

ESQUIZOFRENIA Y DISFUNCIONES SEXUALES

MsC Dra. Rocío Queral Gómez-Quintero, Dra. Daizmé Suárez Orta (Cuba)

RESUMEN

El funcionamiento sexual de los pacientes que padecen graves trastornos mentales, como la esquizofrenia, ha recibido poca atención, las disfunciones sexuales contribuyeron en un porcentaje importante a la falta de continuidad del tratamiento y a la calidad de vida de estos pacientes.

Se encuentra un elevado porcentaje de esquizofrénicos que no mantienen relaciones sexuales o muestran una alta tasa de disfunciones de diversos orígenes, como la propia enfermedad o por la medicación utilizada en el tratamiento. Se advierte sobre esta problemática y se presentan los resultados de una revisión de las historias clínicas de un grupo de 5 pacientes de 25 a 60 años de edad, que han ingresado en el CENSAM en el período de 5 años comprendido entre el 2003 y el 2007. Se explora que el porcentaje del universo admite problemas sexuales.

Se detectan que en la historia clínica psiquiátrica no se profundiza lo suficiente en la esfera sexual de este grupo de enfermos.

Introducción

En la actualidad, el desarrollo de los psicofármacos y de los programas comunitarios de salud mental ha supuesto un cambio radical en la situación de las enfermedades mentales crónicas de carácter grave. Estos pacientes han pasado de la reclusión en hospitales psiquiátricos a la vida en la comunidad, con una integración progresiva en la sociedad. Este cambio se ha acompañado de una mayor preocupación por aspectos que antes permanecían desatendidos, como la calidad de vida, la evaluación de las necesidades, y de aspectos relacionados con la vida familiar del paciente. Sin embargo, este cambio espectacular de la atención al enfermo mental crónico ha dejado al descubierto nuevos problemas. Importantes acápites pendientes en la atención a esta población son los aspectos relacionados con la contratación y mantenimiento del empleo y la vida sexual que desarrollan. Estas dos dimensiones de la integración han pasado de ser temas marginales a convertirse en un foco principal de atención por parte de la población afectada y de los profesionales. En la presente revisión analizamos algunos factores

relacionados con uno de estos tópicos, la sexualidad, en pacientes afectados de una de esas enfermedades mentales crónicas de carácter grave, la esquizofrenia.

La interrelación entre enfermedad mental y disfunción sexual no es un tema nuevo. Se plantea que entre 20 y el 50 por 100 de los pacientes hospitalizados por trastornos mentales presentan trastornos en el funcionamiento sexual, y a su vez los problemas en el funcionamiento sexual podían haber contribuido a su trastorno psíquico (1). Se considera la mejoría de dicha actividad como un factor relevante en la posible mejoría del cuadro (2). Sin embargo, la existencia de literatura relacionada con el funcionamiento sexual en pacientes psiquiátricos es sensiblemente inferior a la disponible en otras enfermedades médicas crónicas como el cáncer o el SIDA.

Dos factores han incidido en el interés actual por la sexualidad de los enfermos mentales: (3)

- ◆ La evaluación de la calidad de vida: el funcionamiento sexual es una de las dimensiones a considerar en la evaluación de la calidad de vida. Ello ha contribuido a dar un mayor peso a esta variable en la evaluación global del sujeto.

- ◆ Efecto de los nuevos psicofármacos: desde la aparición de la fluoxetina (Prozac) a finales de los años ochenta, una nueva generación de psicofármacos ha aparecido para el tratamiento de los trastornos depresivos, de ansiedad y para los trastornos psicóticos. Los nuevos antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e inhibidores de la recaptación de la serotonina y noradrenalina) son fármacos más seguros y con menos efectos secundarios que los antidepresivos convencionales (tricíclicos e IMAOs). Sin embargo, un efecto común a todos los fármacos es la inhibición de la libido en mayor o menor grado y el retraso o inhibición de la eyaculación y el orgasmo. Estas alteraciones se producen también con los nuevos antipsicóticos, que poseen un potente efecto sobre la función serotoninérgica a través del bloqueo de los receptores post sinápticos 5-HT₂. (4)

La existencia de este efecto coexiste con la evidencia científica de la necesidad de tratamiento a largo plazo en los pacientes crónicos. Aunque a nivel general estos fármacos pueden presentar una mejor tolerancia por sus pocos efectos adversos, su uso prolongado puede también resultar muy problemático a causa de los efectos sobre la actividad sexual. (4,5)

