



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

8 DISCUSIÓN

Los datos descriptivos ponen de manifiesto una muestra bastante heterogénea en todos los aspectos analizados. Esta heterogeneidad, por una parte, aumenta la representatividad de la muestra en cuanto a los diversos tipos y manifestaciones de la enfermedad, aunque, por otra, le resta potencia estadística al quedar algunos subgrupos reducidos a pocos individuos.

8.1 ASPECTOS SOCIOANAGRÁFICOS

La proporción entre hombres y mujeres se halla algo inclinada hacia el sexo femenino, teniendo en cuenta que la prevalencia de esquizofrenia tratada es superior para los varones que para las mujeres (43). Sin embargo, según Lehman y Cancro (43), esta distinta prevalencia parece resultar casi exclusivamente de las diferencias anteriores a los 35 años. Dado que el 63% de la muestra es de una edad superior, es posible que quede, al menos en parte, eliminado este contraste.

De las cinco fuentes de procedencia de los pacientes, cuatro constituyen recursos públicos (los dos hospitales de S. Boi, el ambulatorio del Clínico y el Instituto Frenopático, que lo era en el momento del trabajo de campo). Ello ha condicionado, indudablemente, algunas de las características sociodemográficas de la muestra: una zona de procedencia urbana mayoritariamente, un bajo nivel de estudios y un bajo nivel socioeconómico.

Los otros datos socioanagráficos son los esperables, según la literatura existente

(133)(92)(97) en una muestra de pacientes esquizofrénicos: elevada proporción de soltería, baja fertilidad y alto porcentaje de inactividad laboral. Destaca el mayor porcentaje de matrimonio entre las mujeres, dato que coincide con la mayoría de estudios revisados (113)(117).

En el aspecto de las creencias religiosas, con casi la mitad (46,6%) de la muestra que se declara creyente practicante, debe destacarse la presencia de órdenes religiosas en tres de los recursos asistenciales analizados: los dos hospitales de S. Boi y el Instituto Frenopático, aunque en este último las religiosas habían abandonado el Centro un tiempo antes de la recogida de datos. Estos tres hospitales son la fuente de procedencia del 70,9% de los pacientes, por lo que es probable la influencia de este hecho en la práctica religiosa de la muestra.

8.2 ASPECTOS MÉDICO-PSIQUIÁTRICOS

Aunque el diagnóstico de los distintos subtipos de esquizofrenia presenta una baja validez y fiabilidad (7), se consideró importante su consignación. La esquizofrenia paranoide es el subtipo predominante de la muestra (61,2%), en coincidencia con la mayor parte de estudios revisados (el más reciente en nuestro medio es el de Merino y García (103), que hallan un 60% de esquizofrenias paranoides).

Dado el tipo de recurso asistencial analizado, una amplia mayoría de pacientes presenta un curso crónico (78,6%) y se halla en una situación de ingreso de larga estancia (60,2%).

8.2.1 Edad de inicio de la enfermedad

Tanto la edad de inicio de la enfermedad como las diferencias por sexo, se sitúan en correspondencia con los datos existentes en la literatura (49)(113)(115). En el 70,9% de los pacientes, la enfermedad se inició entre los 15 y los 25 años y, en promedio, las mujeres iniciaron su enfermedad 3,7 años más tarde que los varones, lo que obtuvo una alta significación estadística.

Algunos estudios asocian una edad de inicio de la enfermedad más precoz con un peor pronóstico (8)(49)(137), aunque ponen en tela de juicio hasta qué punto el factor responsable es la edad de inicio por sí misma o son las diferencias intersexuales, que también conllevan, como hemos visto, una diferencia en la edad de inicio, las responsables de este peor pronóstico. Esta asociación únicamente se hace patente en nuestra muestra en la relación obtenida entre la edad de inicio de la enfermedad, el estado civil (revisado en 8.4.2) y la situación de ingreso, de modo que los pacientes ambulatorios son los que presentan una edad de inicio más tardía. Sin embargo, los pacientes de larga estancia -teóricamente los más deteriorados- presentan una edad de inicio más elevada que los de corta y media estancia. Ello puede ser debido a que cuando estos pacientes, que son de más edad que el resto de la muestra, sufrieron sus primeros brotes, fuera más frecuente que en la actualidad plantear un ingreso de larga estancia. También es probable que pueda existir un sesgo en este dato, de modo que, con el paso del tiempo, la exactitud de la fecha de inicio de la enfermedad quede peor reflejada en las historias clínicas.

8.2.2 Funcionamiento sociosexual premórbido

La puntuación en la escala de funcionamiento sociosexual premórbido obtiene una mediana de 4, correspondiente al ítem "contactos ocasionales con parejas, con o sin juego o relación sexual" y una media de 3,6. Esta puntuación media es ligeramente peor que la obtenida por la muestra de 69 esquizofrénicos crónicos de Keefe et al. (138), que fue de 3 y se corresponde exactamente con la obtenida por Kelley et al. (140) con una muestra de 12 pacientes con síntomas negativos. Este mismo autor obtuvo, con una muestra de pacientes con síntomas mixtos (positivos y negativos) una puntuación media de 2,8. No tenemos datos comparables en estudios realizados en nuestro medio.

La diferencia entre sexos fue la esperable según la literatura (113)(117)(126), con una peor puntuación para los varones (4) que para las mujeres (3,4), diferencia que muestra una marcada asociación, aunque no alcanza significación estadística.

Aunque, en nuestra muestra, el funcionamiento sociosexual premórbido tiende a ser mejor en los pacientes con pareja estable, como comentaremos más adelante, no se asocia con un tipo determinado de esquizofrenia, con la edad de inicio de la enfermedad ni con la adaptación global posterior, valorada tanto a través del GAF como de la existencia de algún tipo de relación de pareja. Únicamente muestra una asociación sin significación estadística con la situación actual, de modo que los pacientes de corta y media estancia refieren un mejor funcionamiento sociosexual premórbido que

los de larga estancia y que los pacientes ambulatorios, posiblemente por ser pacientes con síntomas positivos que precipitan el ingreso y que presentan pocos síntomas negativos entre brotes. De hecho, la asociación entre buen FSP y menor presencia de síntomas negativos se halla de forma consistente en la bibliografía (44)(140). En nuestro estudio la diferencia apunta en este sentido pero no alcanza significación.

Por otra parte, la relación entre el funcionamiento premórbido y variables como peor pronóstico y peor adaptación social posterior ha sido propugnada por numerosos estudios (126)(137)(138)(140), pero, tal como afirman estos mismos autores (137), no ha sido demostrada en otros. De hecho, los trabajos que establecen esta relación, lo hacen con serias discrepancias: Bromet et al. (137) hallan que la relación entre estas variables es mucho más consistente cuando se refiere a pronóstico a corto plazo y pierde potencia cuando las variables reflejan un período de seguimiento más prolongado (esto podría haber influido en la falta de correlación de nuestra muestra). Lewine et al. (130) confirman la asociación entre pacientes masculinos, pero no en los femeninos. Keefe et al. (138) correlacionan el FSP con "un peor funcionamiento social y ocupacional actual", pero no con otros parámetros indicativos del pronóstico como el número de hospitalizaciones, el tiempo total en hospitales o la respuesta al tratamiento. Finalmente, Small et al. (130) llaman la atención sobre la escasa validez de los datos recogidos sobre la etapa premórbida.

Con todo ello, los datos sobre el valor pronóstico del funcionamiento sociosexual premórbido, tanto en nuestro estudio, como

en otros anteriores, deben ser tomados con cautela.

8.2.3 Grado de adaptación global

El grado de adaptación global aparece, para el conjunto de la muestra, bastante bajo. La puntuación media se halla en 46,5 y la mediana en 41, que se halla al inicio del intervalo que refleja "síntomas graves o deterioro grave en la actividad social, laboral o escolar".

Aunque en nuestro estudio se ha intentado adoptar la adaptación global del individuo como un índice de su funcionamiento social, los resultados muestran, como comentaremos seguidamente, que ambas medidas no son exactamente superponibles.

Las diferencias por sexos en cuanto a adaptación global no son significativas, a pesar del peor funcionamiento premórbido de los varones (ya hemos comentado el escaso valor predictivo en este sentido) y de que numerosos estudios abogan por una peor adaptación social en el sexo masculino (8)(113)(117).

Tampoco se halla una correlación entre la edad de inicio de la enfermedad, la edad actual, el estado civil, el nivel socioeconómico, el nivel de estudios y el tipo de esquizofrenia con la adaptación global posterior.

Desgraciadamente, no poseemos datos para comparar resultados con otra muestra similar que utilice la misma escala (GAF). Se hacen evidentes, sin embargo, dos puntos importantes:

1. La falta de definición de criterios en algunos de los aspectos estudiados, como el "peor pronóstico" -que según cada estudio puede referirse a más síntomas positivos, más síntomas negativos, mayor número o duración de las hospitalizaciones, peor respuesta a la medicación o más disfunción social- y la misma "adaptación social", que es medida por cada autor de forma distinta, incluyendo factores tan diversos como la vida indigente, el abuso de alcohol, los frecuentes cambios de trabajo, la conducta delictiva o la menor "emisión de conductas sociales" (117).

2. La escala GAF resulta, aparentemente, demasiado abstracta para valorar estos aspectos y, en cambio, valora en demasía aspectos psicopatológicos que otros autores no incluyen en sus medidas, posiblemente porque, al medir la adaptación global del individuo, no evalúa tan ajustadamente el funcionamiento social.

Este excesivo peso de la psicopatología positiva en la puntuación de la escala GAF se hace patente en el hecho de que los pacientes delirantes obtienen un GAF mucho peor que los pacientes no delirantes, cuando lo esperable sería que los pacientes con predominio de sintomatología positiva presentaran una mejor adaptación social si la midiéramos en otros términos.

De hecho, no está aclarado si está más desadaptado un paciente delirante con buen contacto social, o un paciente retraído socialmente pero con mayor contacto con la realidad pero, a la vista de los resultados, únicamente podemos afirmar que en nuestra muestra una menor edad de inicio de la enfermedad, o un peor funcionamiento social premórbido, no se han asociado con una peor puntuación en la escala GAF.

8.2.4 Sintomatología positiva

La prevalencia de los delirios y trastornos sensorceptivos de contenido sexual es algo más baja que la citada en estudios similares (ver apartado 3.7), aunque, realmente, la comparación resulta poco válida por las importantes diferencias metodológicas. Algunos de los estudios que aportan la prevalencia de los delirios y alucinaciones sexuales tienen 30 ó más años de antigüedad, con lo que es posible que los pacientes se hallen actualmente más compensados en su sintomatología positiva. También es probable que una baja prevalencia de delirios y alucinaciones venga condicionada, en nuestra muestra por una edad relativamente elevada y el hecho de que, a mayor edad, los síntomas positivos se hacen menos evidentes y toman más importancia los negativos (49)(47). En nuestra muestra, esta diferencia se aprecia en la presencia de alucinaciones auditivas y visuales, más frecuentes en individuos más jóvenes, aunque la diferencia no alcanza significación estadística.

En nuestro estudio no se hallan diferencias por sexo, aunque algunos trabajos (155)(118) refieren un predominio de la sintomatología positiva de contenido sexual en mujeres y otros (143) en hombres. Debemos comentar que la sintomatología positiva en general se asocia más frecuentemente al sexo femenino (113), aunque es posible que existan diferencias en esta apreciación cuando se valora únicamente el contenido sexual.

Tal como es esperable (151), los delirios y las alucinaciones sexuales se asocian significativamente, posiblemente por darse ambos cuadros en pacientes más

productivos, ya que no parece que los delirios sean consecuencia de las alucinaciones (151).

