

Sexualidad en la Esquizofrenia.

Nicolas Martín Navarro, Flora M^a Vega Fernández y Angel L. Montejo

Departamento de Psiquiatría. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción:

La función sexual del paciente psicótico presenta muchas incógnitas. La primera es la de pensar que existe un gran desconocimiento del problema y que pocos autores se han ocupado hasta el momento de investigar este aspecto en la esquizofrenia. El hecho de que la sexualidad del paciente psicótico no sea muy bien conocida no debe significar paralelamente que los pacientes no la consideren importante, con independencia de que tengan pareja estable o no. (tabla 1)

Siempre se ha creído que su actividad sexual es diferente de la población sana aunque actualmente se acepta que presentan muchos rasgos en común debido a que un número de pacientes recuperan en mayor o menor porcentaje su estado prepsicótico.

Debido a que se trata de un grupo muy heterogéneo con distintas evoluciones clínicas y actividad sexual debemos separar varios subgrupos.

1) Los pacientes con clínica aguda y que **precisan internamiento** para el control psicopatológico no suelen presentar quejas ante sus médicos sobre la función sexual. El corto periodo de estancia hospitalaria y el predominio de objetivos terapéuticos dirigidos hacia el control de los síntomas de primer orden superan inicialmente la preocupación por niveles de funcionalidad

posteriores. Sin embargo si bien la decisión de un determinado antipsicótico está basada inicialmente en su eficacia no olvidemos que deberán ser empleados durante largo plazo por lo que la tolerancia y aceptación del paciente de sus efectos adversos se convierte en esencial. No puede existir el concepto de efectividad sin estar estrechamente ligado a la presencia de efectos adversos mal tolerados a largo plazo.

2) **Los pacientes cronificados con mala evolución** suelen presentar un deterioro importante en su capacidad sexual acompañando al resto de las alteraciones mentales, psicosociales y síntomas deficitarios ¹. Sin embargo investigaciones actuales demuestran que los pacientes en tratamiento crónico con buena evolución están interesados en la vida sexual aunque tienen dificultades emocionales en la expresión de sus necesidades sexuales ^{2, 3}. Suele ser más frecuente que tengan problemas sociales, familiares y con la comunidad derivados del mayor riesgo de embarazo o por puntuales comportamientos sexuales anormales. Las dificultades emocionales que, por lo general, presentan los pacientes dificulta su habilidad para conseguir interrelaciones sociales incluyendo las de pareja. Posiblemente por este motivo los psicóticos varones (en menor grado las mujeres) tienen un predominio de la actividad masturbatoria comparado con pacientes controles. Por otra parte los no tratados parecen tener menor interés sexual que el grupo control sano sin que esto signifique que el desinterés sexual pueda ser extensible a la población general que recibe antipsicóticos.

3) **Los pacientes muy deteriorados** y que precisan permanecer en instituciones psiquiátricas no pueden tampoco verse relegados al prejuicio de que carecen de interés o actividad sexual. Recientemente se ha descrito que al menos 2/3 de las mujeres con esquizofrenia y hospitalizadas en centros psiquiátricos tienen actividad sexual de pareja por lo que resulta vital investigar las alteraciones secundarias a los psicofármacos. La actividad masturbatoria es muy habitual en los varones si bien en las mujeres presenta una incidencia mucho menor y apenas supera el 20%. Si

se utilizan escalas específicas para medir función sexual en estos pacientes, el 40% padecían descenso del interés sexual comparado con el nivel basal, el 36% problemas de la eyaculación y 1/3 de ellos se mostraron insatisfechos con su funcionamiento sexual por este motivo ⁴ (tabla 2). Si bien la enfermedad y sus repercusiones sociales compromete la funcionalidad sexual no debemos despreciar el papel de los fármacos en el inicio o mantenimiento de estas dificultades.