Este factor ha despertado un gran interés en el funcionamiento sexual de los pacientes mentales por parte de las compañías farmacéutica, que en la actualidad han incorporado

los métodos de evaluación del funcionamiento sexual en los ensayos clínicos y financiados estudios sobre la actividad sexual de los pacientes crónicos. Por ello nos trazamos como objetivos general conocer alguna de las afectaciones de la esfera sexual detectadas en pacientes esquizofrénicos y como objetivos específicos: exponer las variables sociodemográficas de nuestro grupo de enfermos, conocer las manifestaciones de la esfera sexual que se presentó en nuestro universo, determinar si existió relación entre disfunciones sexuales y la administración de psicofármacos convencionales o atípicos, discernir si la exploración de los trastornos de la esfera sexual fue lo suficientemente exhaustiva.

Funcionamiento sexual en personas afectadas de esquizofrenia:

Según Skopec y cols, (6) lo que es más llamativo clínicamente y más distintivo, son las maneras en que los esquizofrénicos experimentan y usan su sexualidad. Sus necesidades están con frecuencia en un nivel psicológico esencialmente primitivo: a menudo desean básicamente cercanía (intimidad) y cuidados más que una relación sexual explícita. Esta preferencia de cuidados y de proximidad sobre las necesidades sexuales también es característica de sujetos con otro tipo de enfermedades crónicas como por ejemplo pacientes oncológicos. Algunas revisiones serias (7, 8,9) plantean que aproximadamente el 50% de los pacientes esquizofrénicos dicen no tener relaciones sexuales o desean menor frecuencia de relaciones sexuales. Un 60 por 100 de esquizofrénicas no experimentan orgasmo de ningún modo, incluyendo auto estimulación y sólo la mitad de los esquizofrénicos se reconocieron como moderadamente o muy satisfechos de sus relaciones sexuales.

Históricamente se tendía a asociar a estos pacientes con conductas extravagantes incontroladas y a menudo éticamente repugnantes. Eran descritos como agresivos o lascivos sexualmente. Sin embargo se aprecia que la conducta sexual actual de los sujetos esquizofrénicos o es normal o es reducida en comparación con la población general. (10)

Donlon (5) describió un número de síntomas sexuales que comúnmente acompañaban a la descompensación psicótica y que incluían obsesiones sexuales, hipersexualidad y conducta sexual inapropiada. Berardi y Garske (3) realizaron un estudio experimental para probar la teoría de la desinhibición de la esquizofrenia y encontraron que los esquizofrénicos realmente presentaban más atención a las escenas pornográficas que los sujetos de un grupo de control. Según Verhulst (11) la mayoría de los sujetos refirió

cambio en la conducta sexual durante los períodos de descompensación psicótica, también recogido por Buddeberg y Buddeber (4). Estos cambios, sin embargo, se limitaban a un incremento de la disminución de la frecuencia de sus actividades sexuales habitualmente preferidas.

Lo cierto es que, no podemos identificar, por ahora, una determinada conducta sexual como síntoma característico de esquizofrenia.

Factores influyentes en la conducta sexual del esquizofrénico:

Señalaban Verhulst y Schneidman (11) que el aislamiento y la falta de habilidades sociales, las limitaciones farmacológicas y socioculturales actúan como barrera a la expresión sexual de los pacientes psiquiátricos crónicos. La propia sintomatología de la enfermedad va a condicionar la conducta sexual del esquizofrénico. Así por ejemplo, las alteraciones del afecto y la aparición de aplanamiento afectivo, anhedonia, apatía y la dificultad de las relaciones interpersonales, y en general el deterioro global del individuo, van a entorpecer el desarrollo o el mantenimiento de las relaciones sexuales satisfactorias. Es evidente, por otra parte que la hospitalización y la institucionalización aumenta las limitaciones.