Tanto los delirios como las alucinaciones sexuales, se presentan con mayor frecuencia en la esquizofrenia paranoide, lo cual es esperable dado que, por definición (1), es el subtipo de esquizofrenia en que más predomina la sintomatología productiva.

Resulta, cuando menos, curiosa, la mayor presencia de delirios sexuales entre los pacientes no creyentes o no practicantes. Es probable que en éstos la temática sexual se halle más viva que entre los creyentes practicantes, aunque también es posible que un paciente con vivos sentimientos religiosos rechace más activamente o prefiera no referir una idea delirante sexual.

8.2.5 Síndrome de Clérambault

El síndrome de Clérambault se halla presente en el 4,9% de los pacientes. No tenemos datos comparativos ya que todos los trabajos que revisan este tema se basan en comunicaciones de casos y no en estudios de prevalencia.

A pesar de ser un cuadro típicamente descrito en mujeres, en nuestra muestra se presenta en los dos sexos. El perfil del paciente con Clérambault se asocia, en nuestro estudio, a un bajo nivel de estudios (con lo que adquiere más importancia la relevancia social del objeto amoroso), orientación "exclusivamente heterosexual", sin ningún tipo de pareja, con peor adaptación social y con delirios sexuales, lo que apoyaría la idea, expresada por algunos autores (159) de que el síndrome de

Clérambault es una forma delirante dentro de la esquizofrenia.

8.2.6 Historia médica

En cuanto a la historia médica, es alto el porcentaje de pacientes que refiere no haber padecido ninguna enfermedad en los últimos seis meses (83,5%). Dado que sólo un 1% refiere alguna enfermedad o cirugía que pueda afectar a la sexualidad podemos considerar que éste no es un factor influyente a la hora de valorar la función sexual de la muestra.

El consumo de tóxicos es de cierta importancia, dado que se trata de pacientes polimedicados con psicotropos, en el caso del alcohol, con un 18,4% de pacientes que declara consumirlo. Un 7,8% de pacientes toma sustancias que pueden exacerbar los síntomas psicóticos (cannabis, cocaína o alucinógenos), lo cual es un dato a tener en cuenta a la hora de aconsejar a pacientes esquizofrénicos. Aún así, estos porcentajes son más bajos que los hallados en algunos estudios (114)(220),

Al igual que en los trabajos citados, el consumo de tóxicos en nuestra muestra es más frecuente en pacientes de sexo masculino y jóvenes.

Los datos referentes al tratamiento farmacológico son los esperables para una muestra de estas características, destacando el uso de los neurolépticos tradicionales y el elevado porcentaje de pacientes polimedicados (80,6%).

Es destacable que los pacientes en tratamiento con litio obtienen un mejor GAF

que el resto de la muestra, posiblemente debido a que se trata de pacientes con un componente afectivo en la enfermedad que, de acuerdo con la literatura (228), presentan un mejor pronóstico.

8.3 SEXUALIDAD EN LA ESQUIZOFRENIA

8.3.1 Práctica de la masturbación

Tanto la edad de inicio de la masturbación, como las diferencias halladas por sexo, coinciden con los resultados de otros estudios llevados a cabo tanto con pacientes como con población general. Verhulst (96) aporta unas edades de entre 12 y 15 años para los hombres y de 20 para las mujeres; Friedman (107), de 18 años para las mujeres, Rodríguez de Molina (99), de 11,6 años para los hombres y 16,8 para las mujeres y Malo de Molina (229), en un estudio sobre población general española, señala un intervalo de 10 a 15 años para los hombres y de 13 a 18 para las mujeres.

En nuestra muestra, habían practicado la masturbación el 97,7% de los hombres (90,8% en la encuesta a universitarios de Malo de Molina), por sólo el 44,7% de mujeres (60,6% en la encuesta a universitarios). Las diferencias entre los dos estudios son de difícil interpretación, dadas las distintas características de la muestra. En el relativamente bajo índice de masturbación femenina posiblemente influyen una serie de factores que, en las encuestas de población general, parecen también incidir de forma importante: la elevada edad, el bajo nivel socio-cultural y las creencias religiosas (109)(229). En nuestra muestra las diferencias que comportan estos aspectos

quedan fielmente reflejadas, tanto en la edad de inicio de la masturbación, como, principalmente, en la frecuencia de su práctica. En cuanto a esta última, las diferencias por sexo, por edad, por nivel socioeconómico y por creencias religiosas obtienen una elevada significación estadística.

Un 76,7% de todos los hombres del conjunto de nuestra muestra se masturban con una frecuencia igual o superior a la mensual y un 17% de las mujeres mantiene también esta frecuencia. En el estudio de Malo de Molina (229) se masturban actualmente el 53,4% de los hombres y el 32% de las mujeres. De éstos, el 66% de los hombres y el 64,3% de las mujeres mantiene una frecuencia igual o superior a la mensual. Si extrapolamos este porcentaje al conjunto de la muestra obtenemos unos porcentajes del 35,2% de hombres y del 20,5% de mujeres, en población general, que mantienen esta frecuencia. Ello significa que los pacientes de nuestro estudio se masturban con una frecuencia superior a la de la población general, lo que coincide con numerosos estudios revisados (136)(99)(103) y que ha llevado a algún autor (96) a afirmar que "este dato puede ser considerado en contradicción con la hipótesis de una inhibición estructural de la sexualidad en los esquizofrénicos".

Un factor a tener en cuenta en la mayor frecuencia de masturbación es la disposición o no de pareja, citado por Labrador (109) como uno de los aspectos que influyen sobre la frecuencia de masturbación. Dado que un alto porcentaje (72,1%) de los hombres de nuestra muestra se halla sin pareja, la comparación correcta de la frecuencia masturbatoria debería hacerse con una muestra similar en este sentido, antes de

atribuir la mayor frecuencia de masturbación a los posibles efectos de la enfermedad.

Resulta de interés la relación encontrada en nuestro estudio entre la edad de inicio de la masturbación y la frecuencia de su práctica. Ello iría a favor de la existencia de unas diferencias individuales en cuanto a impulso sexual (sea por factores biológicos, psicológicos o ambos), que se mantendrían a lo largo de la vida del individuo, independientemente de los efectos de la enfermedad o la medicación.

8.3.2 Práctica del coito

La edad de inicio de las relaciones sexuales coitales es similar a la comunicada en otros estudios con pacientes esquizofrénicos (99) (132) y en algunos estudios de población general (en el de Malo de Molina la mediana se halla en el intervalo de 19 a 21 años), pero es algo más elevada que la referida en estudios sobre muestras de otros países (109). En algunos estudios (99) se refiere una mayor precocidad para los hombres, aunque este dato no ha sido replicado en nuestra muestra. Las otras diferencias halladas, según la edad actual, la zona de procedencia y las creencias religiosas, se corresponden con los resultados en estudios sobre población general (229).

En cuanto al hecho de haber experimentado relaciones sexuales coitales en alguna ocasión, las habían mantenido el 79,5% de los hombres de nuestra muestra, contra el 58,9% de las mujeres. Estas cifras son ligeramente más elevadas que las comunicadas en estudios con pacientes (62,9% y 50% respectivamente en el de Rodríguez de Molina), pero marcadamente inferiores a las

de población general (92,9% y 88% en el de Malo de Molina). Es evidente que en este aspecto influyen los déficits sociales que comporta la enfermedad esquizofrénica.

Estas mismas diferencias, tal vez más acusadas, se reflejan en la frecuencia actual de coito, que es llevado a cabo, en el momento del estudio, por el 20,4% de la muestra: el 31,8% de los hombres y el 12,5% de las mujeres. La baja frecuencia de relaciones coitales en comparación con la población general (en el estudio de Malo de Molina, el 68,7% de varones y el 64,2% de mujeres mantenían relaciones en el momento de la encuesta) es comunicado por prácticamente todos los trabajos revisados (ver apartados 3.5.1 y 3.5.2 de la revisión).

Al igual que en el caso de la masturbación, aquí deben valorarse no sólo los efectos de la disfunción social, sino también la situación de ingreso de muchos pacientes que, como veremos posteriormente, es un factor determinante en cuanto a práctica del coito.

Otros factores asociados significativamente con el hecho de practicar el coito son una menor edad de inicio de la masturbación y de las mismas relaciones coitales, lo que apoya, como hemos dicho, un mantenimiento, a lo largo del ciclo vital, de las características sexuales primarias del individuo.

8.3.3 Experiencias sexuales traumáticas

Un aspecto importante en la historia sexual de los pacientes esquizofrénicos es la alta incidencia de experiencias sexuales traumáticas, mucho mayor que la hallada en población general, según los estudios revisados: Verhulst (96) y Friedman (107).

aunque con muestras muy reducidas y sólo de pacientes femeninas, comunican un 49,9% y un 60% respectivamente. Rodríguez de Molina (99) refiere un 29,7% en hombres y un 37,5% en mujeres. En nuestra muestra, las experiencias traumáticas en general son referidas por el 21,3% de pacientes, porcentaje marcadamente inferior a los referidos en los estudios citados. Si tomamos únicamente el grupo de mujeres, un 16,7% refieren haber sufrido violencia sexual, porcentaje ligeramente superior al 11% aportado por Echeburúa (230), sobre una muestra de mujeres españolas. El estudio de Malo de Molina (229) sobre población general comunica un 9,7% en hombres y un 5% en mujeres refiriéndose únicamente al incesto. En nuestra muestra refiere incesto un porcentaje mucho menor, el 1,9%. En conjunto, nuestros datos no replican el alto índice de experiencias traumáticas comunicado por otros autores.

Es remarcable el hecho de que la violencia sexual únicamente afectara a mujeres, mientras que los abusos sexuales, algo que a penas se tiene en cuenta en la sexualidad masculina, son referidos prácticamente por igual en ambos sexos.

8.3.4 Opinión sobre la sexualidad

La opinión general sobre la sexualidad es positiva para una mayoría (72,8%) de la muestra, manteniendo una opinión mucho más favorable los hombres que las mujeres. Este dato resulta difícilmente comparable, ya que muchos estudios evalúan únicamente la satisfacción sexual, mientras que la opinión valora no sólo la satisfacción propia, sino también la actitud hacia la satisfacción de los demás. Por ello, las cifras de nuestro estudio

son más elevadas que las halladas en población general. Posiblemente en la opinión más frecuentemente favorable de los hombres pesa la presión social, dirigida hacia el mito de que "un hombre siempre está dispuesto para el sexo". Esta distinta valoración social podría explicar las diferencias intersexuales.

Tal como es esperable, una mejor opinión sobre la sexualidad se asocia a la práctica de la masturbación y del coito y a la existencia de algún tipo de relación de pareja.

Aunque la opinión sobre la sexualidad es más desfavorable entre los que han sido víctimas de violencia sexual, es destacable que una historia de abusos sexuales no se asocie con una peor opinión sobre la sexualidad. Aunque pocos estudios contrastan estos dos aspectos, este dato está, tal vez, en relación con lo comunicado por Friedman, cuyas pacientes se autoatribuían la responsabilidad de los abusos sufridos. Es posible que la vivencia de los abusos sexuales por parte de los pacientes esquizofrénicos comporte menos carga negativa o sea interpretado de forma distinta a como lo hace la población normal. En nuestra muestra, esto vendría apoyado por el hecho de que la práctica del coito es más frecuente entre quienes han sufrido abusos sexuales que en el resto de la muestra.

