

**CAMBIOS EN EL DESEO SEXUAL QUE LOS MEDICAMENTOS  
ANTIPSICÓTICOS PUEDEN PRODUCIR EN ALGUNOS HOMBRES  
DIAGNOSTICADOS COMO ESQUIZOFRÉNICOS, EN EDADES ENTRE 20 Y 60  
AÑOS, PERTENECIENTES AL HOGAR DE REPOSO LA FLORIDA.**

**LINA MARCELA ACOSTA BETANCUR**

**Trabajo de grado para optar al título de Psicóloga**

**Asesor**

**CÉSAR AUGUSTO JARAMILLO JARAMILLO  
Psicólogo, Magister y Especialista**

**INSTITUCION UNIVERSITARIA DE ENVIGADO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Envigado, Julio de 2014**

## DEDICATORIA

Dedico mis esfuerzos empeñados en este ejercicio investigativo, primeramente a Dios, pues ha sido él que me ha regalado salud, paciencia, deseo de conocimiento y amor para llevar a cabo las metas propuestas, además por estar siempre presente, por acompañar mi camino y ayudarme a alcanzar metas, que en algún momento eran solo sueños.

A mis padres, Rosa Betancur y Evelio Acosta, personas que siempre han acompañado mi camino y han puesto su vida para ayudarme a llegar donde hoy me encuentro, pues no hay un día en el que no le agradezca a Dios el haberme colocado entre Ustedes, estoy segura que ha sido la fortuna más grande tenerlos conmigo y a la vez el tesoro más valioso.

A mi Asesor, César Jaramillo, el cual ha sido un gran ejemplo en el contexto académico, agradezco por compartir su valioso tiempo a mi lado, por brindar sus conocimientos y sobre todo por creer en mis capacidades y ayudarme a ser mejor día tras día; los resultados alcanzados no son logros de un solo creador, sino, una propuesta apoyada por unos grandes cooperadores.

Por último, a los profesores que estuvieron presentes en mi formación, a las agencias de prácticas que permitieron ampliar mis conocimientos día a día y a mis compañeras que fueron motivo para aprehender y seguir adelante. Hoy solo digo, gracias por su dedicación y esfuerzo.

## CONTENIDO

	<b>Págs.</b>
• LISTAS ESPECIALES	6
• GLOSARIO	7
• RESUMEN	11
• ABSTRACT	12
• INTRODUCCIÓN	13
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>16</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>22</b>
2.1. General	22
2.2. Específicos	22
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>23</b>
<b>4. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>29</b>
4.1 Método: estudio de caso múltiple	33
4.1.1 Instrumentos	35
4.1.2 Cualitativo: entrevista a profundidad	35
4.1.3 Cuantitativo: cuestionario de disfunción sexual secundaria al tratamiento con psicofármacos	35
4.2. Consentimiento informado	44
4.3. Población y muestra	45
4.4. Criterios de inclusión	46
4.5. Momentos o fases de la investigación	46
4.6. Recolección y análisis de la información	48
4.7. Consideraciones éticas	50

<b>5. PRESUPUESTO</b>	<b>57</b>
<b>6. CRONOGRAMAS</b>	<b>59</b>
<b>7. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS</b>	<b>61</b>
<b>8. ANTECEDENTES INSTITUCIONALES</b>	<b>95</b>
8.1. Quienes son	95
8.2. Iniciación de la Fundación	96
8.3. Filosofía institucional	98
8.4. Misión	98
8.5. Visión	99
8.6. Objetivos institucionales	99
8.7. General (Centro de Rehabilitación)	99
8.8. Específicos (Centro de Rehabilitación)	99
8.9. General (Hogar de Reposo)	100
8.10. Específicos (Hogar de Reposo)	101
8.11. Indicaciones para el ingreso al Hogar de Reposo <i>La Florida</i>	103
8.12. Ubicación geográfica	103
8.13. Personal institucional	104
<b>9. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL</b>	<b>105</b>
9.1. La esquizofrenia	105
9.2. Antipsicóticos	111
9.3. Disfunción sexual	117
9.4. Influencia	119
9.5. Hombre	121
<b>10. MARCO LEGAL</b>	<b>124</b>

<b>11. ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	<b>134</b>
<b>12. CONCLUSIONES</b>	<b>156</b>
<b>13. RECOMENDACIONES</b>	<b>159</b>
<b>14. REFERENCIAS</b>	<b>160</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>169</b>