Con respecto a la repercusión de la terapia farmacológica sobre el funcionamiento sexual, se ha realizado un número considerable de estudios sobre los efectos secundarios de los neurolépticos. Con la excepción del estudio a doble-ciego de Tennent, Bancroft y Cass (12), los cuales usaron voluntarios, todos los demás se hicieron sólo con población enferma. Estos estudios no se centraban en la conducta sexual habitual de los pacientes y con frecuencia omitían el diagnóstico psiquiátrico de los mismos. En el artículo de Nestoros y cols. (9) se revisa el impacto de la enfermedad esquizofrenia y los neurolépticos en la conducta sexual masculina, concluyendo que el efecto de la enfermedad sobre dicha conducta no está claro, pero que hay elementos indicativos de que una esquizofrenia crónica severa ejerce un efecto deteriorante en la conducta de los pacientes esquizofrénicos y que los neurolépticos se indican como agentes distorsionadores de dicha conducta sexual, si bien estos efectos son a menudos complejos y no fácilmente comprensibles.

Se sospecha que los agentes antipsicóticos probablemente no posean efectos directo sobre el centro sexual del cerebro (con la posible excepción del haloperidol, que puede afectar directamente la respuesta sexual). Estos fármacos pueden afectar indirectamente a la sexualidad debido a sus efectos favorables sobre el estado psíquico. Por otra parte,

de algunos agentes se informa que causan con escasas frecuencia dificultades erectivas y eyaculatorias, debido probablemente a sus efectos antiadrenérgicos y/o anticolinérgico o antidopaminérgicos. Así, las fenotiacina pueden mejorar la respuesta sexual como resultado de la mejoría de la enfermedad mental, si bien con ellas se puede presentar, sobre todo con la tioridacina, eyaculaciones (secas) debidas a los efectos paralizadores sobre el esfínter vesical interno, que hacen que el semen se vacíe en la vejiga. En general, a dosis muy elevadas, hay datos de disminución del deseo sexual y datos de impotencia (rara) con algunos agentes de este grupo. El haloperidol parece reducir la libido y la potencia sexual y causa eyaculación retardada en algunos pacientes por mecanismo desconocidos, en los que quizás intervenga una actividad central periférica antidrenérgica o antidopaminérgica, no constando que afecte al orgasmo.

El estudio de los efectos secundarios de tipo sexual inducidos por psicofármacos ha permitido profundizar en el conocimiento de las bases biológicas de la respuesta cerebral y la implicación de diferentes áreas neuroanatómicas y de diferentes neurotransmisores en dicha respuesta. Los principales neurotransmisores no peptídicos del SNC (serotonina, dopamina y noradrenalina) están implicados en la actividad sexual (13).

Material y método:

Se realiza una evaluación de 55 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia, ingresados en el Centro Nacional de Salud Mental (CENSAM) durante los años 2003 y 2004, con la finalidad de determinar las afectaciones de la esfera sexual detectadas en estos enfermos. Se monitorizaron diversas variables sociodemográficas como estado civil, sexo, impresiones personales sobre la sexualidad, orientación sexual, tipo de relación sexual, práctica de coito y presencia de disfunciones admitidas por los enfermos. Se intenta discernir hasta que punto fueron explorados los trastornos inherentes a la esfera sexual y si se les dio la debida importancia a éstos. El método de trabajo fue la entrevista individual y la revisión de los expedientes clínicos en busca de manifestaciones referidas en ingresos anteriores. Los elementos obtenidos fueron reflejados en tablas y gráficas para su mejor análisis y comprensión.

Resultados:

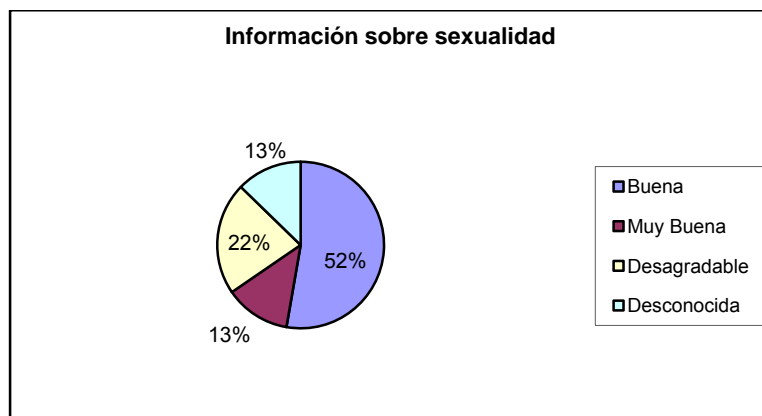
Las características sociodemográficas indican que el total de la muestra fue de 55 sujetos, de los cuales 31 fueron hombres y 24 mujeres (56,4 y 43,6% respectivamente). Predominó la raza blanca con 35 pacientes (63,8%) seguido de la mestiza con 16 (29,0%) y la negra con 4 (7,2%). El 72,7% del universo eran solteros (23 hombres y 17 mujeres).