8.3.5 Orientación sexual

Sólo un 1% de la muestra se declara predominantemente homosexual, sin existir diferencias por sexo. Uno de los dos estudios comparables (99) halla porcentajes más elevados (11,1% en hombres y 5,5% en mujeres), mientras que el otro (114) halla un

0% en cuanto a orientación homosexual, aunque refiere un 22% de pacientes con conductas homosexuales. Otros estudios no son comparables ya que valoran conducta sexual o preocupaciones homosexuales y no la orientación sexual autoatribuida por el propio paciente, que es lo que se mide en nuestro estudio. Nuestro porcentaje es incluso inferior al referido en población general por Malo de Molina (229), que es del 2,8% para hombres y del 1,4% para mujeres, o al referido por Vázquez (231), que lo sitúa entre el 1% y el 5%.

Debemos reseñar que no se halla, en nuestra muestra, una asociación significativa en cuanto a orientación sexual y tipo de esquizofrenia, con lo que no obtiene apoyo la hipótesis (150) de que en la esquizofrenia paranoide se hallarían más tendencias homosexuales.

8.3.6 Relaciones de pareja

Sólo mantiene algún tipo de relación de pareja el 22,3% de la muestra. En otros estudios la cuestión de pareja se plantea como convivencia, por lo que no son exactamente comparables, aunque como orientación citaremos el 10% referido por Merino (103) o el 31,1% comunicado por Teusch (153). En población general (229) un 63,5% de los encuestados afirman vivir con su pareja, lo que significa que un porcentaje mucho mayor mantienen algún tipo de relación de pareja, aunque no vivan con ella. En todo caso, resulta evidente que el bajo porcentaje de pacientes esquizofrénicos que mantiene relaciones de pareja, condiciona, al menos cuantitativamente, toda la actividad heterosexual.

Destaca el hecho que, mientras para el estado civil sí existen importantes diferencias por sexos, siendo la proporción de solteros mucho mayor que la de solteras, estas diferencias se anulan e incluso se invierten cuando se valora la situación de pareja actual, en la cual un 27,9% de hombres mantiene algún tipo de relación de pareja, frente a un 18,6% de mujeres (la diferencia no alcanza significación estadística). Es posible que la más tardía aparición de la enfermedad en la mujer influya sobre el hecho de alcanzar el matrimonio o no, pero posteriormente, una vez la enfermedad está ya establecida, vuelve a predominar el mayor impulso sexual del hombre y la mayor presión social a la hora de buscar pareja.

La edad es inferior en los pacientes con relación de pareja, posiblemente porque, a más edad, sea menos frecuente la búsqueda de parejas ocasionales (pocos pacientes mantienen relaciones estables) y tal vez por la influencia de factores asociados, como una mayor proporción de pacientes jóvenes que se mantienen en régimen ambulatorio.

8.3.7 Disfunciones sexuales

La incidencia de las disfunciones sexuales resulta muy distinta cuando se refiere al conjunto de la muestra o a un subgrupo que mantenga actividad sexual. Así, refiere una historia de disfunciones anteriores el 14,6% de la muestra y disfunciones atribuidas a la medicación el 29,1%. Sin embargo, en las disfunciones en la autosexualidad, en las que se analiza únicamente el grupo de pacientes que practican masturbación, el porcentaje de pacientes que refieren problemas sexuales alcanza el 46,2%.

Aparece aquí una cuestión importante que es, a nuestro entender, obviada en muchos estudios sobre incidencia de disfunciones sexuales: Parece existir un sesgo importante a la hora de referir problemática sexual entre quienes practican o no practican sexo, de modo que quién no lo practica tiende a contestar "no" a la pregunta de si presenta problemas sexuales, cuando en realidad no existe el problema porque no existe la razón de plantearlo.

Este aspecto se hizo evidente en nuestro estudio cuando, al analizar los resultados, resultaba que quienes referían problemas de disminución del impulso sexual era quienes, con mayor frecuencia, practicaban masturbación o coito. Lo que en principio parecía ser un error metodológico, por lo inesperado e ilógico, resultó, al analizar el conjunto de resultados, apuntar coherentemente en esta dirección. De hecho, refieren más problemas sexuales los pacientes de menor edad, los que mantienen alguna relación de pareja, los que mejor opinión tienen de la sexualidad y los no creyentes o practicantes, además de, como hemos dicho, los que practican masturbación o coito. Ello indica que refieren más disfunciones los que verdaderamente llevan a cabo una práctica sexual o, al menos, están más predispuestos a llevarla a cabo.

Este sesgo impide comparar correctamente los resultados con los de aquellos estudios que no especifican si sus resultados se refieren a grupos de población en general o a grupos más o menos seleccionados en los que se conoce o se supone previamente la existencia de actividad sexual, o bien si se ha planteado la cuestión de forma que se ha eliminado el sesgo. En los trabajos en que

esta distinción se especifica, las diferencias son también apreciables. Así, en el estudio de Malo de Molina (229) sobre población general, se plantea la cuestión de si "ha tenido algún problema sexual", a la que responden afirmativamente el 18,2% del grupo "masturbadores" y el 10,9% de los "no masturbadores".

De todos modos, son tantas las variables que inciden en un estudio de incidencia de disfunciones sexuales (ver apartado de líneas futuras de investigación) que los resultados son absolutamente dispares y, por tanto, difícilmente comparables.

En general, podemos afirmar que, en nuestra muestra, el porcentaje de disfunciones referidas como anteriores es menor que el hallado en población general (posiblemente por el factor citado de una menor práctica sexual), mientras que las disfunciones atribuidas a la medicación y el porcentaje de pacientes que refieren problemas con la autosexualidad, cuando se valora un grupo sexualmente activo, es mucho mayor que el de población general.

En cuanto a la comparación con otros estudios (ver apartado 3.8.2 de la revisión), con las reservas expresadas anteriormente, nuestros resultados son similares cuando se valoran en el grupo sexualmente activo, con porcentajes referidos al propio sexo, destacando que casi la mitad de los hombres (46,3%) refiere dificultades orgásmicas, un 43,9% disminución del impulso y un 31,7% problemas erectivos. Segraves (60) señala que la prevalencia de disfunción erectiva comunicada en los diversos estudios oscila entre el 23% y el 54%.

Es remarcable el mayor porcentaje de disfunciones atribuidas a la medicación entre los pacientes con esquizofrenia paranoide, posiblemente por tratarse de pacientes más medicados. No tenemos datos comparativos sobre este aspecto.

Un factor de especial relevancia en nuestra muestra, a la hora de referir disfunciones sexuales, ha sido el sexo, hallándose, al igual que en los pocos estudios que comparan ambos sexos (143) (170), una incidencia mucho mayor en el masculino que en el femenino. A parte del sesgo ya comentado, es posible que el tipo de problemas causado por la medicación incida de forma más directa en la función sexual del hombre (de quién se espera un mayor impulso y una respuesta erectiva y eyaculatoria) que en la mujer, en la que está más aceptado socialmente un menor impulso, se valora menos la presencia o ausencia de una respuesta fisiológica de excitación (lubricación vaginal) y se tolera algo mejor la ausencia de respuesta orgásmica. Probablemente también influye el hecho, comentado por algunos autores (97)(161) de una mayor reticencia de la mujer a la hora de comunicar disfunciones.

La influencia de factores sociales parece decisiva, al igual que en la población general, en la sexualidad del paciente esquizofrénico. En el mismo sexo masculino observamos que el coito es practicado con mucha mayor frecuencia por los que refieren trastornos orgásmicos en la autosexualidad (40,9%) que por los que refieren problemas erectivos (15,4%). Dejando a parte el evidente factor mecánico (si no hay erección, no hay coito) es posible que exista un mayor grado de evitación de relaciones coitales entre quienes presenten problemas erectivos, que son, sin duda, los peor tolerados por el hombre.

La influencia de los factores sociales y las diferencias por sexo que éstos comportan se halla presente, asimismo, en los resultados obtenidos en la escala GRISS por los pacientes que llevan a cabo relaciones sexuales coitales. Así, se observa que, en el caso de los hombres, el trastorno más asociado con un GRISS elevado (patológico) es la disfunción erectiva, mientras que en la mujer es la disfunción orgásmica y la dispareunia. Los hombres que presentan un bajo deseo sexual mantienen la frecuencia de relaciones a pesar de ello, mientras que las mujeres que refieren bajo deseo disminuyen la frecuencia. También se aprecian diferencias en las consecuencias de las experiencias sexuales traumáticas, de modo que los hombres no parecen verse afectados por ellas, posiblemente por la distinta valoración social, mientras que las mujeres que refieren abusos sexuales presentan un GRISS más patológico, hallándose afectadas, específicamente, las subescalas de infrecuencia, de no sensualidad y de anorgasmia.

Debe destacarse que las subescalas del GRISS más elevadas (y, por tanto, más patológicas) son la de no comunicación y la de infrecuencia, lo que correspondería con la problemática propia y esperable de la sexualidad del paciente esquizofrénico. Las subescalas que valoran lo que entendemos por respuesta sexual (excitación y orgasmo) se hallan, para el conjunto de la muestra, dentro de la normalidad.

Otra subescala que aparece también elevada es la de vaginismo, lo cual contrasta con el hecho de que ninguna de las pacientes haya referido vaginismo en la valoración de las disfunciones sexuales de la encuesta. Es

posible que la dificultad en la penetración, producida probablemente por un déficit de lubricación, haya sido entendida como vaginismo y no haya sido apreciada como un trastorno de la excitación. Esta posibilidad estaría más de acuerdo con los efectos esperables de la medicación neuroléptica y con el hecho de que, como hemos dicho anteriormente, los trastornos de la lubricación femenina no son, en general, valorados como tales.

Un resultado también esperable, pero no por ello menos curioso, lo constituye la mejor puntuación obtenida en la escala de eyaculación precoz por los hombres que refieren trastornos de la excitación. Probablemente, el paciente que se ve afectado por efectos secundarios de la medicación, se halla doblemente afectado, presentando dificultad erectiva y eyaculatoria, lo que comporta una disminución de la posibilidad de aparición de eyaculaciones rápidas. De hecho, el retardo eyaculatorio puede constituir, para algunos pacientes, una ventaja, siempre que no sea tan acusado que interfiera con su actividad sexual.

8.4 INTERRELACIÓN ENTRE SEXUALIDAD Y ESQUIZOFRENIA

8.4.1 Experiencias sexuales traumáticas y esquizofrenia

Es remarcable que, aunque las diferencias no fueran significativas, las experiencias sexuales traumáticas fueran más frecuentemente referidas por pacientes que iniciaron antes la enfermedad (3 años antes los abusos, 2 años antes la violencia sexual) y por pacientes delirantes y con trastornos

senso-perceptivos de contenido sexual (ver 6.7.3). Caben aquí muchas posibles explicaciones: (1) la posibilidad de establecer una relación causal entre las experiencias sexuales traumáticas y el inicio de la esquizofrenia ante un factor estresante, sugerido por algunos autores (99)(108); (2) la posible asociación entre experiencias sexuales traumáticas y una mayor posibilidad de que el contenido de los delirios sea de tipo sexual; (3) la posibilidad de que la desorganización que comporta el inicio de la enfermedad y la presencia de delirios sexuales propiciara o facilitara el abuso sexual y (4) el posible sesgo en el momento de recoger el dato, por el hecho de que las experiencias traumáticas referidas sean delirantes y no reales, aunque habitualmente, por el tipo de relato, suelen distinguirse con relativa facilidad. Ante estas posibles interpretaciones, resulta difícil obtener una conclusión válida.

8.4.2 Sexualidad y edad de inicio de la enfermedad

Una edad de inicio de la enfermedad más precoz se asocia de forma significativa, en nuestra muestra, a una menor probabilidad de contraer matrimonio, lo que apoyaría la asociación entre edad precoz de inicio y mal pronóstico, comentadas en el apartado 8.2.1. Sin embargo, no parece determinar los parámetros sexuales básicos iniciales (inicio de la masturbación y del coito) ni los posteriores (frecuencia de masturbación y práctica del coito). En estos dos últimos aspectos se hallan, incluso, diferencias contrarias a las esperables, ya que tanto la masturbación como la práctica del coito se asocian, significativamente, a una menor edad de inicio de la enfermedad.

