N.S.$
Desconocido (14)

	n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃
Delirantes	15	19,53	3,96	18	17	23
No delirantes	52	21,06	5,63	20,5	18	22,75

Tabla 150. Edad de inicio de relaciones sexuales coitales en función de delirios sexuales
 $z = -0,92$; $p = N.S.$
Nunca han tenido relaciones sexuales coitales (32)
Desconocido (4)

	n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃
No existen	58	20,78	5,43	20	17,75	23
Sí existen	10	20,8	4,69	18,5	17,75	23,25

Tabla 151. Edad de inicio relaciones sexuales en función de la existencia de alucinaciones
 $z = -0,05$; $p = N.S.$
 Nunca han tenido relaciones sexuales coitales (32)
 Desconocido (3)

		Delirantes		No delirantes		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Incesto ₁	Sí	1	5,6	1	1,3	2	2,1	-	N.S.
	No	17	94,4	75	98,7	92	97,9		
Abusos ₂	Sí	4	22,2	7	9,2	11	11,7	2,39	N.S.
	No	14	77,8	69	90,8	83	88,3		
Violencia sexual ₃	Sí	3	16,7	6	7,8	9	9,5	1,34	N.S.
	No	15	83,3	71	92,2	86	90,5		

Tabla 152. Experiencias traumáticas y delirios
 Desconocido (1,2 :9 ; 3:8)

		Existen		No existen		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Incesto ₁	Sí	1	9,1	1	1,2	2	2,1	-	N.S.
	No	10	90,9	84	98,8	94	97,9		
Abusos ₂	Sí	3	27,3	8	9,4	11	11,5	3,06	0,08
	No	8	72,7	77	90,6	85	88,5		
Violencia sexual ₃	Sí	2	18,2	7	8,1	9	9,3	1,17	N.S.
	No	9	81,8	79	91,9	88	90,7		

Tabla 153. Experiencias traumáticas y alucinaciones
 Desconocido (1,2:7 ; 3:6)

	Delirantes		No delirantes		Total	
	n	%	n	%	n	%
Positiva	12	70,6	62	87,3	74	84,1
Negativa	5	29,4	9	12,7	14	15,9
Total	17	19,3	71	80,7	88	100

Tabla 154. Opinión sobre la sexualidad en función de delirios sexuales

$X^2 = 2,87$; $p = 0,09$

Desconocido (15)

	Delirantes		No delirantes		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sin pareja	16	84,2	62	76,5	78	78
Con pareja	3	15,8	19	23,5	22	22
Total	19	19	81	81	100	100

Tabla 155. Relación actual y delirios

$X^2 = 0,53$; $p = N.S.$

Desconocido (3)

	Delirantes		No delirantes		Total	
	n	%	n	%	n	%
No últ. 6 meses	14	77,8	64	80	78	79,6
Sí últ. 6 meses	4	22,2	16	20	20	20,4
Total	18	18,4	80	81,6	98	100

Tabla 156. Práctica actual del coito y delirios

$X^2 = 0,05$; $p = N.S.$

Desconocido (5)

		Delirantes		No delirantes		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Trast. impulso sex. 1	Sí	2	40	3	60	5	6,2	-	N.S.
	No	13	17,1	63	82,9	76	93,8		
Trast. excitación 2	Sí	1	25	3	75	4	4,9	-	N.S.
	No	14	17,9	64	82,1	78	95,1		
Trast. orgasmo 3	Sí	2	66,7	1	33,3	3	3,7	-	0,09
	No	13	16,7	65	83,3	78	96,3		
Dispareunia 4	Sí	1	25	3	75	4	4,9	-	N.S.
	No	14	18,2	63	81,8	77	95,1		

Tabla 157. Disfunciones sexuales anteriores y delirios
Desconocido (1,3,4:22 ; 2:21)

		No existen		Existen		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Trast. impulso sex. 1	Sí	5	6,8	0	0	5	6	-	N.S.
	No	69	93,2	9	100	78	94		
Trast. excitación 2	Sí	4	5,3	0	0	4	4,8	-	N.S.
	No	71	94,7	9	100	80	95,2		
Trast. orgasmo 3	Sí	2	2,7	1	11,1	3	3,6	-	N.S.
	No	72	97,3	8	88,9	80	96,4		
Dispareunia 4	Sí	5	6,8	0	0	5	6	-	N.S.
	No	69	93,2	9	100	78	94		