4) **Pacientes con buena evolución a corto y largo plazo.** Este grupo resulta cada vez más numeroso debido a la aparición de los nuevos antipsicóticos que presentan un perfil más favorable de efectos adversos y se ha generalizado su uso por los psiquiatras de todo el mundo. Es, por fortuna, frecuente encontrar pacientes que sufrieron un episodio psicótico, fueron tratados con fármacos con muy buenos resultados y son seguidos de forma ambulatoria con la ayuda de psicofármacos y apoyo socio-sanitario. Muchos de ellos mantienen una vida familiar, social y laboral adecuada y su actividad sexual puede verse gravemente resentida si aparece disfunción sexual a largo plazo provocada por el fármaco. En este grupo, cada vez más numeroso, es imprescindible valorar este aspecto conjuntamente con el paciente y resulta determinante en la elección de un antipsicótico a largo plazo, casi tanto como puede serlo la presencia o no de síntomas extrapiramidales.

La aparición de **disfunción sexual (DS) secundaria al uso de antipsicóticos** con frecuencia está subestimada por el médico y a menudo compromete el cumplimiento del tratamiento a largo plazo ^{5,6,7,8}.

En general todos ellos pueden producir DS debido al incremento de prolactina fundamentalmente si bien existen otros factores implicados. Por otra parte no todos la producen por igual y estas diferencias pueden suponer factores de primer orden en la elección del antipsicótico.

Dentro de los posibles mecanismos fisiopatológicos implicados en la disfunción sexual asociada al uso de antipsicóticos se debe de dar importancia a modificaciones de neurotransmisores entre los que se encuentran la dopamina⁹, serotonina¹⁰, noradrenalina¹¹, GABA, oxitocina...etc.

Las cifras de **incidencia** oscilan enormemente entre el 5 % y el 90% dependiendo del método utilizado para investigarla¹². Los datos demuestran una infracomunicación muy importante de este problema por parte del paciente que bien pudiera explicarse por distintas causas tales como la vergüenza o falta de confianza. Con más frecuencia de la deseable la subestimación de la incidencia se origina en dificultades del propio médico para entrevistar a los pacientes sobre su vida sexual independientemente de que tengan pareja estable o no.

La DS puede incluir diversas alteraciones tales como descenso de libido, dificultades en la eyaculación, el orgasmo, la erección / lubricación vaginal en mujeres, alteraciones menstruales o ginecomastia ^{13, 14, 15}. Estas alteraciones son reversibles con la discontinuación del tratamiento con la excepción del priapismo que en raros casos puede requerir intervención quirúrgica.

El mayor inconveniente derivado de este efecto adverso es la posibilidad de abandono del tratamiento con las consiguientes complicaciones clínicas y socio-familiares que aparecen posteriormente.

Se han propuesto distintos métodos para mejorar la función sexual secundaria al uso de antipsicóticos. La adición de imipramina parece ser de utilidad en pacientes con disfunción orgásmica secundaria a tiotidazina¹⁶. Existen estudios actuales que promulgan el uso de Cabergolida en la Hiperprolactinemia inducida por la Risperidona (que secundariamente provoca alteraciones de índole sexual)^{17,18}. Otros métodos incluyen la espera de la remisión espontánea, la bajada de dosis, la adición de “antídotos” o el cambio por otra medicación de perfil distinto.

Investigación en muestra española.

Con el fin de analizar la actividad sexual de los pacientes hemos analizado a través de una modificación del **cuestionario de Kinsey** una muestra consecutiva de **58** pacientes ambulatorios que acudieron a la consulta con diagnóstico de Esquizofrenia en cualquiera de sus presentaciones sin utilizar ningún criterio de exclusión ni de inclusión. De este modo se pretendía conocer cuál era la importancia que los pacientes concedían a la sexualidad, la satisfacción derivada de su actividad sexual, el tipo de relación sexual así como la frecuencia coital y masturbatoria.

Tan sólo uno de ellos se negó a responder al cuestionario por considerar que la vida sexual es una parcela íntima que prefería no exteriorizar. El resto de los pacientes se prestaron a colaborar y hablar de su vida sexual sin mayores problemas.