Tampoco las disfunciones sexuales, tanto anteriores como referidas a la autosexualidad se asocian, en nuestra muestra, con la edad de inicio de la enfermedad, por lo que, aún contando con el posible sesgo comentado en el apartado de aspectos psiquiátricos, parece evidente que una edad de inicio de la enfermedad más temprana no comporta un peor pronóstico a nivel sexual.

8.4.3 Sexualidad y funcionamiento sociosexual premórbido

El funcionamiento sociosexual premórbido, en cambio, sí parece ser un factor más determinante, al menos en el inicio de los aspectos sexuales que implican relación social. La mayor parte de autores, de hecho, hablan de déficit de sexualidad "social" al referirse a la sexualidad premórbida en la esquizofrenia (133)(134)(136). En nuestra muestra el FSP es peor, con una diferencia altamente significativa, en los solteros y en los que inician las relaciones sexuales coitales más tardíamente. No comporta, sin embargo, diferencias en el inicio de la autosexualidad.

Por otra parte, el FSP parece poseer un escaso valor pronóstico sobre la sexualidad posterior, posiblemente por la pérdida de consistencia, señalada por Bromet y Kasl (137), de las variables que reflejan un seguimiento a largo plazo. En nuestra muestra el FSP no correlaciona con el tipo de relación actual, la práctica de masturbación, la práctica del coito, la existencia de disfunciones anteriores y la puntuación del GRISS en los hombres. Sí lo hace, en cambio, con una peor puntuación del GRISS en las mujeres, aunque sin afectar a las subescalas que implican a la respuesta sexual. A parte del pobre valor predictivo del

FSP a largo plazo, es posible que, en el caso de los hombres, un superior impulso sexual y una mayor presión social suplan, en buena parte, el déficit posterior que pueda comportar un pobre FSP, por lo que éste no correlaciona con las variables heterosexuales posteriores.

8.4.4 Sexualidad y sintomatología positiva

La presencia de sintomatología positiva de contenido sexual no se asocia, en nuestra muestra, con ninguna modificación significativa de los parámetros sexuales. En todo caso, las diferencias halladas que, repetimos, no alcanzan significación, apuntan hacia un ligeramente mejor funcionamiento sexual inicial de los pacientes con sintomatología positiva, con una menor edad de inicio de masturbación y de relaciones coitales. Ello sería también esperable si consideramos la asociación entre sintomatología positiva y buen FSP. En el funcionamiento sexual actual tampoco se hallan diferencias, a nivel de frecuencia de masturbación, de práctica del coito o de incidencia de disfunciones.

Nuestros resultados coinciden plenamente, en este sentido, con los obtenidos por Merino y García (103), quienes hallan que la sintomatología productiva no establece ninguna relación con la conducta ni el funcionamiento sexual.

8.4.5 Sexualidad y adaptación global actual

La adaptación global actual aparece asociada a los aspectos sexuales que implican relación, es decir, al mantenimiento de algún tipo de relación de pareja y a la práctica del coito. Las diferencias respecto al primer

factor alcanzan una elevada significación, mientras que las diferencias según la práctica del coito no alcanzan significación estadística, pero apuntan hacia un mejor GAF de los que practican coito. Esta influencia de la adaptación global sobre los factores relacionales se aprecia también en la correlación existente entre un peor GAF y una peor puntuación en la escala de no comunicación del GRISS femenino. El papel que juega la disfunción social como factor que afecta directamente a la expresión sexual de los pacientes esquizofrénicos ha sido valorado por numerosos autores (96)(97)(103) (133), hasta el punto de afirmarse (103) que "los pacientes que no manifiestan dificultad para el contacto íntimo se muestran adecuados sexualmente y los que tienen graves dificultades en el contacto personal no tienen ningún tipo de relación sexual".

Por otra parte, el grado de adaptación social no parece alterar la autosexualidad ni la función sexual, ya que el GAF no se asocia con la frecuencia de masturbación ni con la incidencia de disfunciones sexuales.

8.4.6 Sexualidad y situación de ingreso

La situación de ingreso es el aspecto que obtiene correlaciones más potentes con las variables sexuales. Ello tiene un valor importante ya que, descartados los factores que pueden ir asociados a esta situación, como una peor adaptación social o una mayor presencia de sintomatología positiva, el hecho de mantener más o menos vínculos con el exterior toma valor propio. Es destacable en este sentido, la elevada correlación existente entre una situación de ingreso de larga estancia y una baja

frecuencia de masturbación, de relación de pareja y de práctica del coito. Tal vez la única variable que enturbia este análisis es la edad, ya que los pacientes ingresados en larga estancia son sensiblemente mayores que el resto de la muestra y una mayor edad se asocia, en nuestra muestra y en cualquier estudio sobre sexualidad, con una menor práctica sexual. De todas maneras, la elevada significación alcanzada por la situación de ingreso y las variables sexuales puede constituir una llamada de atención sobre los posibles efectos devastadores de una larga institucionalización sobre la sexualidad del individuo.

Entre los escasos trabajos que analizan la relación entre el tiempo de hospitalización y la sexualidad se encuentra el de Lyketsos (143), quién también halla una menor frecuencia de sueños sexuales y de práctica del coito entre los pacientes de larga estancia.

8.4.7 Sexualidad, consumo de tóxicos e ingesta de fármacos

La asociación entre el consumo de tóxicos y una mayor práctica sexual refleja también, posiblemente, la menor edad de los consumidores de tóxicos. Es destacable la mayor incidencia de trastornos erectivos entre los consumidores de alcohol, resultado esperable si tenemos en cuenta que es probable que la neurotoxicidad propia del alcohol se potencie con la ingestión de psicofármacos.

Dado que prácticamente todos los pacientes de la muestra tomaban neurolépticos, no se han podido llevar a cabo comparaciones entre pacientes con y sin medicación neuroléptica.

Únicamente se ha intentado establecer diferencias entre los neurolépticos más utilizados y el resto de la muestra pero, a parte de que ninguna diferencia ha alcanzado significación estadística, la validez y la interpretación de los datos son muy dudosas ya que muchos pacientes reciben tratamiento con varios neurolépticos simultáneamente. Con todas estas reservas, entre los cuatro neurolépticos analizados, los datos apuntan hacia unos que parecen alterar menos el deseo sexual (tioridazina y levomepromazina), otros que parecen alterar menos la respuesta de excitación (haloperidol, levomepromazina y flufenazina) y otro que altera menos la respuesta orgásmica (flufenazina). Estos datos coinciden, en líneas generales, con los hallados en la bibliografía (ver apartado 3.8.2), aunque con excepciones comprensibles, dada la gran discrepancia entre los estudios existentes.

Resulta de interés el dato de que, en nuestro estudio, al igual que en alguno de los pocos que han analizado este aspecto (170), la medicación antiparkinsoniana no se ha asociado con una mayor ni menor presencia de disfunciones.

Los pacientes en tratamiento con litio refieren en mayor porcentaje trastornos del impulso sexual y dificultades orgásmicas, aunque las diferencias no alcanzan significación estadística. Tampoco en la literatura está aclarado el papel que juega el litio como causante de disfunciones sexuales (ver apartado 3.8.6). Es destacable que una mayor proporción de pacientes con litio mantienen algún tipo de relación de pareja, posiblemente por la razón que expresábamos anteriormente al comentar el mejor GAF de estos pacientes.

Mucho más valor poseen los resultados obtenidos respecto a los pacientes que toman antidepresivos, ya que, por una parte, no obtienen diferencias respecto al resto de la muestra en cuanto a frecuencia de masturbación, tipo de relación actual y práctica del coito (es decir, son una muestra perfectamente comparable respecto a las variables sexuales) y, por otra, refieren con mucha mayor frecuencia disfunciones atribuidas a la medicación y en la autosexualidad. Al igual que en la literatura revisada (ver apartado 3.8.3.1), los trastornos sexuales más frecuentemente comunicados con los antidepresivos son las dificultades orgásmicas.

Es posible que la ya alta incidencia de efectos secundarios sexuales de los antidepresivos se sume, en estos pacientes, a la de los neurolépticos o, incluso, que algunos efectos secundarios se potencien con el uso conjunto de estos fármacos. Parece evidente, en todo caso, que los pacientes en tratamiento combinado de neurolépticos y antidepresivos constituyen un grupo de alto riesgo para la aparición de efectos secundarios sexuales.

Es importante señalar que, a falta de una comparación entre pacientes con y sin neurolépticos, el único factor de interrelación entre sexualidad y esquizofrenia que ha obtenido diferencias significativas en cuanto a disfunciones sexuales ha sido el tratamiento con antidepresivos. Ello apoyaría la hipótesis, expresada también por algunos autores (104), de que son únicamente los fármacos los responsables de la alteración de la respuesta sexual (entendiendo como tal la excitación y el orgasmo), que, por otra parte, no parece verse directamente afectada por el proceso esquizofrénico.

9 CONCLUSIONES

- ❶ En la esquizofrenia se observa una disminución en el porcentaje de individuos que mantienen relaciones heterosexuales y de pareja, junto con una mayor frecuencia de prácticas autosexuales.
- ❷ Las pautas básicas del comportamiento sexual de los esquizofrénicos son cualitativamente equiparables a las de la población general, en cuanto a los diversos factores psicosociales que la influyen y determinan, tales como el sexo, la edad, las creencias religiosas, el nivel socio-cultural y los diversos mitos y creencias erróneas sexuales presentes en nuestra sociedad.
- ❸ Una edad de inicio de la esquizofrenia más temprana se asocia con una menor frecuencia de matrimonio, pero no se relaciona con una modificación de la conducta auto ni heterosexual inicial del individuo, ni con una disminución ni alteración posterior.
- ❹ Un pobre funcionamiento sociosexual premórbido determina una menor frecuencia de matrimonio y un retardo en el inicio de las relaciones heterosexuales, pero no modifica la conducta autosexual inicial ni posterior del individuo, ni se asocia con un deterioro de la respuesta sexual.
- ❺ La sintomatología positiva de contenido sexual no se asocia con ninguna modificación de la conducta sexual inicial ni posterior, ni con una alteración de la respuesta sexual.
- ❻ Un bajo nivel de adaptación global se asocia con una menor posibilidad de mantener relaciones de pareja y con una menor práctica del coito, pero no modifica la autosexualidad ni la respuesta sexual.
- ❼ Una situación de ingreso psiquiátrico de larga estancia se asocia con una disminución global de la conducta sexual, tanto a nivel auto como heterosexual.
- ❽ El consumo de fármacos antidepresivos se asocia, con elevada significación estadística, con una alteración de la respuesta sexual, tanto a nivel del impulso como de excitación y orgasmo.
- ❾ Los efectos secundarios de la medicación sobre la sexualidad son especialmente referidos por pacientes de sexo masculino, jóvenes y con mayor frecuencia de prácticas sexuales.

10 LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

10.1 ASPECTOS PENDIENTES DE INVESTIGACIÓN

Es evidente que el papel, el lugar de acción y el mecanismo de acción de los neurotransmisores implicados, tanto en la esquizofrenia como en la conducta y respuesta sexual no han sido totalmente aclarados, por lo que se precisan aún numerosas investigaciones en este sentido.

Sin embargo, dejando a parte lo que constituiría la investigación básica en cada una de las áreas estudiadas, existen algunos aspectos de interrelación entre la esquizofrenia y la sexualidad que resultarían totalmente asequibles a la investigación y sobre los cuales poseemos un conocimiento muy escaso.