Tabla 158. Disfunciones sexuales anteriores y alucinaciones
Desconocido (1,3,4:20 ; 2:19)

		Delirantes		No delirantes		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Dism. impul. sex.	Sí	5	50	15	26,8	20	30,3	2,17	N.S.
	No	5	50	41	73,2	46	69,7		
Dific. excitación	Sí	1	10	12	21,4	13	19,7	0,70	N.S.
	No	9	90	44	78,6	53	80,3		
Dific. orgasmo	Sí	5	50	17	30,4	22	33,3	1,47	N.S.
	No	5	50	39	69,6	44	66,7		

Tabla 159. Delirios y problemas con la autosexualidad
Nunca se han masturbado (27)
Desconocido (10)

		No existen		Existen		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Dism. impul. sex.	Sí	18	29	2	40	20	29,9	0,27	N.S.
	No	44	71	3	60	47	70,1		
Dific. excitación	Sí	13	21	0	0	13	19,4	1,30	N.S.
	No	49	79	5	100	54	80,6		
Dific. orgasmo	Sí	20	32,3	2	40	22	32,8	0,13	N.S.
	No	42	67,7	3	60	45	67,2		

Tabla 160. Existencia de alucinaciones y problemas con la autosexualidad
Nunca se han masturbado (27)
Desconocido (9)

7.7.4 Grado de adaptación global y sexualidad

	n	r	p
Edad de inicio rel. sex. coitales	66	0,11	N.S.

Tabla 161. Correlación de la edad de inicio de relaciones sexuales coitales con la adaptación global actual
Nunca han tenido relaciones sexuales coitales (32)
Desconocido (5)

	n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃
Positiva	73	47,18	16,23	45	33	60
Negativa	14	44,21	15,36	42,5	28,75	54,75

Tabla 162. Adaptación global actual en función de la opinión sobre la sexualidad
 $z = -0,57$; $p = N.S.$
 Desconocido (16)

	n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃
No actualmente	38	46,92	14,57	42,5	40	60
Alg. vez año	11	48,18	14,88	45	35	65
Mensual o más	39	48,05	17,4	50	30	61

Tabla 163. Adaptación global actual en función de la frecuencia de masturbación
 $X^2 = 0,06$; $p = N.S.$
 Desconocido (15)

	n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃
Sin pareja	78	44,23	15,4	40	30	54,75
Con pareja	22	55,59	14,07	55	40	66,25

Tabla 164. Adaptación global actual en función de la relación actual
 $z = -3,03$; $p = 0,003$
 Desconocido (3)

	n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃
No últ. 6 meses	77	45,38	15,3	40	30,5	60
Sí últ. 6 meses	21	51,1	16,61	50	37,5	63

Tabla 165. Adaptación global actual en función de la práctica actual del coito
 $z = -1,39$; $p = N.S.$
 Desconocido (5)

		n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃	z	p
Trast. impulso sex. 1	Sí	5	57	17,9	70	37,5	70	-1,14	N.S.
	No	76	47,5	16,2	45	35	60		
Trast. excitación 2	Sí	4	38,8	11,1	40	27,5	48,8	-1,13	N.S.
	No	78	48,3	16,6	47,5	35	60,3		
Trast. orgasmo 3	Sí	3	43,3	23,6	35	25	-	-0,64	N.S.
	No	78	48,3	16,2	47,5	38,8	60		
Dispareunia 4	Sí	4	49	9	47,5	41,3	58,3	-0,29	N.S.
	No	77	48,1	16,7	45	35	60		

Tabla 166. Adaptación global actual en función de disfunciones sexuales anteriores
Desconocido (1,3,4:22 ; 2:21)

		n	\bar{x}	S	Md	Q₁	Q₃	z	p
Dism. deseo sex. 1	Sí	23	48	16,5	50	30	61	-0,66	N.S.
	No	73	45,1	15,7	40	30,5	57,5		
Aum. deseo sex. 2	Sí	1	40	-	40	-	-	-	-
	No	95	45,9	15,9	40	30	60		
Dific. excitación 3	Sí	12	46,3	19,1	37,5	30	67,5	-0,26	N.S.
	No	83	46	15,3	40	35	60		
Dific. orgasmo 4	Sí	16	48	17,6	50	30	61	-0,43	N.S.
	No	80	45,4	15,5	40	32	58,8		