**LISTAS ESPECIALES**

<b>FIGURAS</b>	<b>Págs.</b>
<b>Figura 1:</b> Medicamentos que afectan la sexualidad	<b>75</b>
<b>GRAFICOS</b>	
<b>Grafico1:</b> disfunción sexual	<b>64</b>
<b>MAPAS</b>	
<b>Mapa 1:</b> Ubicación geográfica San Antonio de Prado	<b>103</b>
<b>Mapa 2:</b> Ubicación geográfica Fundación <i>la Florida</i>	<b>103</b>
<b>TABLAS</b>	
<b>Tabla 1:</b> Atribución de la disfunción sexual	<b>64</b>
<b>Tabla 2:</b> Disfunción sexual por antipsicóticos	<b>64</b>
<b>Tabla 3:</b> Problemas en la vida sexual	<b>65</b>
<b>Tabla 4:</b> Problemas antes y después de los antipsicóticos	<b>66</b>
<b>Tabla 5:</b> Aparición de disfunción sexual intersexo con risperidona	<b>78</b>

## GLOSARIO

**Amisulpride:** A dosis bajas (50-300 mg) tiene eficacia sobre síntomas negativos y a dosis altas (400-1.200 mg) sobre síntomas positivos. Los efectos secundarios más frecuentes son de tipo extrapiramidal (discinesia, acatisia) y de baja incidencia, con elevación de peso (Emeterio, Aymerich, Faus, Guillamón, Illa, Lalucat, Martínez, Sánchez y Teixidó, 2003, p. 9).

**Aripiprazo:** Es eficaz sobre síntomas positivos, negativos y afectivos, y se utiliza a dosis de 15-30 mg/día por vía oral. Los efectos secundarios más frecuentes son la cefalea, ansiedad, náuseas, mareo e insomnio (Emeterio, et. al., 2003, p. 9).

**Clozapina:** Antipsicótico. Bloqueador débil de los receptores D1 y D2. Bloquea D1-D5; además bloquea los receptores serotonina 2, alta adrenérgicos, H1 y colinérgicos. Cada tableta ranurada contiene 100 mg de clozapina. Indicaciones: es un neuroléptico con acción antipsicótica. Usos no registrados reportados en estudios como desorden esquizoafectivo, desorden bipolar, psicosis de la infancia, desorden obsesivo compulsivo severo (Licitelco S.A., 2013, p. 203).

**Deseo:** Es la aspiración hacia algo que falta y que se puede anhelar y representar. Según una definición clásica, “el deseo descansa en la tendencia y se deduce por sustracción de los elementos positivos de la voluntad”. No puede ser satisfecho si la voluntad no lo lleva a efecto. También se define por la insatisfacción. Según los psicoanalistas, el deseo es el testimonio de una llamada de la libido, manifiesta una ausencia; al límite, el “deseo de otra

cosa, deseo de deseo y a veces de tener un deseo insatisfecho” (Amar, Becker, Bret, Chauchard, Feller, Gauquelin, Gauquelin, Michel, Sarton, Lovis, Tenhaeff y Victoroff, et. al., 1972, p. 160).

**Esquizofrenia:** Es una de las principales enfermedades mentales, pertenece al campo de la psiquiatría. El enfermo mental experimenta detenciones bruscas y aplazamientos, se le puede cuidar, pero es incurable. Esta gran psicosis se presenta muy pronto, a veces ya en la adolescencia. Se trata esencialmente de un trastorno de la afectividad en cuanto esta nos liga al resto del mundo. Las aptitudes intelectuales permanecen durante mucho tiempo intactas, aun cuando sufren, según se ha podido comprobar repetidas veces, distorsiones paradójicas (Amar, et. al., 1972, p. 175-176).

**Inhibición:** Mecanismo regulador activo y no pasivo que frena o suspende una función. La inhibición constituye la correspondencia normal y constante de la excitación, de la “facilitación”. En la actividad nerviosa superior, el juego simultáneo de estos procesos permite el ajuste progresivo de la conducta. Al alejar de la consciencia las representaciones inadecuadas, la inhibición explica la atención concentrada. Constituye la base de la educación, así como de los métodos de relajación; hay que aprender a frenar los propios impulsos para utilizar sólo a sabiendas el dinamismo que proporcionan. Las causas de la esquizofrenia siguen siendo en gran parte misteriosas. Existe ciertamente una predisposición constitucional y hereditaria. Pero el desencadenamiento y el agravarse de la enfermedad se deben bien a accidentes orgánicos (lesiones, infecciones), bien a perturbaciones psicológicas (carencia afectiva).