10.1.1 Investigación de las diferencias fisiológicas en función de los parámetros sexuales

Se conocen en la actualidad decenas de alteraciones fisiológicas en la esquizofrenia, a nivel estructural, bioquímico, neurofisiológico y neuropsicológico, con las cuales se ha intentado establecer una serie de correlatos clínicos y etiopatogénicos.

Sin embargo, tal como afirmamos anteriormente (apartado 3.3), a nivel de función sexual la investigación se ha centrado únicamente en las alteraciones endocrinas, "una parte minúscula del complejo entramado que gobierna la función sexual".

El establecimiento de correlaciones entre las alteraciones fisiológicas y los parámetros de función sexual, contribuiría de forma importante a aumentar nuestro conocimiento sobre los factores fisiopatológicos de la esquizofrenia que pudieran afectar a la sexualidad, además de proporcionar muchos más datos de los que actualmente poseemos sobre la sexualidad de los esquizofrénicos e incluso sobre la fisiología de la sexualidad en individuos normales.

10.1.2 Investigación del funcionamiento sexual de base en la esquizofrenia

Tal como hemos visto, cuando estudiamos la función sexual en un individuo esquizofrénico, hallamos numerosas variables que entorpecen el análisis: los déficits sociales, la sintomatología positiva, la situación de ingreso o las disfunciones yatrogénicas se añaden a las ya de por sí complejas variables psicosociales que influyen sobre la función sexual de cualquier individuo.

Se precisa por tanto, un conocimiento mucho más exhaustivo del que ahora poseemos sobre el funcionamiento sexual de base del individuo esquizofrénico, para poder determinar con precisión de qué modo la enfermedad afecta a la función sexual.

Dado que, por razones éticas, no se puede plantear un estudio en el que se mantengan pacientes sin medicación o con placebo, debería investigarse más profundamente, por un parte, la función sexual del individuo preesquizofrénico, o ahondar en el funcionamiento sexual (sin el prefijo "socio") del individuo esquizofrénico antes del desarrollo de la enfermedad y, por otra, aprovechar

aquellos estados en los que el paciente no toma medicación, sea por abandono o porque se ha establecido (de forma dudosamente recomendable) un período de "descanso" neuroléptico, para valorar la función sexual, intentado seguir las siguientes recomendaciones.

10.2 RECOMENDACIONES PARA ESTUDIOS POSTERIORES

10.2.1 Definición y estandarización de criterios

Tanto en el campo de la esquizofrenia como en el de la sexualidad, la falta de criterios válidos, fiables, unívocos y universales es notable, debilitándose enormemente el valor de los resultados obtenidos en cualquier trabajo.

Tal como afirma Colodrón (25), "deterioro, recuperación, mejoría, remisión, curación, progresividad, etcétera. son categorías que, a falta de una definición que las universalice, no permiten unificar criterios". A los términos usados por Colodrón podríamos añadir muchos más: psicopatología, gravedad, severidad, pronóstico, ajuste, compensación, etc. Incluso datos aparentemente fáciles de objetivar, como la edad de inicio de la enfermedad, varían radicalmente según que el autor considere como tal el primer signo de trastorno mental, el primer síntoma específicamente psicótico, el primer episodio que motiva una consulta, el primer ingreso hospitalario o haga una valoración global del inicio. Y aún alguno de estos datos es distinto según se tome del propio paciente, de un familiar o de la historia clínica (115).

En sexualidad la indefinición es aún mayor, hasta el punto que el mismo DSM-IV deja abiertos al "juicio del clínico" los criterios de disfuncionalidad y pide especificar una serie de categorías (primario o adquirido, general o situacional) que deberían ampliarse y que pocos autores especifican.

Resulta imprescindible, por tanto, una definición más estrecha de las variables usadas habitualmente en la investigación, tanto en esquizofrenia como en sexualidad y la elección de unas escalas de referencia. Con todas las dificultades y críticas que siempre acompañan a un sistema de consenso, los resultados se verían beneficiados.

10.2.2 Homogeneización de las muestras

En la esquizofrenia, particularmente, existe tal variabilidad en todos los aspectos de la enfermedad, que difícilmente dos muestras son comparables, ya que una o varias variables son distintas. En lo que a sexualidad se refiere, las mayores diferencias se dan, posiblemente, en cuanto a sexo, edad, presencia de síntomas positivos o negativos, cronicidad y situación de ingreso. Cada uno de estos aspectos origina una submuestra con unas características diferenciales tan importantes, que, quedando diluidas en una muestra general, dificultan, tanto la posibilidad de comparación como la obtención de conclusiones generalizables.

Se hace imprescindible, pues, identificar subgrupos de pacientes por correlatos clínicos o biológicos, para facilitar las investigaciones y permitir la comparación de las muestras.

A lo largo de la revisión bibliográfica y del propio estudio se ha mostrado especialmente relevante la diferenciación en sintomatología positiva o negativa, de cara a una comprensión de la problemática sexual de la esquizofrenia. A pesar de que la evaluación clínica de los síntomas negativos en los pacientes esquizofrénicos puede ser confusa, posiblemente sería más adecuado, a la hora de seleccionar una muestra, poner el acento en este aspecto, más que en la adaptación social o en la psicopatología en general, fenómenos de más difícil delimitación.

10.2.3 Uso de medidas fisiológicas

Uno de los problemas habituales en los estudios sobre sexualidad, principalmente a la hora de evaluar disfunciones sexuales, es la subjetividad de la valoración que el paciente realiza sobre su función sexual.

Ello cobra aún mayor importancia en el caso de los individuos esquizofrénicos, cuyas respuestas pueden verse alteradas por diversos motivos que ya han sido analizados (3.1.1).

Es recomendable, por tanto, el empleo, siempre que sea posible, de medidas fisiológicas objetivas. Actualmente disponemos de indicadores farmacológicos del efecto neuroléptico (p. ej. elevación de la prolactina), así como de numerosas pruebas que objetivan la función sexual (2.2.3.2), que son escasamente usadas en los estudios sobre sexualidad y esquizofrenia.

El empleo de este tipo de técnicas permitiría, además, unificar la metodología, actualmente tan dispar, con que se llevan a cabo dichos estudios.

10.2.4 Reducción de sesgos

Esto es un presupuesto obvio en cualquier investigación. Pero cobra una especial importancia tratándose de estudios sobre sexualidad, ya que ésta se ve más influida por las variables sociodemográficas, los criterios con los que es definida son poco estables y fiables, las características de los individuos que se presentan voluntarios a los estudios ya sesgan la muestra y las reticencias que despierta el tema comportan diferencias en los resultados incluso según la forma de plantear las cuestiones y recoger los datos (ver 3.8.9.2).

A ello se añade el sesgo detectado en nuestro estudio sobre la tendencia a negar problemas sexuales cuando no existe actividad sexual, de modo que si se comparan las disfunciones sexuales de dos grupos, ambos deberían ser equiparables en cuanto a porcentaje de práctica sexual o, al menos, ésta debería especificarse junto a los resultados.

La falta de control de estas variables que sesgan los resultados, junto con los puntos comentados anteriormente (distintas características de las muestras, subjetividad en las comunicaciones y diferencias metodológicas) da lugar a las insalvables discrepancias halladas en los estudios sobre problemática sexual.

10.2.5 Equipos multidisciplinarios

La compleja relación entre la sexualidad y las enfermedades psiquiátricas requiere amplios conocimientos de muy diversas materias, que difícilmente pueden ser asumidos por un sólo investigador o un equipo procedente del mismo campo.

Segraves (1989) resume la situación de la siguiente forma: "Los estudios de efectos secundarios sobre la conducta sexual llevados a cabo por investigadores identificados con el campo de la sexualidad humana, tienden a emplear medidas correctas de conducta sexual, pero ignoran variables tales como la dosis de fármaco adecuada, la monitorización de los niveles séricos o la posibilidad de que existan distintos efectos según la duración del tratamiento. Por otra parte, los psicofarmacólogos tienden a usar descripciones inadecuadas de la conducta sexual, agrupaciones incorrectas de

frecuencia orgásmica y de problemas erectivos, y emplean cuestionarios en lugar de escalas. Pocos investigadores han demostrado competencia tanto en sexualidad humana como en psicofarmacología, lo que sugiere la necesidad futura de investigar en colaboración".

Con estas diáfanas palabras cerramos un apartado que esperamos aporte alguna luz para alumbrar el difícil pero interesante camino de la investigación en dos campos no menos apasionantes: la esquizofrenia y la sexualidad humana.

11 BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV (versión española). Barcelona: Masson, 1995.
2. Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10): Trastornos mentales y del comportamiento (versión española). Madrid: Meditor, 1992.
3. Adams W, Kendell RE, Hare EH, et al. Epidemiological Evidence that Maternal Influenza Contributes to the Aetiology of Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1993;163:522-34.
4. Susser ES, Lin SP. Schizophrenia After Prenatal Exposure to the Dutch Hunger Winter of 1944-1945. December: *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:983-8.
5. Propping P. Genética de la esquizofrenia. Triángulo. *Revista Sandoz de Ciencias Médicas* 1994;32(2).
6. Rodríguez-Sánchez F, Ezcurra J, Yoller AB, et al. Genética molecular y esquizofrenia. En: *Esquizofrenia: entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico*. Barcelona: Neurociencias, 1995:277-92.
7. Obiols JE, Obiols J. *Esquizofrenia*. Barcelona: Martínez Roca, 1989.
8. Crow TJ. Aetiology of schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 1994;7(1):39-42.
9. Fañanás L, Bertranpetit J. Reproductive rates in families of schizophrenic patients in a case-control study. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91:202-204.
10. Liddle PF. Neurobiology of schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 1994;7(1):43-46.
11. Crow TJ. The Meaning of the Morphological Changes in the Brain in Schizophrenia. *Current Approaches to Psychoses (Janssen)*. 1995 Januar;4:8-9.
12. Breier A, Buchanan RW, Elkashef A, et al. Brain Morphology and Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1992 December;49:921-6.
13. Barcia D. Imaginería cerebral. Estado actual de los estudios en la esquizofrenia. En: *Esquizofrenia: entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico*. Barcelona: Neurociencias, 1995:301-15.
14. Andreasen NC. Diagnóstico, valoración y sustratos neurales de la esquizofrenia. Triángulo. *Revista Sandoz de Ciencias Médicas* 1994;32(2):5-10.
15. Nasrallah HA. Hallazgos paraclínicos en la esquizofrenia: morfología e histología neuroanatómica. Triángulo. *Revista Sandoz de Ciencias Médicas* 1994;32(2):1-6.
16. Sandín B. Hipótesis bioquímicas de la esquizofrenia. *Psiquis* 1984;V(1):18-28.
17. Pérez J, Masip C. Receptores dopaminérgicos y esquizofrenia. *Psiquiatría Biológica*. Sep-Oct 1994;1(3):116-8.