En la **Fig 1** se muestra las características del grupo estudiado y en la **Fig 2** Su distribución por diagnósticos: El diagnóstico más frecuente es el de esquizofrenia paranoide con dos tercios de los casos analizados

La mayoría de los pacientes de la muestra, se encuentran en tratamiento con neurolépticos atípicos (**Fig 3**), circunstancia que ha de ser tomada en cuenta a la hora de evaluar la disfunción sexual, de la que no nos vamos a ocupar en este trabajo, en el que nos limitamos a describir la esfera sexual del paciente psicótico, ciñéndonos a cuestiones más generales, tales como la importancia de la vida sexual, grado de satisfacción y tipo de actividad sexual en este subgrupo de población.

A medida que desglosamos la escala, que hemos utilizado en nuestro caso, y vamos analizándola pregunta a pregunta, obtenemos una serie de consideraciones que resultan cuando menos interesantes.

Observamos que **para dos tercios de nuestros pacientes la vida sexual es importante** sin embargo sólo **la cuarta parte están satisfechos** con su actividad sexual, respondiendo en su mayoría que no están satisfechos ni insatisfechos

También se extrae del siguiente ítem, que **la mayoría** de los sujetos de la muestra **son heterosexuales** aunque **no mantienen una relación estable de pareja** que cuando se establece son las mujeres las que la conforman. Como consecuencia de lo anterior **las relaciones sexuales dentro de la pareja son escasas** debido a las dificultades señaladas para mantener una relación de pareja estable.

A pesar de todo lo anteriormente reseñado, observamos cómo **la actividad sexual está presente**, cuando analizamos el ítem que hace referencia a la masturbación, donde se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre el hombre y la mujer en favor del **varón**, que **mantiene una actividad masturbatoria más frecuente** (y además esta diferencia de sexos se establece de forma **significativa, $p=0.003$**).

Las últimas dos cuestiones hacen referencia a si en algún momento de los últimos seis meses se han establecido **relaciones sexuales por dinero**, observándose como únicamente dos pacientes varones han mantenido este tipo de relaciones

Las **conclusiones** más relevantes que podemos extraer de este estudio serían el apoyar e incidir en las consideraciones más recientes a cerca de la “**normalidad**” en la **vida sexual del paciente psicótico**, en el que cada vez se establecen menos diferencias con respecto a la población sana en la área sexual.

Los datos nos sugieren con nitidez que **la vida sexual es importante para el paciente psicótico** o al menos para un subgrupo de ellos que representa la tercera parte de la población diagnosticada de esquizofrenia y que tienen algún tipo de actividad sexual que consideran importante. Esta valiosa información debe ser tomada en cuenta a la hora de instaurar un tratamiento que pueda generar por si mismo disfunción sexual yatrógena debido al riesgo de pérdida o abandono del tratamiento por el paciente si esto no es tenido en cuenta por parte del psiquiatra.

Un amplio porcentaje de pacientes (un tercio) no están satisfechos con su actividad sexual. Como aplicación práctica en la clínica es importante detenernos en averiguar si esto es previo a la aparición de la enfermedad, o si por el contrario se ha establecido a raíz de ésta, indagando y buscando la causa, a través de la comunicación directa con el paciente. Por otra parte nos servirá para fortalecer la relación médico-paciente, estableciendo una mayor confianza que sin duda reforzará la alianza terapéutica.

Así mismo, observamos que **la actividad sexual está presente en sus diferentes contextos** y variedades estableciéndose diferencias significativas entre el hombre y la mujer predominando la masturbación claramente en los varones. Las dificultades en las relaciones sociales se reflejan en este grupo si bien la actividad masturbatoria no difiere de la población general en frecuencia ni en su cualidad.