Tabla 167. Adaptación global actual en función de efectos secundarios de la medicación sobre la sexualidad
Desconocido (1,2,4:7 ; 3:8)

		n	\bar{x}	S	Md	Q ₁	Q ₃	z	p
Dism. impulso sex.	Sí	20	46,6	16	45	30	60,8	-0,63	N.S.
	No	45	49,2	16,8	50	35	63		
Dific. excitación	Sí	13	51,2	19,3	51	30	70	-0,58	N.S.
	No	52	47,7	15,9	45	35	60		
Dific. orgasmo	Sí	22	49,1	17,9	50	30	63,3	-0,15	N.S.
	No	43	48,1	16	45	35	60		

Tabla 168. Adaptación global actual en función de problemática con la autosexualidad
Nunca se han masturbado (27)
Desconocido (11)

	n	r	p
No comunicación	7	-0,71	0,04
Anorgasmia	7	-0,24	N.S.

Tabla 169. Correlación de las subescalas: no comunicación y anorgasmia con la adaptación global actual
(Sólo en mujeres que contestan GRISS)

7.7.5 Situación de ingreso y sexualidad

	Ambulatorio / Hosp. día		Corta-Media estancia		Larga estancia		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
No actualmente	7	24,1	0	0	29	56,9	36	41,4
Alg. vez año	3	10,3	0	0	7	13,7	10	11,5
Mensual o más	19	65,5	7	100	15	29,4	41	47,1
Total	29	33,3	7	8	51	58,6	87	100

Tabla 170. Frecuencia de masturbación en función de la situación actual
 $X^2 = 18,62$; $p = 0,0009$
Desconocido (16)

	Ambulatorio / Hosp. día		Corta-Media estancia		Larga estancia		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sin pareja	15	50	3	50	57	91,9	75	76,5
Con pareja	15	50	3	50	5	8,1	23	23,5
Total	30	30,6	6	6,1	62	63,3	98	100

Tabla 171. Relación actual en función de la situación actual
 $X^2= 22,30$; $p=0,00001$
Desconocido (5)

	Ambulatorio / Hosp. día		Corta-Media estancia		Larga estancia		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
No últ. 6 meses	15	50	3	42,9	57	96,6	75	78,1
Sí últ. 6 meses	15	50	4	57,1	2	3,4	21	21,9
Total	30	31,3	7	7,3	59	61,5	96	100

Tabla 172. Práctica actual del coito en función de la situación actual
 $X^2= 30,78$; $p<0,00001$
Desconocido (7)

7.7.6 Consumo de tóxicos, fármacos y sexualidad

	No actualmente		Alg. vez año		Mensual o más		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sí consume	0	0	0	0	7	100	7	8,0
No consume	37	45,7	11	13,6	33	40,7	81	92,0
Total	37	42,0	11	12,5	40	45,5	88	100

Tabla 173. Consumo de cannabis y frecuencia de masturbación
 $X^2= 9,13$; $p= 0,01$
Desconocido (15)

	Sin pareja		Con pareja		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí consume	3	42,9	4	57,1	7	7
No consume	74	79,6	19	20,4	93	93
Total	77	77	23	23	100	100

Tabla 174. Consumo de cannabis y relación actual
 $X^2= 4,96$; $p= 0,03$
Desconocido (3)

	No últ. 6 meses		Sí últ. 6 meses		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí consume	2	28,6	5	71,4	7	7,1
No consume	75	82,4	16	17,6	91	92,9
Total	77	78,6	21	21,4	98	100

Tabla 175. Consumo de cannabis en función de la práctica actual del coito
 $X^2= 11,19$; $p= 0,0008$
Desconocido (5)

		Sí consume		No consume		Total		X^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Trast. impulso sex.₁	Sí	2	11,8	2	3,2	4	5	-	N.S.
	No	15	88,2	61	96,8	76	95		
Trast. excitación₂	Sí	3	17,6	1	1,6	4	4,9	-	0,03
	No	14	82,4	63	98,4	77	95,1		
Trast. orgasmo₃	Sí	1	5,9	2	3,2	3	3,8	-	N.S.
	No	16	94,1	61	96,8	77	96,3		
Dispareunia₄	Sí	2	11,8	3	4,8	5	6,3	1,12	N.S.
	No	15	88,2	60	95,2	75	93,8		

Tabla 176. Consumo de alcohol y disfunciones sexuales anteriores
Desconocido (1,3,4;23 ; 2:22)