18. Salvador L, Leonseguí I, Gibert J. Aspectos psicofarmacológicos de la esquizofrenia: I. Introducción. *Monografías de Psiquiatría*. Sep-Oct 1992;IV(5):8-9.
19. Crow TJ. Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process?. *British Medical Journal*. 12 January 1980; 280(1-9):66-8.
20. Peralta V, Cuesta MJ. Síntomas negativos en la esquizofrenia: modelos clínicos, delimitación conceptual, significación clínica, fisiopatología y tratamiento. En: *Esquizofrenia: entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico*. Barcelona: Neurociencias, 1995:39-79.
21. Faus B. Mecanismos colinérgicos en la esquizofrenia. *IMP Psiquiatría* 1991;III(4):241-43.
22. Pickar D. Perspectivas en la farmacoterapia de la esquizofrenia. *The Lancet* (ed. esp.) 1995 Juliol;27(1):51-6.
23. Tate PW, Garthwaite TL, Gambert SR. Clinical implications of the endogenous opiates: II. Behavioral and psychiatric aspects. *Psychiatric-Medicine* 1983 Jun;1(2) 121-32.
24. Micó JA, Gibert J. Neuropeptidos y esquizofrenia. En: *Esquizofrenia: entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico (I)*. Barcelona: Neurociencias, 1995:317-25.
25. Colodrón A. *Las esquizofrenias*. Madrid: Siglo XXI, 1990.
26. Elbert T, Lutzenberger W, Rockstroh B, et al. Physical Aspects of the EEG in Schizophrenics. *Biol Psychiatry* 1992;32:595-606.
27. Adler LE, Hoffer LJ, Griffith J, et al. Normalization by Nicotine of Deficient Auditory Sensory Gating in the Relatives of Schizophrenics. *Biol Psychiatry* 1992;32:607-16.
28. Andreasen NC, Rezaei K, Alliger R, et al. Hypofrontality in Neuroleptic-Naive Patients and in Patients With Chronic Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1992 December;49:943-58.
29. Wolkin A, Sanfilippo M, Wolf PA, et al. Negative Symptoms and Hypofrontality in Chronic Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1992 December;49:959-65.
30. Berman KF, Torrey EF, Daniel DG, et al. Regional Cerebral Blood Flow in Monozygotic Twins Discordant and Concordant for Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1992 December;49:927-34.
31. Buchsbaum MS, Haier RJ, Potkin SG, et al. Frontostriatal Disorder of Cerebral Metabolism in Never-Medicated Schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry*. 1992 December;49:935-42.
32. Cuesta MJ, Peralta V. Alteraciones neuropsicológicas en los trastornos esquizofrénicos. En: *Esquizofrenia: entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico (I)*. Barcelona: Neurociencias, 1995:145-73.

33. Blanchard JJ, Neale JM. The Neuropsychological Signature of Schizophrenia: Generalized or Differential Deficit? *Am J Psychiatry*. 1994 January;151(1):40-8.
34. Purohit DP, Davidson M, Perl DP, et al. Severe Cognitive Impairment in Elderly Schizophrenic Patients: A Clinicopathological Study. *Biol Psychiatry* 1993;33:255-60.
35. Corocoran R, Frith D. The neuropsychology and neurophysiology of schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 1994;7(1):47-50.
36. Clare L, McKenna PJ, Mortimer AM, et al. Memory in Schizophrenia: What is impaired and what is preserved?. *Neuropsychologia* 1993;31(11):1225-41.
37. Nestor PG, Shenton ME, McCarley RW, et al. Neuropsychological Correlates of MRI Temporal Lobe Abnormalities in Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1993 December;150(12):1849-55.
38. Park S, Holzmanm PS. Schizophrenics Show Spatial Working Memory Deficits. *Arch Gen Psychiatry*. 1992 December;49:975-82.
39. Joseph PLA, Sturgeon DA, Leff J. The Perception of Emotion by Schizophrenics Patients. *British Journal of Psychiatry* 1992;161:603-9.
40. Schreiber H, Stolz-Born G, Kornhuber HH, et al. Event-Related Potential Correlates of Impaired Selective Attention in Children at High Risk for Schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1992;32:634-51.
41. Condray R, Steinhauer SR, Goldstein G. Language Comprehension in Schizophrenics and Their Brothers. *Biol Psychiatry* 1992;32:790-802.
42. Goldstein MJ, Kern RS. Psychological factors in Schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 1994;7(1):61-4.
43. Lehman HE, Cancro R. Esquizofrenia: rasgos clínicos. En: *Tratado de Psiquiatría*. H.I. Kaplan y B. J. Sadock. Barcelona: Salvat, 1989:675-707.
44. Andreasen NC, Olsen S. Negative vs Positive Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:789-94.
45. Castellón JJ. Esquizofrenia: Una aproximación trisindrómica. *IMP Psiquiatría* 1991;III(3):147-54.
46. Baron M, Gruen RS, Romo-Gruen JM. Positive and Negative Symptoms. Relation to Familial Transmission of Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1992;161:610-14.
47. Husted JA, Beiser M, Iacono WG. Negative Symptoms and the Early Course of Schizophrenia. *Psychiatry Research* 1992;43:215-22.
48. Barnes TRE. Issues in the clinical assessment of negative symptoms. *Current Opinion in Psychiatry* 1994;7(1):35-8.
49. Johnstone EC, Lang FH. Onset, course and outcome of schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 1994;7(1):56-60.

50. Gutiérrez M, González-Pinto A, Figuerido-Poulain JL, et al. Neurolépticos en el tratamiento de la esquizofrenia. En: Esquizofrenia: entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico (II). Barcelona: Neurociencias, 1995:63-79.
51. Breier A, Buchanan RW, Kirkpatrick B, et al. Effects of Clozapine on Positive and Negative Symptoms in Outpatients With Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1994 January;151(1):20-6.
52. Farré JM. Esquizofrenia: de los modelos psicosociales a la rehabilitación cognitivo-conductual. En: Esquizofrenia: entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico (II). Barcelona:Neurociencias, 1995:175-206.
53. Norman RMG, Malla AK. Stressful Life Events and Schizophrenia (I y II). *British Journal of Psychiatry* 1993;162:161-74.
54. Ventura J, Nuechterlein KH, Hardesty JP, et al. Life Events and Schizophrenic Relapse after Withdrawal of Medication. *British Journal of Psychiatry* 1992;161:615-20.
55. Goldstein MJ. Interacción del tratamiento farmacológico y la terapia familiar en la prevención de las recidivas de la esquizofrenia. En: Directrices para la prevención de recidivas de la esquizofrenia con neurolépticos. W. Kissling. Springer-Verlag Ibérica. 1994 Barcelona, 1994. 1ª ed. 1991:61-73.
56. Lechtenberg R, Ohi DA. Sexual Dysfunction. Neurologic, Urologic and Gynecologic Aspects. Ed. Lea & Febiger. Philadelphia 1994.
57. Brackett NL, Bloch WE, Abae M. Neurological Anatomy and Physiology of Sexual Function. En: Sexual Dysfunction. A Neuro-Medical Approach. C. Singer y WJ Weiner. New York: Futura Publishing, 1994.
58. Farré JM. Bases biológicas de la conducta sexual. En: Guía práctica de la sexualidad. Barcelona: Fontanella, 1983:13-47.
59. Farré JM. Algunos elementos para estudiar las bases psicofisiológicas de la conducta sexual. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 1987:44-53.
60. Segraves RT: Effects of Psychotropic Drugs on Human Erection and Ejaculation. *Arch Gen Psychiatry*. 1989 March;46:275-84.
61. Beach FA, Ford CS. Conducta sexual. Barcelona: Fontanella, 1978.
62. Masters WH, Johnson VE. Human Sexual Response. Boston: Little Brown, 1966.
63. Fora F. "Perpetuum Mobile". Anuario de la salud, la medicina y la enfermedad. Madrid: El País, 1995.
64. Masters WH, Johnson VE. Incompatibilidad sexual humana. Buenos Aires: Intermédica, 1976. Traducción de Human Sexual Inadequacy, 1970.
65. Kaplan HS. La nueva terapia sexual. Madrid: Alianza Editorial, 1978. Traducción de The New Sex Therapy, 1974.

66. Gessa GL, Napoli-Farris L. Dopamine receptors and premature ejaculation. En: Wheatley D, ed. Psychopharmacology and sexual disorders. Oxford: Oxford University Press, 1983;15-21 (British Association for Psychopharmacology Monographs; vol 4).
67. Bitran D, Hull EM. Pharmacological analysis of male rat sexual behavior. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 1987;11:365-89.
68. Eaton H. Clomipramine (Anafranil) in the treatment of premature ejaculation. *The Journal of International Medical Research* 1973;1:432-34.
69. Riley AJ. Drugs and the treatment of sexual dysfunction. En: Martin Cole, Windy Dryden eds. *Sex therapy in Britain*. Philadelphia: Open University Press, 1988:165-83.
70. Vignoli GC. Premature ejaculation: New electrophysiological approach. *Urology* 1978;11:81-2.
71. Gospodinoff ML. Premature ejaculation: Clinical subgroups and etiology. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1989;15(2):130-4.
72. Spiess WFJ, Geer JH, O'Donohue T. Premature ejaculation: Investigation of factors in ejaculatory latency. *Journal of Abnormal Psychology* 1984; 93(2):242-45.
73. Strassberg DS, Kelly MP, Carroll C, et al. The psychophysiological nature of premature ejaculation. *Archives of Sexual Behavior* 1987;16(4):327-36.
74. Fora F. El continuo eyaculatorio: Un nuevo enfoque de los trastornos de la latencia eyaculatoria. *C Med Psicossom*, 1994;31:47-51.
75. Steers WD. Neural Control of Penile Erection. En: *Seminars in Urology (Impotence)*. 1990 May;VIII(2):66-79.
76. Saenz de Tejada I. Mechanisms for the regulation of penile smooth muscle contractility. En: *World Book of Impotence*. T.F.Lue. London: Smith-Gordon, 1992:39-48.
77. Riley AJ, Riley EJ, Brown P. Biological Aspects of Sexual Desire in Women. *Sexual and Marital Therapy*, 1986;1(1):35-42.
78. McClure RD, Marshall L. Endocrinologic Sexual Dysfunction. En: *Sexual Dysfunction. A Neuro-Medical Approach*. C. Singer y WJ Weiner. New York: Futura Publishing, 1994:245-74.
79. Benson G. Vascular evaluation: is it useful in 1992?. En: *World Book of Impotence*. T.F.Lue. London: Smith-Gordon, 1992.
80. Lue TF. What constitutes an adequate impotence work-up?. En: *World Book of Impotence*. T.F.Lue. London: Smith-Gordon, 1992:149-56..
81. Lewis RW. Diagnosis and Management of Corporal Veno-occlusive Dysfunction. *Seminars in Urology (Impotence)*. 1990 May;VIII(2):113-23.
82. Morales A, Condra M, SurrIDGE DH, et al. Nocturnal penile tumescence monitoring:

- is it necessary?. En: World Book of Impotence. T.F.Lue. London: Smith-Gordon, 1992:67-74.
83. Cáceres J. Evaluación psicofisiológica de la sexualidad humana. Barcelona: Martínez Roca, 1990.
84. Hawton K. Terapia sexual. Traducido de Sex Therapy, 1985. Barcelona: Doyma, 1988.
85. Golombok S. The Role of Anxiolytic and Antidepressant Drugs in the Development and Treatment of Sexual Dysfunction. Sexual and Marital Therapy, 1986;1(1):43-7.
86. Reid K, Morales A, Harris C, et al. Double-Blind Trial of yohimbine in treatment of psychogenic impotence. The Lancet 1987 Aug 22:421-3.
87. Claes H, Baert L. Transcutaneous Nitroglycerin Therapy in the Treatment of Impotence. Urol Int, 1989;44:309-12.
88. Turner LA, Althof SE, Levine SB, et al. Treating erectile dysfunction with external vacuum devices: impact upon sexual, psychological and marital functioning. The Journal of Urology 1990;144:79-82.
89. Ishii N, Watanabe H, Irisawa C, et al. Intracavernous Injection of Prostaglandin E1 for the Treatment of Erectile Impotence. The Journal of Urology 1989;141:323-5.
90. Petrou SP, Barrett DM. The Use of Penile Protheses in Erectile Dysfunction. Seminars in Urology (Impotence). 1990 May;VIII(2):138-52.
91. Fora F, Farré JM. La prostaglandina intracavernosa E1 en el abordaje psicológico de la disfunción erectiva. C Med Psicosom, 1996;37:34-41.
92. Nestoros JN, Lehman HE, Ban TA. Sexual Behavior of the male schizophrenic: The impact of illness and medications. Arch. Sex. Behav. 1981;10:421-42.
93. Akhtar S, Thomson JA. "Schizophrenia and Sexuality: A Review and a Report of Twelve Unusual Cases-Part I". Journal of Clinical Psychiatry 1980 April; 41:134-42.
94. Friedman S, Harrison G. Sexual histories, attitudes, and behavior of schizophrenic and "normal" women. Archives of Sexual Behavior 1984 Dec;13(6):555-67.
95. Skopec HM, Rosenberg SD, Tucker GJ. Sexual behavior in schizophrenia. Med Aspects Hum Sex 1976 April;10(4):32-47.
96. Verhulst J, Schneidman B. Schizophrenia and sexual functioning. Hosp Community Psychiatry 1981 April;32(4):259-62.
97. Collins AC, Kellner R. Neuroleptics and sexual functioning. Integrative-Psychiatry 1986 Jun;4(2):96-9.
98. Gruen PH. "Neuroleptics and sexual functioning": Commentary. Integrative-Psychiatry 1986 Jun; 4(2):106-7.
99. Rodríguez de Molina M, Salvador L, Fora F. Sexualidad y esquizofrenia. Acta psiquiátr psicol Am lat. 1994;40(3):195-206.