Tabla 1
Estado civil por sexos

	Varones		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Solteros	23	41,8	17	30,9	40	72,7
Casados	8	14,6	7	12,7	15	27,3
Total	31	56,4	24	43,6	55	100,0

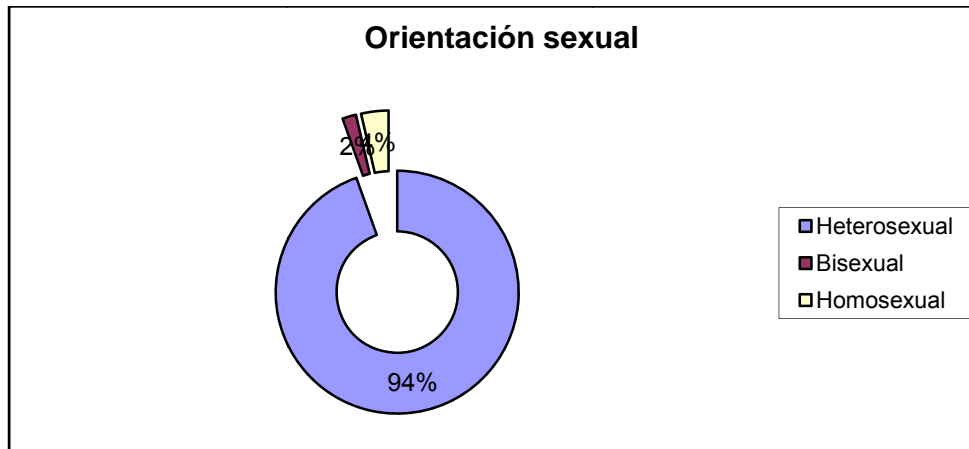
Respecto a la información recibida sobre sexualidad, se encontró que 36 enfermos consideraron su información buena (52,8%) o muy buena (12,7%). Para 12 de ellos había sido desagradable y para los 7 restantes, desconocida.

Gráfica 1



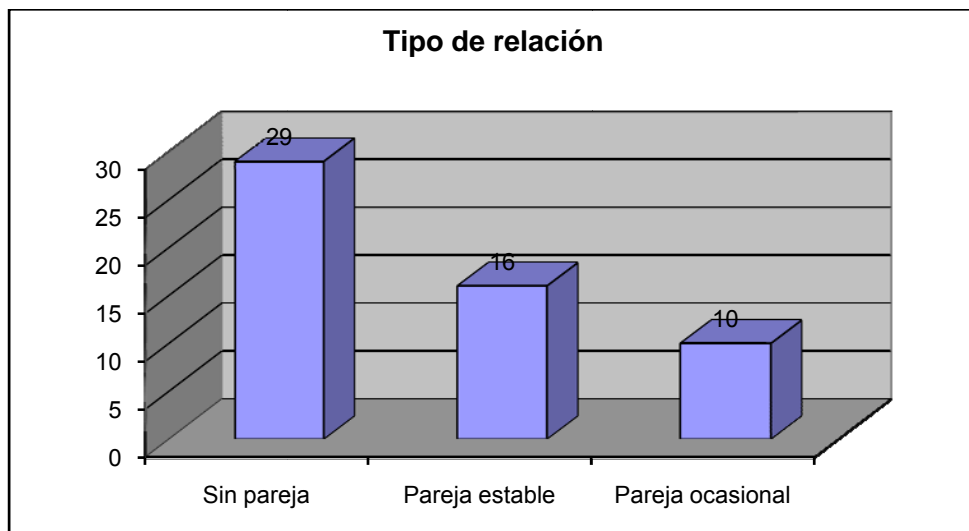
Resultó interesante la orientación sexual de nuestros pacientes pues muchas veces se habla de prácticas homosexuales en un número elevado de estos enfermos, sin embargo, 52 de ellos (94,6%) expresaron su preferencia heterosexual, dos admitieron haber practicado de forma rara y ocasional relaciones con personas de su mismo sexo a pesar de preferir y practicar habitualmente sexo con personas del otro sexo (bisexual) y sólo uno admitió su presencia homosexual.