No obstante, como reflejamos al principio, este es un estudio preliminar no exento de limitaciones tales como el tamaño muestral. El empleo del cuestionario debe realizarse de forma heteroaplicada para evitar problemas de comprensión por parte de los pacientes. Sería muy informativo poder establecer diferentes subgrupos dentro de la muestra en función del estadio de la enfermedad, el diagnóstico, la edad, etc..que podrían subsanarse con muestras más grandes

Por último, el objetivo primordial del estudio: extraer la importancia que el paciente psicótico concede a la función sexual y la repercusión que ésta ejerce sobre su vida relacional, queda lo suficientemente bien reflejado en los resultados aquí expuestos. En consecuencia los datos aquí obtenidos nos pueden conducir a la búsqueda de estrategias preventivas para evitar en cualquier caso las nefastas recaídas y las ulteriores consecuencias del abandono del tratamiento.

Bibliografía

1 Nestoros JN, Lehmann HE, Ban TA. Sexual behavior of the male schizophrenic: the impact of illness and medications. Arch Sex Behav 1981 Oct;10(5):421-42

2 Jacobs P, Bobek SC. Sexual needs of the schizophrenic client. Perspect Psychiatr Care 1991;27(1):15-20

3 Leff J. Aiding resocialization of the chronic psychotic patient. Int Clin Psychopharmacol 1997 Sep;12 Suppl 4:S19-24

4 Dikson, RA, Glaser W, Development of a scale to asses sexual functioning, In: Antipsychotic medication and Sexuality. Program and abstract from the 153 Annual American Asociacion meeting, May 13-18, 200. Chicago Abstrac S35.

5 Baldwin DS. Psychotropic drugs and sexual dysfunction International Review of Psychiatry, 1995, 7,261-273.

6 Montejo, A.L.; Llorca, G; Izquierdo, JA. y cols : "SSRI-induced sexual dysfunction. Fluoxetine, Paroxetine, Sertraline and Fluvoxamine in a prospective, multi-center and descriptive clinical study of 344 patients ". Journal of Sex & Marital Therapy, 1997,vol 23 (3) :176-184.

7 Bousoño, M; Bascarán, MT; Sáiz, P. et al. La disfunción Sexual como pieza clave en los tratamientos con antidepresivos a largo plazo. Psiquiatría Biológica, 1999 6 supl 1:14-20.

8 Merino MJ, Garcia M. Antidepresivos y disfunciones sexuales: biología, clasificación y tratamiento. Rev Asoc Esp Neuropsiqu. 1995, XV, 54: 431-442

⁹ Baldesarani RJ, Mars, E fluoxetine and side effects (letter). Arch Gen psychiatry 1990, 47:191-192.

¹⁰ Sussman N. The potetial benefits of serotonin receptor-specific agents. J Clin Psychiatry 1994, feb;55 Suppl:45-51

¹¹ Gitlin MJ. Psychotropic medications and their effects on sexual function: diagnosis, biology, and treatment approaches. J Clin Psychiatry 1994, Sep; 55(9): 406-413

12 Lukoff D, Gioia-Hasick D, Sullivan G, Golden JS, Nuechterlein KH. Sex education and rehabilitation with schizophrenic male outpatients. Schizophr Bull 1986;12(4):669-77

13 Chen EY, Lee AS. Neuroleptic-induced priapism, hepatotoxicity and subsequent impotence in a patient with depressive psychosis. Br J Psychiatry 1990 Nov;157:759-62

14 Griffith SR, Zil JS. Priapism in a patient receiving antipsychotic therapy. Psychosomatics 1984 Aug;25(8):629-31

15 Mitchell JE, Popkin MK. Antipsychotic drug therapy and sexual dysfunction in men. Am J Psychiatry 1982 May;139(5):633-7

¹⁶ Aizenberg D, Silo R, Zemishlany Z, Weizman A. Low-dose imipramina for thioridazine-induced male orgasmic disorder. J sex Marital Ther 1996, Fall: 22(3): 225-229

¹⁷ Cohen LG. Biederman J. Treatment of risperidone-induced hyperprolactinemia with a dopamine agonist in children. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 2001, Vol 11(4): 435-440.

¹⁸ Tollin SR. Use of the dopamine agonists bromocriptine and cabergoline in the management of risperidone-induced hyperprolactinemia in patients with psychotic disorders. Journal of Endocrinological Investigation. 2000, Vol 23(11) : 765-770.