100. Burke MA, McEvoy JP, Ritchie JC. A pilot study of a structured interview addressing sexual function in men with schizophrenia. *Biological Psychiatry* 1994 Jan 1;35 (1):32-5.
101. Pinderhughes CA, Grace EB, Reyna LJ. Psychiatric disorders and sexual functioning. *Amer. J. Psychiatr* 1972 April;128(10):96-102.
102. Arieti S. *American Handbook of Psychiatry*. New York: Basic Books, Inc., 1974.
103. Merino MJ, García M. Esquizofrenia y sexualidad. *Psiquis* 1994;15(1):25-31.
104. Rosenbaum MB. "Neuroleptics and sexual functioning": Commentary. *Integrative-Psychiatry* 1986 Jun;4(2):105-6.
105. Alonso F. *Fundamentos de la Psiquiatría Actual*. Madrid: Paz Montalvo, 1977.
106. Jacobs P, Bobek SC. Sexual needs of the schizophrenic client. *Perspectives-in-Psychiatric-Care* 1991;27(1):15-20.
107. Friedman RC, Hurt SW, Clarkin J, Corn R, Aronoff MS. Sexual histories and premenstrual affective syndrome in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1982 Nov;139(11):1484-6.
108. Giff TE, Wynne LC, Harder D. Sexual life events and schizophrenia. *Comprehensive-Psychiatry* 1988 Mar-Apr;29(2):151-6.
109. Labrador FJ. Comportamientos sexuales. En: *Guía de la sexualidad*. Madrid: Espasa Calpe, 1994:165-79.
110. Baguley I, Brooker C. Schizophrenia and sexual functioning. *Nursing Standard* 1990 Jun 20-6:4(39):34-5.
111. Lewine RRJ, Gulley LR, Craig S, et al. Sexual dimorphism, brain morphology and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1990;16(2):195-203.
112. Lewine R, Flashman L, Gulley L, et al. Sexual dimorphism in corpus callosum and schizophrenia [letter]. *Schizophrenia Research* 1991 Jan-Feb;4(1):63-4.
113. Sanz de La Torre JC, Junqué C, Pérez M. Diferencias sexuales en la esquizofrenia. *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barcelona* 1992;19(6):272-83.
114. Cournos F, Guido JR, et al. Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1994 Feb;151(2):228-32.
115. Häfner H, Maurer K, Löffler W, et al. The Influence of Age and Sex on the Onset and Early Course of Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1993;162:80-6.
116. Crow TJ. Origins of Psychosis and the Evolution of Human Language and Communication. En: *New Generation of Antipsychotic Drugs: Novel Mechanisms of Action*. Basilea: Karger, 1993:39-61.
117. Cirici R, Bel MT, Guarch J, et al. Competencia social en la esquizofrenia:

- Discrepancias por sexos. C. Med. Psicosom 1993;27:611.
118. Linares Fernández JL, et al. Diferencias entre conductas y roles sexuales masculinos y femeninos en pacientes psiquiátricos de larga evolución. En: "Comportamientos sexuales". Editores: Farré, Valdés, Maideu. Barcelona: Fontanella, 1980.
119. Tournay G, Hatfield LM. Androgen metabolism in schizophrenics, homosexuals, and normal controls. Biol Psychiatry 1973 Feb;6(1):23-36.
120. Rinieris P, Markianos M, Hatzimanolis J, et al. A psychoendocrine study in male paranoid schizophrenics with delusional ideas of homosexual content. Acta Psychiatr Scand 1985 Sep;72(3):309-14.
121. Cacabelos R. Alteraciones neuropeptidérgicas en trastornos mentales. Monografías de Psiquiatría 1992 Julio-Agosto;4:3-12.
122. Barabash A, Santos JL, Arias JA, et al. Disfunción dopaminérgica en la esquizofrenia: prolactina y hormona del crecimiento. Monografías de Psiquiatría 1993 Ene-Feb;V(1):28-37.
123. Ban TA. "Neuroleptics and sexual functioning": Commentary. Integrative-Psychiatry; 1986 Jun;4(2):100.
124. Berardi AL, Garske JP. Effects of sexual arousal on schizophrenics: a comparative test of hypotheses derived from ego psychology and arousal theory. J Clin Psychol 1977 Jan;33(1):105-9.
126. Gittelman-Klein R, Klein DF. Premorbid asocial adjustment and prognosis in schizophrenia. J Psychiatr Res 1969;7:35-53.
127. Strauss JS, Carpenter WT. The prediction of outcome in schizophrenia, II: Relationships between predictor and outcome variables. Arch Gen Psychiatry 1974;31:37-42.
128. Ey H, Bernard P, Brisset CH. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Toray-Masson, 1965.
129. Akhtar S, Thomson JA. Schizophrenia and sexuality: A review and a report of twelve unusual cases-Part II. J Clin Psychiatry 1980 May;41(5):166-74.
130. Lewine RRJ, Watt NF, Fryer JH. A study of childhood social competence, adult premorbid competence, and psychiatric outcome in three schizophrenic subtypes. J Abnorm Psychol 1978;87:294-302.
131. Lewine RRJ, Watt NF, Prentky RA, et al. Childhood social competence in functionally disordered psychiatric patients and in normals. J Abnorm Psychol 1980;89:132-8.
132. Raboch J. Sexual development and life of psychiatric female patients. Archives-of-Sexual-Behavior 1986 Aug;15(4):341-53.
133. Lehmann HE. "Neuroleptics and sexual functioning" [Commentary]. Integrative-Psychiatry 1986 Jun; 4(2):102-3.

134. McEvoy JP. "Neuroleptics and sexual functioning" [Commentary]. *Integrative-Psychiatry* 1986 Jun; 4(2):107-8.
135. Frost LA, Chapman LJ. Polymorphous sexuality as an indicator of psychosis proneness. *Journal-of-Abnormal-Psychology* 1987 Nov;96(4):299-304.
136. Nestoros JN, Lehman HE. Neuroleptics and male sexual dysfunction. *Int Drug Ther Newslett* 1979 Jun;14(6):21-3.
137. Bromet E, Harrow M, Kasl S: Premorbid functioning and outcome in schizophrenics and nonschizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* 1974;30:203-7.
138. Keefe RS, Mohs RC, Losonczy MF, et al. Premorbid sociosexual functioning and long-term outcome in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1989 Feb;146(2):206-11.
139. Small NE, Mohs RC, Halperin R, et al. A study of the reliability of reported premorbid adjustment in schizophrenic patients. *Biol Psychiatry* 1984;19:203-11.
140. Kelley ME, Gilbertson M, Mouton A, et al. Deterioration in Premorbid Functioning in Schizophrenia: A Developmental Model of Negative Symptoms in Drug-Free Patients. *Am J Psychiatry* 1992 November;149(11):1543-8.
141. Lillo-Espinosa JL. Sexualidad y delirio. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* 1983;10(1):19-28.
142. Akhtar S, et al. Overt sexual behavior among psychiatric inpatients. *Diseases of the nervous system* 1977;38:359-61.
143. Lyketsos GC, Sakka P, Mailis A. The sexual adjustment of chronic schizophrenics: A preliminary study. *British Journal of Psychiatry* 1983 Oct;143:376-82.
144. Winokur G, Guze SB, Pfeiffer E. Developmental and sexual factors in women: A comparison between control, neurotic and psychotic groups. *Am Journ of Psychiatry* 1959;115:1097-100.
- 145- Modestin J. Patterns of overt sexual interaction among acute psychiatric inpatients. *Acta psychiatrica scandinavica* 1981;64:446-59.
146. Lukoff D, Gioia-Hasick D, et al. Sex education and rehabilitation with schizophrenic male outpatients. Special Issue: Psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia-Bulletin*, 1986;12(4):669-77.
147. Goodman SP, Schulthorpe WB, Euve M, et al. Social dysfunction among psychiatric and non-psychiatric outpatients. *J Am Geriatr Soc* 1969;17:694-700.
148. Klaf FS, Davis CA. Homosexuality and Paranoid Schizophrenia: A Survey of 150 Cases and Controls. *Am J Psychiat* 1960;116:1070-5.
149. Cooper AJ, Swamy GN. The effect of testosterone on psychopathology and sexual function in a paranoid schizophrenic self-castrate. *Canadian Journal of Psychiatry* 1994 Sep;39(7):436-8.

150. Craissati J, Hodes P. Mentally Ill Sex Offenders. *British Journal of Psychiatry* 1992;161:846-9.
151. Gittleson NL, Levine S. "Subjective Ideas of Sexual Change in Male Schizophrenics", *British Journal of Psychiatry* 1966 August;112:779-82.
152. Gittleson NL, Dawson-Butterworth K, "Subjective Ideas of Sexual Change in Female Schizophrenics", *British Journal of Psychiatry* 1967 May;113:491-4.
153. Teusch L, Scherbaum N, Böhme H, et al. Different Patterns of Sexual Dysfunctions Associated with Psychiatric Disorders and Psychopharmacological Treatment. *Pharmacopsychiat* 1995;28:84-92.
154. Aizenberg D, Zemishlany Z, Dorfman P, et al. Sexual Dysfunction in Male Schizophrenic Patients. *J Clin Psychiatry* 1995 April;56(4):137-41.
155. Connolly FH, Gittleson NL. The relationship between delusions of sexual change and olfactory and gustatory hallucinations in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1971 Oct;119(551):443-4.
156. De Cuyper G. Schizophrenia and symptomatic trans-sexualism: Two case reports. *Eur Psychiatry* 1993;8:163-7.
157. Calnen T. Gender identity crises in young schizophrenic women. *Perspect Psychiatr Care* 1975 Apr-Jun;13(2):83-9.
158. Hayes M, O-Shea B. Erotomania in Schneider-positive schizophrenia. A case report. *Br J Psychiatry* 1985 Jun;146:661-3.
159. Segal JH. Erotomania Revised: From Kraepelin to DSM-III-R. *Am J Psychiatry* 1989 Oct;146(10):1261-6.
160. Barnes TRE, Harvey CA. Psychiatric drugs and sexuality. En: *Sexual Pharmacology*. Riley AJ, Peet M, Wilson C. New York: Oxford University Press, 1993.
161. Gitlin MJ. Psychotropic medications and their effects on sexual function: diagnosis, biology, and treatment approaches. *Journal of Clinical Psychiatry* 1994 Sep;55(9):406-13.
162. Balon R, Yeragani VK, Pohl R, et al. Sexual Dysfunction During Antidepressant Treatment. *J Clin Psychiatry* 1993 June;54(6):209-212.
163. Wilson CA. Pharmacological targets for male and female sexual behaviour. En: *Sexual Pharmacology*. Riley AJ, Peet M, Wilson C. New York: Oxford University Press, 1993:1-58.
164. Méndez E, Moran V, Marin B. Acciones periféricas de la serotonina sobre la conducta copulativa de la rata macho. *C. Med. Psicosom. Sex.* 1987;3:5-9.
165. Haider I. Thioridazine and sexual dysfunctions. *Int J Neuropsychiat* 1966 June;2(3):255-7.
166. Kotin J, Wilbert DE, Verbug D, et al. "Thioridazine and Sexual Dysfunction", *American Journal of Psychiatry* 1976 January;133:82-5.
167. Mitchell JE, Popkin MK. Antipsychotic drug therapy and sexual dysfunction in men. *Am J Psychiatry* 1982 May;139(5):633-7.