Gráfica 2



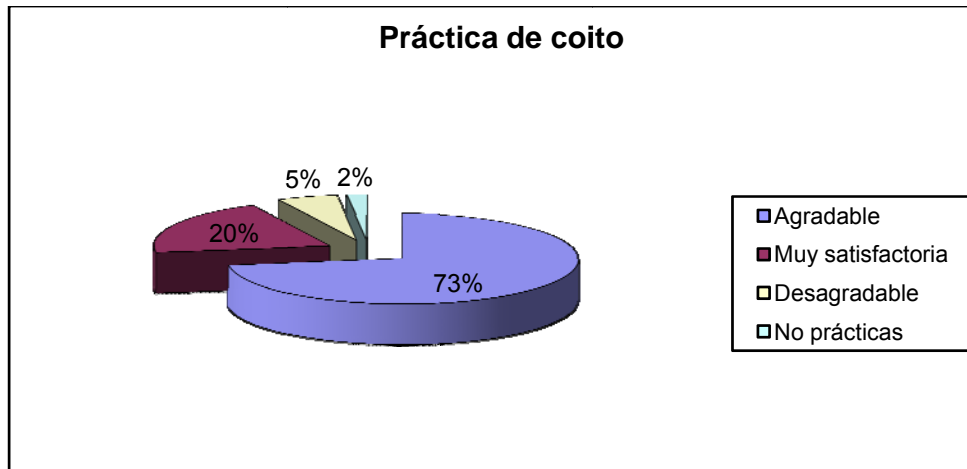
Se conoce que los esquizofrénicos son personas que sufren serios problemas en sus relaciones interpersonales y específicamente en la esfera sexual, de ahí la dificultad en mantener parejas estables. En el universo estudiado se encontró que 29 pacientes (52,7%) se encontraban sin pareja mientras otros 10 (18,3%) habían tenido una pareja ocasional. Los restantes 16 (29,0%) si mantienen una pareja estable hasta el momento del estudio.

Gráfica 3



Más del 90% de nuestros encuestados consideran la práctica del coito como agradable (40 casos) o muy satisfactoria (11 casos), 3 de ellos lo describen como desagradable y sólo 1 confesó no practicarlo.

Gráfica 4



Por último, se exploraron las disfunciones sexuales referidas por los enfermos. Se encontró un amplio predominio de la anafrodisia o falta del deseo sexual en 17 casos dentro del grupo de los trastornos del impulso sexual. En el grupo de trastornos de la excitación, dos pacientes refirieron hipererotismo. No se encontró trastornos del orgasmo, vaginismo o dispareunia, descritos de formas esporádicas por este tipo de enfermos.

Tabla 2

Presencia de disfunciones sexuales

Trastornos del impulso sexual.....	17.....	30, 0%
Trastornos de la excitación.....	2.....	3,6%
Trastornos del orgasmo.....	0	
Vaginismo.....	0	
Dispareunia.....	0	

DISCUSIÓN:

En la muestra estudiada se constató un discreto predominio de los varones en relación a las mujeres, así como de la raza blanca sobre la negra y mestiza, lo cual coincide con la mayoría de las publicaciones internacionales.

El alto porcentaje de enfermos solteros (72,7%) refleja fielmente los serios problemas que presentan estos pacientes en sus relaciones interpersonales, con repercusión directa en la esfera sexual, pues independientemente de que un elevado número confiesa sentir deseos de sexo, los problemas inherentes a la enfermedad y su repercusión sobre la esfera sexual, los hace muy vulnerables a mantener una pareja estable.

Un número aceptable de enfermos (36) considera haber recibido una adecuada información sobre educación o información sexual en su infancia o adolescencia, mientras los restantes 19 la califican de desagradable o desconocida; estos porcentajes no distan

mucho del grado de información expresada por pacientes portadores de otras enfermedades mentales e incluso personas sanas. Cuando se les pregunta si se encuentran conformes con el beneficio que les ha aportado ese grado de información, sólo el 50% dice haberlo aprovechado. Esta es una problemática que influye negativamente sobre nuestra sociedad en general y sobre la cual se ha venido trabajando pero aún queda mucho por hacer en aras de conseguir una adecuada educación sexual de nuestros niños y jóvenes.

En relación a haber experimentado o estar practicando alguna actividad sexual concreta, las respuestas varían en dependencia del sexo, pues los hombres refieren haber practicado auto estimulación, coitos heterosexuales y experimentado orgasmos, en mayor número, y coito homosexual de forma muy esporádica. Las mujeres confiesan masturbarse menos, practicar menos el coito y tener dificultades para alcanzar el orgasmo.