Lo que principalmente queda perturbado es la vida psicológica: la actividad sufre un desarreglo, quedando bloqueada o haciéndose impulsiva o bien artificial, amanerada. El contacto con el mundo exterior se altera; se instala el autismo; el enfermo vive en un mundo de sueños, de fantasías. Sus deseos no tiene relación con la realidad; se hace impenetrable, indiferente. Pierde todo sentido práctico. Sus reacciones pueden ser explosivas, marcadas por la inercia y la perseveración. Son siempre ineficaces. Ambivalencia, estereotipia, discordancia, hermetismo son los rasgos más constantes de la esquizofrenia. La evolución de la enfermedad suele ser lenta, con episodios agudos y periodos de calma. Los síntomas van desde la mera extravagancia a los delirios y a los actos antisociales (Amar, et. al., 1972, p. 229).

**Olanzapina (Olanzap):** Antipsicótico. Pertenece al grupo de los antipsicóticos atípicos, tiobenzodiazepina, con alta afinidad in vitro por los receptores de serotonina 5-HT<sub>3</sub>, 5HT<sub>6</sub>, receptores de serotonina 5-HT<sub>2A/2B/2C</sub> receptores muscarínicos M<sub>1-5</sub> y receptores al-adrenérgicos. Es una alternativa de tratamiento de la esquizofrenia, tratamiento alternativo de pacientes con manía bipolar que no han respondido a la terapéutica tradicional (Licitelco S.A., 2013, p. 498).

**Psicopatología:** Investigación sistemática de las enfermedades mentales. Sus ramas principales son las neurosis y las psicosis. Las primeras caen bajo el dominio del tratamiento psicoterapéutico; las segundas, de la psiquiatría (Amar, et. al., 1972, p. 346).

**Psicosis:** Este término designa las enfermedades mentales que alteran profundamente la personalidad. Estas graves afecciones suelen ser de origen orgánico. La noción de psicosis

nos remite a la de enajenación; las relaciones del sujeto consigo mismo, con los otros, con el mundo exterior quedan falseadas. El psicótico cree que es imposible restablecer estas relaciones. Su universo es irreal, sus perspectivas están radicalmente deformadas (Amar, et. al., 1972, p. 346).

**Quetiapina:** La dosis media se sitúa entre 300-800 mg/día. Es eficaz en el tratamiento de síntomas positivos y afectivos, y produce mejora en la función cognitiva, la hostilidad y la agresión. Los efectos secundarios más frecuentes son: sedación, mareo, cefalea, insomnio, hipotensión ortostática y aumento de peso. No produce elevación de la prolactina (Emeterio, et. al., 2003, p. 8).

**Risperidona:** Antipsicótico atípico. Las tabletas orales contienen 1 mg y 3 mg de risperidona. Son tabletas oralmente administrables (Licitelco S.A., 2013, p. 566).

**Sertindol:** los efectos secundarios más frecuentes son congestión nasal, hipotensión postural, sedación, taquicardia, disminución del volumen eyaculatorio en el 20% de los varones tratados, sin asociarse a disminución de la libido ni alteraciones de la función eréctil y aumento de peso (Emeterio, et. al., 2003, p. 9).

**Sexualidad:** Se aplica a los mecanismos fisiológicos destinados a asegurar la reproducción de la especie. En un sentido amplio, se refiere a toda la organización de la vida afectiva (Amar, et. al. 1972, p. 367).

## RESUMEN

En el presente trabajo se hace una revisión bibliográfica y un estudio de caso sobre los cambios en el deseo sexual que los medicamentos antipsicóticos pueden producir en algunos hombres diagnosticados como esquizofrénicos, en edades entre 20 y 60 años, pertenecientes a un Hogar de Reposo. Desde la psicología, se plantea la relevancia del ámbito sexual para cualquier persona, incluidos los individuos esquizofrénicos. La evidencia científica ha demostrado que los antipsicóticos influyen en la esfera sexual humana, entre estos la olanzapina y la risperidona, presentando mayores efectos negativos, la quetiapina y el haloperidol producen medianas consecuencias. La clozapina, tioridizina, ziprasidona, paliperidol y amisulpride, han demostrado los menores efectos negativos y el arripasol es el psicofármaco que menos afecta el desempeño sexual.

**Palabras Claves:** *Antipsicótico, deseo sexual, cambios, esquizofrenia y hombres.*

## ABSTRAC

In the present study is made a bibliographic review and a case study of the change in sexual desire that antipsychotic drugs can produce in mens diagnosed as schizophrenic, aged between 20 and 60 years, men belonging to a Nursing Home. From psychology, the relevance of the sexual sphere arises for anyone, including schizophrenic individuals. Scientific evidence has shown that antipsychotics influence human sexual sphere, between the olanzapine and risperidone, have major negative effects, quetiapine and haloperidol produce medium consequences. Clozapine, tioridizina, ziprasidone, and amisulpride paliperidor, have shown minor negative effects and psychotropic arripasol is the one that least affects sexual performance.