	No últ. 6 meses		Sí últ. 6 meses		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí consume	12	63,2	7	36,8	19	19,4
No consume	65	82,3	14	17,7	79	80,6
Total	77	78,6	21	21,4	98	100

Tabla 177. Consumo de alcohol y práctica actual del coito

$X^2 = 3,33$; $p = 0,07$

Desconocido (5)

		Sí		No		Total		X^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Dism. deseo sex. ₁	Sí	12	27,3	11	20,4	23	23,5	0,6	N.S.
	No	32	72,7	43	79,6	75	76,5		
Dific. excitación ₂	Sí	4	9,3	8	14,8	12	12,4	0,7	N.S.
	No	39	90,7	46	85,2	85	87,6		
Dific. orgasmo ₃	Sí	9	20,5	7	13	16	16,3	1,0	N.S.
	No	35	79,5	47	87	82	83,7		

Tabla 178. Pacientes en tratamiento con Haloperidol y efectos secundarios de la medicación sobre la sexualidad

Desconocido (1,3;5 ; 2:6)

		Sí		No		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Dism. deseo sex. 1	Sí	8	22,9	15	23,8	23	23,5	0,0	N.S.
	No	27	77,1	48	76,2	75	76,5		
Dific. excitación 2	Sí	5	14,3	7	11,3	12	12,4	0,2	N.S.
	No	30	85,7	55	88,7	85	87,6		
Dific. orgasmo 3	Sí	6	17,1	10	15,9	16	16,3	0,0	N.S.
	No	29	82,9	53	84,1	82	83,7		

Tabla 179. Pacientes en tratamiento con Tioridazina y efectos secundarios de la medicación sobre la sexualidad
Desconocido (1,3:5 ; 2:6)

		Sí		No		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Dism. deseo sex. 1	Sí	7	20,6	16	25	23	23,5	0,2	N.S.
	No	27	79,4	48	75	75	76,5		
Dific. excitación 2	Sí	3	8,8	9	14,3	12	12,4	0,6	N.S.
	No	31	91,2	54	85,7	85	87,6		
Dific. orgasmo 3	Sí	6	17,6	10	15,6	16	16,3	0,1	N.S.
	No	28	82,4	54	84,4	82	83,7		

Tabla 180. Pacientes en tratamiento con Levomepromazina y efectos secundarios de la medicación sobre la sexualidad
Desconocido (1,3:5 ; 2:6)

		Sí		No		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Dism. deseo sex. ₁	Sí	6	22,2	17	23,9	23	23,5	0,0	N.S.
	No	21	77,8	54	76,1	75	76,5		
Dific. excitación ₂	Sí	2	7,7	10	14,1	12	12,4	0,7	N.S.
	No	24	92,3	61	85,9	85	87,6		
Dific. orgasmo ₃	Sí	2	7,4	14	19,7	16	16,3	2,2	N.S.
	No	25	92,6	57	80,3	82	83,7		

Tabla 181. Pacientes en tratamiento con Flufenazina y efectos secundarios de la medicación sobre la sexualidad
Desconocido (1,3:5 ; 2:6)

		En Tto.		Sin Tto.		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Dism. deseo sexual ₁	Sí	5	62,5	18	20	23	23,5	7,39	0,007
	No	3	37,5	72	80	75	76,5		
Dific. excitación ₂	Sí	3	37,5	9	10,1	12	12,4	5,08	0,02
	No	5	62,5	80	89,9	85	87,6		
Dific. orgasmo ₃	Sí	5	62,5	11	12,2	16	16,3	13,6	0,0002
	No	3	37,5	79	87,8	82	83,7		

Tabla 182. Tratamiento con antidepresivos y presencia de efectos secundarios de la medicación sobre la sexualidad
Desconocido (1,3:5 ; 2:6)

		En Tto.		Sin Tto.		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Dism. impulso sex. ₁	Sí	4	57,1	16	26,7	20	29,9	2,8	0,09
	No	3	42,9	44	73,3	47	70,1		
Dific. excitación ₂	Sí	3	42,9	10	16,7	13	19,4	2,8	0,097
	No	4	57,1	50	83,3	54	80,6		
Dific. orgasmo ₃	Sí	5	71,4	17	28,3	22	32,8	5,3	0,02
	No	2	28,6	43	71,7	45	67,2		
Otros	Sí	1	14,3	1	1,4	2	2,6	-	N.S.
	No	6	85,7	68	98,6	74	97,4		