168. Strauss B, Gross J. Effects of Psychopharmacological Treatment on Sexual Functions. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1984;52:293-301.
169. Carlson BE, Sadoff RL. Thioridazine in schizophrenia. [letter]. *JAMA* 1971 Sep 20;217(12):1705.
170. Ghadirian AM, Chouinard G, Annable L. Sexual dysfunction and plasma prolactin levels in neuroleptic-treated schizophrenic outpatients. *J Nerv Ment Dis* 1982 Aug;170(8):463-7.
171. Weizman A, Maoz B, et al. Sulpiride induced hyperprolactinemia and impotence in male psychiatric outpatients. *Progress in neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry* 1985;9(2):193-8.
172. Blas D. Seguimiento y evaluación de 65 pacientes psicóticos tratados con Risperidona. *Janssen farmacéutica* 1994.
173. Blair JH, Simpson JM, "Effect of Antipsychotic Drugs on Reproductive Functions", *Diseases of the Nervous System* 1966 October;27:645-7.
174. Murali R, John CJ, Gopinath PS. Phenothiazines and sexual dysfunction [letter]. *Am J Psychiatry* 1983 May;140(5):645-6.
175. Talmon Y, Guy M, Eisenkraft S, et al. Retrograde ejaculation as a side-effect of clozapine. *Harefuah* 1994;126(9):509-10.
176. Williams J, O'Brien J. Ejaculation associated with zuclopenthixol (letter). *British Journal of Psychiatry* 1994 Nov;165(5):697.
177. Fishbain DA. Priapism with antipsychotic. *Psychosomatics* 1986 Jul;27(7):538.
178. Chen EY, Lee AS. Neuroleptic induced priapism, hepatotoxicity and subsequent impotence in a patient with depressive psychosis. *British Journal of Psychiatry* 1990 Nov;157:759-62.
179. Fabián JL. Psychotropic medications and priapism. *Am J Psychiatry* 1993 Feb;150(2):349-50.
180. Ayd FJ. Psychotropic drugs and female sexual dysfunction. *Int Drug Ther Newslett* 1982 Dec;17(10):37-9.
181. Aldridge SA. Drug-induced sexual dysfunction. *Clin Pharm* 1982 Mar-Apr;1(2):141-7.
182. Richelson E. "Neuroleptics and sexual functioning" [Commentary]. *Integrative-Psychiatry* 1986 Jun;4(2):101.
183. Arató M, Erdos A, Polgar M. Endocrinological changes in patients with sexual dysfunction under long-term neuroleptic treatment. *Pharmakopsychiatr-Neuropsychopharmakol* 1979 Nov;12(6):426-31.
184. Meco G, Falaschi P, Casacchia M, et al. Neuroendocrine effects of haloperidol decanoate in patients with chronic schizophrenia. *Advances in Biochemical Psychopharmacology* 1985;40:89-93.

185. Sata LS, Shen WW. "Neuroleptics and sexual functioning" [Commentary]. *Integrative-Psychiatry* 1986 Jun;4(2):103-5.
186. Pollack MH, Reiter S, Hammerness P. Genitourinary and sexual adverse effects of psychotropic medication. *Internacional Journal of Psychiatry in Medicine* 1992;22(4):305-27.
187. Safferman A, Lieberman JA, Kane JM, et al. Update on the Clinical Efficacy and Side Effects of Clozapine. *Schizophrenia Bulletin* 1991;17(2):247-61.
188. Nininger JE, "Inhibition of Ejaculation by Amitriptyline", *American Journal of Psychiatry* 1978 June;135:750-1.
189. Brindley GS. Cavernosal alpha blockade: A new technique for investigating and treating erectile impotence. *Br J Psychiatry* 1983;143:332-7.
190. Alvarez E. Sintomatología depresiva en la esquizofrenia. En: *Esquizofrenia: entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico (I)*. Barcelona: Neurociencias, 1995:97-106.
191. Ciudad A, Cubero P, Sipos L. Tratamiento farmacológico de los síndromes depresivos y pseudodepresivos en las esquizofrenias. *Farmacología del SNC* 1989 Junio;3(2):23-36.
192. Feighner J. Treatment for Schizophrenic Patients with Depression. *Current Approaches to Psychoses (Janssen)* 1995 January;4:10-11.
193. Comfort A. Effects of Psychoactive Drugs on Ejaculation. [letter]. *Am J Psychiatry* 1979 January;136(1):124-5.
194. Dunbar, G. Aspects of tolerability and safety for paroxetine. *Nord J Psychiatry* 1992;46(27):41-6.
195. Drugs that cause sexual dysfunction: An update. *The Medical Letter on Drugs and Therapeutics* 1992 August;34(876):73-8.
196. Segraves RT. Overview of Sexual Dysfunction Complicating the Treatment of Depression. *The Journal of Clinical Psychiatry. Monograph series* 1992 Sep;10(2).
197. Philipp M, Kohnen R, Benkert O. A comparison study of moclobemide and doxepin in major depression with special reference to effects on sexual dysfunction. *International Clinical Psychopharmacology* 1993;7(3-4):149-53.
198. Riley AJ, Riley EJ. The Effect of Single Dose Diazepam on Female Sexual Response Induced by Masturbation. *Sexual and Marital Therapy* 1986;1(1):49-53.
199. Huws R, Sampson G. Recreational Drugs and sexuality. En: *Sexual Pharmacology*. Riley AJ, Peet M, Wilson C. New York: Oxford University Press, 1993:197-210.
200. Peet M, Gillow J. The effect on sexual function of anticonvulsivant, antiparkinsonian, and other miscellaneous drugs. En: *Sexual Pharmacology*. Riley AJ, Peet M, Wilson C. New York: Oxford University Press, 1993:159-75.

201. Fora F. Sexualidad en la población psiquiátrica minusválida. En: Sexualidad en personas con minusvalía psíquica. Madrid: INSERSO, 1993:255-7.
202. Cooper AJ, Losztyn S, et al. Medroxyprogesterone acetate, nocturnal penile tumescence, laboratory arousal, and sexual acting out in a male with schizophrenia. *Archives-of-Sexual-Behavior* 1990 Aug;19(4):361-72.
203. Schiavi RC. Interview, Psychometric, and Psychophysiologic Strategies to Assess Sexual Disorder Etiology. *The Journal of Clinical Psychiatry*. Monograph series 1992 sep;10(2):19-25.
204. Barbosa BJ, Duarte JC, Sahium J. Uso da monoclormipramina no controle da ejaculação precoce. *A Folha Médica* 1975;70(5):451-2.
205. Segraves RT. Treatment of Premature Ejaculation With Lorazepam. [letter] *Am J Psychiatry* 1987 September;144(9):1240.
206. Wabrek AJ. Effect of Metoclopramide on Ejaculatory Threshold in a Group of Premature Ejaculators. *Neurology and Urodynamics*, 1984;3:155-61.
207. Lovett-Doust JW, Huszka L. Amines and aphrodisiacs in chronic schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1972 Oct;155(4):261-4.
208. Tennent G, Bancroft J, Cass J. "The Control of Deviant Sexual Behavior by Drugs: A Double Blind Controlled Study of Benperidol, Chlorpromazine and Placebo", *Archives of Sexual Behavior* 1974 May;3:261-71.
209. Stein, D.J. et al. Serotonergic Medications for Sexual Obsessions, Sexual Addictions, and Paraphilias. *J Clin Psychiatry* 1992 August;53(8):267-71.
210. Cordier TF, Khun JM. Effect of a long-lasting gonadotrophin hormone-releasing hormone agonist in six cases of severe male paraphilia. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87:445-50.
211. Kornreich C, Dulk AD, Verbank P, et al. Fluoxetine Treatment of Compulsive Masturbation in a Schizophrenic Patient [letter]. *J Clin Psychiatry* 1995 July;56(7):334.
212. Segraves RT. Reversal by Bethanecol of Imipramine Induced Ejaculatory Dysfunction. [letter] *Am J Psychiatry* 1987 September;144(9):1243-4.
213. McGilp, R. Case report (2): Paroxetine and delayed ejaculation. A treatable side effect. *J. Drug Dev.*1993;5(4):265-6.
214. Price J, Grunhaus LJ. Treatment of Clomipramine Induced Anorgasmia With Yohimbine: A Case Report. *J Clin Psychiatry* 1990 January;51(1):32-3.
215. Gitlin MJ. Treatment of Sexual Side Effects With Dopaminergic Agents (letter). *J Clin Psychiatry* 1995 March;56(3):124.
216. Urfer-Buffat J. La sexualité en institution psychiatrique. *Méd et Hyg.* 1991;49:936-7.
217. Welch S, Meagher J, Soos J, et al. Sexual Behavior of Hospitalized Chronic Psychiatric Patients. *Hospital and*

Community Psychiatry 1991
August;42(8):855-6.

218. Withersty DJ. Sexual attitudes of hospital personnel: a model for continuing education. *Amer. J. Psych* 1976;133:573-5.

219. Seeman MV, Lang M, Rector N. Chronic schizophrenia: A risk factor for HIV?. *Can-J-Psychiatry* 1990;35(9):765-8.

220. McDermott BE, Sauter FJ Jr, et al. Diagnosis, health beliefs, and risk of HIV infection in psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry* 1994 Jun;45(6):580-5

221. Skantze K, Malm U, Dencker SJ, et al. Comparison of Quality of Life Standard of Living in Schizophrenic Out-patients. *British Journal of Psychiatry* 1992;161:797-801.

222. Bobes J, González MP, Bousoño M, et al. Calidad de vida y esquizofrenia. En: *Esquizofrenia: entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico (II)*. Barcelona: Neurociencias, 1995:247-66.

223. American Psychiatric Association. *Breviario DSM-III-R. Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson, 1990.

224. Endicott J, Spitzer L, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale. A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance. *Arch Gen Psychiatry*. 1976 June;33:766-71.

225. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H et al. A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry* 1983 Nov;40:1228-31.

226. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. *Sexual Behavior in the human male*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1948.

227. Golombok - Rust Inventory of Sexual Satisfaction: (The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). *British Journal of Clinical Psychology* 1985;24:63-4.

228. Cervera S, Giralá N, Ortuño F, et al. Las formas esquizoafectivas. En *Esquizofrenia: entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico (I)*. Barcelona: Neurociencias, 1995:175-93.

229. Malo De Molina C, Valls JM, Perez A. *La conducta sexual de los españoles*. Barcelona: B, 1988.

230. Echeburúa E. La ofensa sexual: concepto, clasificación y límites. En: *Guía de la sexualidad*. Madrid: Espasa Calpe, 1994:435-9.

231. Vázquez C. La homosexualidad. En: *Guía de la sexualidad*. Madrid: Espasa Calpe, 1994:227-36.