Aunque más del 90% refiere practicar el coito, la inmensa mayoría dice que en general disminuyeron las prácticas sexuales después de la aparición de la enfermedad psíquica, siendo la tendencia general, tanto en hombres como en mujeres, una disminución del coito y un aumento de las prácticas de auto estimulación.

El 33,6% de nuestros pacientes presentaban disfunciones sexuales en el momento de la evaluación. Predominó la disminución del deseo sexual (anafrodisia) dentro del grupo de los trastornos del impulso sexual, con 17 casos para un 30%. El otro grupo afectado fue el de los trastornos de las fases de la excitación con 2 casos (3,6%) No encontramos en nuestros enfermos confesiones relativas a trastornos del orgasmo, disfunción relativamente frecuente en estos casos, lo cual nos hace reafirmar que existen problemas a la hora de explorar la esfera sexual de los pacientes portadores de enfermedades mentales crónicas, básicamente porque los propios profesionales no somos capaces de obtener del paciente toda la información o no les damos la debida importancia a éstas manifestaciones. No se encontraron otras disfunciones menos frecuentes como vaginismo y dispareunia. Todos los estudios coinciden en que la anafrodisia es la disfunción sexual más frecuente en los pacientes esquizofrénicos.

Conclusiones:

- 1.- Las disfunciones sexuales son frecuentes y constituyen actualmente uno de los principales problemas en el manejo y tratamiento de los pacientes afectados de trastornos mentales crónicos como la esquizofrenia.

- 2.- Estas son un factor relevante en la pérdida de calidad de vida de estas personas.
- 3.- En muchas ocasiones las disfunciones sexuales se deben o agravan por la administración de psicofármacos que alteran el funcionamiento sexual.
- 4.- En los enfermos mentales crónicos, no se explora la esfera sexual con la debida rigurosidad, de ahí que se pierda una valiosa información que sería muy útil a la hora de definir conductas terapéuticas.

Bibliografía:

1. Akhtar s., y Thompson, JA: Schizophrenia and sexuality: a review and a report of twelve unusual cases. Part I, J.Clin Psych, 41:134-142, 1980.
2. Pinderhughes, CA, Grace, EB y Reyna LJ: Psychiatric disorders and sexual functioning. Am J Psych, 128: 96-102, 2002.
3. Berardi; A.L, Garske, J.P, Effects of sexual arousal on schizophrenic: a comparative test of hypotheses derived from Ego Psychology and Arousal Theory, J. Clin Psychol, 33: 105-109, 1997.
4. Buddeberg, C, Y Buddeberg, B.: Sexuelle Beziehungsstörung Schizophrener, psychotherapie, Medizinische Psychologie, 28:22-26, 2000.
5. Donlon, P.T.: Sexual symptoms of incipient schizophrenic psychosis, Medical aspects of Human Sexuality, 10:69-70, 1996.
- 6- Skopec, HM, Rosenberg SD y Tucker, GJ: Sexual behaviour in Schizophrenia. Med Asp Hum Sex, April 1976.
- 7- Flora, F, Esquizofrenia y sexualidad. Tesis doctoral, Universidad de Barcelona, 1996.
- 8- Friedman, S y Harrison, G.: Asexual histories, attitudes and behaviour of schizophrenic and normal women. Arch Sex Behav, 13 (6), 1984.
- 9- Nestoros, JN, Lehmann, H y Ban, TA: Sexual behaviour of the male schizophrenic: the impact of illness and medication. Arch Sex Behav, 421-442, 1981.
- 10- Rodríguez de Molina, M, Salvador, L, González Infante, JM: Sexualidad y esquizofrenia. En: Sexualidad en personas con minusvalía psíquica (241-254) Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales, IMSERSO, 1993.
- 11- Verhulst, J Scheneidman B.: Schizophrenia and sexual functioning. Hosp Comm Psych, 32 (4): 259-262, 2001.
- 12- Tennent G, Bancroft, J y Cass J.: The control of deviant sexual behaviour by drugs: a double blind controlled study of Benperidol, Chlorpromazine and placebo. Arch Sex Behav, 3: 261-271, 1974.

13- Stahl, SM.: How phychiatrists can build new therapies for impotence. J. Clin Psychiatry 59: 47-48, 1998.