Tabla 183. Tratamiento con antidepresivos y problemática con la autosexualidad Desconocido (1,2,3:9)

		En Tto.		Sin Tto.		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Trast. impulso sex. ₁	Sí	1	14,3	4	5,3	5	6	-	N.S.
	No	6	85,7	72	94,7	78	94		
Trast. excitación ₂	Sí	2	28,6	2	2,6	4	4,8	-	0,03
	No	5	71,4	75	97,4	80	95,2		
Trast. orgasmo ₃	Sí	1	14,3	2	2,6	3	3,6	-	N.S.
	No	6	85,7	74	97,4	80	96,4		

Tabla 184. Tratamiento con antidepresivos y disfunciones sexuales anteriores Desconocido (1,3:20 ; 2:19)

	No actualmente		Alg. vez año		Mensual o más		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
En Tto.	4	44,4	0	0	5	55,6	9	10,0
Sin Tto.	34	42,0	11	13,6	36	44,4	81	90,0
Total	38	42,2	11	12,2	41	45,6	90	100

Tabla 185. Tratamiento con antidepresivos y frecuencia de masturbación
 $X^2= 1,45$; $p= N.S.$
Desconocido (13)

	Sin pareja		Con pareja		Total	
	n	%	n	%	n	%
En Tto.	6	66,7	3	33,3	9	8,8
Sin Tto.	73	78,5	20	21,5	93	91,2
Total	79	77,5	23	22,5	102	100

Tabla 186. Tratamiento con antidepresivos y relación actual
 $X^2= 0,66$; $p= N.S.$
Desconocido (1)

	No últ. 6 meses		Sí últ. 6 meses		Total	
	n	%	n	%	n	%
En Tto.	7	77,8	2	22,2	9	9
Sin Tto.	72	79,1	19	20,9	91	91
Total	79	79	21	21	100	100

Tabla 187. Tratamiento con antidepresivos y práctica actual del coito
 $X^2= 0,009$; $p= N.S.$
Desconocido (3)

		En Tto.		Sin Tto.		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Dism. deseo sexual ₁	Sí	3	50	20	21,7	23	23,5	2,51	N.S.
	No	3	50	72	78,3	75	76,5		
Dific. excitación ₂	Sí	1	16,7	11	12,1	12	12,4	-	N.S.
	No	5	83,3	80	87,9	85	87,6		
Dific. orgasmo ₃	Sí	1	16,7	15	16,3	16	16,3	0,0005	N.S.
	No	5	83,3	77	83,7	82	83,7		

Tabla 188. Tratamiento con litio y presencia de efectos secundarios de la medicación
Desconocido (1,3:5 ; 2:6)

		En Tto.		Sin Tto.		Total		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Dism. impulso sex.	Sí	1	20	19	30,6	20	29,9	0,25	N.S.
	No	4	80	43	69,4	47	70,1		
Dific. excitación	Sí	0	0	13	21	13	19,4	1,30	N.S.
	No	5	100	49	79	54	80,6		
Dific. orgasmo	Sí	3	60	19	30,6	22	32,8	1,81	N.S.
	No	2	40	43	69,4	45	67,2		

Tabla 189. Tratamiento con litio y problemática con la autosexualidad
Nunca se han masturbado (27)
Desconocido (9)

	No actualmente		Alg. vez año		Mensual o más		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
En Tto.	1	20	1	20	3	60	5	5,6
Sin Tto.	37	43,5	10	11,8	38	44,7	85	94,4
Total	38	42,2	11	12,2	41	45,6	90	100

Tabla 190. Tratamiento con litio y frecuencia de masturbación
 $X^2 = 1,12$; $p = N.S.$
Desconocido (13)

	Sin pareja		Con pareja		Total	
	n	%	n	%	n	%
En Tto.	2	33,3	4	66,7	6	5,9
Sin Tto.	77	80,2	19	19,8	96	94,1
Total	79	77,5	23	22,5	102	100

Tabla 191. Tratamiento con litio y relación actual
 $X^2 = 7,11$; $p = 0,008$
Desconocido (1)

	No últ. 6 meses		Sí últ. 6 meses		Total	
	n	%	n	%	n	%
En Tto.	4	66,7	2	33,3	6	6
Sin Tto.	75	79,8	19	20,2	94	94
Total	79	79	21	21	100	100

Tabla 192. Tratamiento con litio y práctica actual del coito
 $X^2 = 0,59$; $p = N. S$
Desconocido (3)