**Keywords:** Antipsychotic, sexual desire, changes, schizophrenia and men.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación se emprendió con el propósito de identificar los cambios en el deseo sexual que los medicamentos antipsicóticos pueden producir en algunos hombres diagnosticados como esquizofrénicos, en edades entre 20 y 60 años, pertenecientes al Hogar de Reposo *La Florida*. La investigación posó su mirada desde el conocimiento psicológico, para aportar a los profesionales de la salud el que no dejen el ámbito sexual del paciente en el olvido, sino que en el momento de realizar el tratamiento psiquiátrico, piensen en las consecuencias negativas que pueden presentar, es decir, que se caractericen por ir más allá de lo normalmente realizado.

El recorrido del desarrollo del tema propuesto, se hace con el objetivo de mirar los cambios positivos o negativos que los antipsicóticos pueden tener en las personas que lo consumen como parte de su tratamiento psicótico; sabiendo que a partir de la literatura investigada, los efectos negativos son los que predominan; por su parte, se considera necesario entonces dar evidencia acerca de cuáles de los antipsicóticos que tienen las mayores influencias negativas, para de esta manera brindar información a los interesados y así poder realizar un mejor tratamiento, sin olvidar que en la enfermedad psicótica los aspectos biológicos son importantes, pero también existen otras esferas de la vida del paciente que deben tenerse en cuenta, entre estas su sexualidad.

Además de lo nombrado anteriormente, la presente investigación está pensada para corroborar, complementar y o discutir las informaciones planteadas en otras investigaciones, lo cual se llevó a cabo mediante la implementación de los instrumentos para la recolección de

la información, los cuales fueron el soporte investigativo que permitió arrojar resultados tanto cuantitativos como cualitativos sobre los instrumentos aplicados. Para el instrumento cualitativo se utilizó una entrevista a profundidad, la cual es definida como la mejor herramienta en los estudios cualitativos, ya que tiene como objetivo adquirir conocimientos sobre la vida social, los cuales se dan gracias a los relatos verbales por parte de los investigados. Por el lado cuantitativo, se llevó a cabo el cuestionario de disfunción sexual secundaria al tratamiento con psicofármacos PRSexDQ-SALSEX, el cual se realizó con el objetivo de medir el nivel de afectación que existía en los hombres que consumían antipsicóticos al momento de la aplicación del instrumento.

Vale la pena aclarar que la presente investigación al igual que muchas otras realizadas presenta sus limitaciones, pues es importante reconocer que lo que se quiso y se llevó a cabo fue sobre el campo sexual, por lo cual se evidenció que los pacientes tenían resistencias a dar información o comunicar acerca de sus comportamientos o cambios presentados por los contenidos de la temática indagada, sin embargo se logró un adecuado nivel de respuesta, el cual se reflejó en los análisis de la información presentada más adelante.

En el ámbito profesional, los resultados investigativos cobran relevancia, ya que permite que profesionales tanto de psicología como de la enfermería, medicina y psiquiatría, amplíen su mirada profesional, ya que la información recabada dio cuenta de la mucha o poca importancia que los encargados de la medicación de este tipo de pacientes pueden brindar, además, pudo verse el bajo nivel de interés que prestan a las demás esferas de la vida de la persona, con excepción de lo orgánico. Por ello es importante desde la psicología, brindar conocimientos más relevantes, ya que permite miradas complementarias desde puntos de vista

diferentes y abren horizontes de aprendizajes sobre la salud mental más allá de lo bio-psíquico y que tienden a lo psico-social, pues una vez reconocidos los efectos ya instaurados a nivel biológico en el tratamiento de la enfermedad mental, lo psico-social ayuda a ir por lo menos un paso más en el tratamiento psicológico de los mismos.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hogar de reposo *La Florida*, se caracteriza por ser una institución privada, la cual se centra en la atención de pacientes psiquiátricos con diversos diagnósticos, entre los cuales podemos mencionar: Esquizofrenia, retardo mental, trastorno de la personalidad por evitación, depresión, Alzheimer, trastorno afectivo bipolar, trastorno delirante persecutorio y todas aquellas enfermedades mentales crónicas que requieran cuidados especiales. Esta institución se caracteriza por ser prestadora de servicios de salud mental, la cual cuenta con un equipo humano conformado por: psicólogo, practicante de psicología, enfermeras, personal oficinas varios y de preparación de la alimentación, sensible a las necesidades de la población. Estos se encargan de promover la implementación de espacios adecuados y dignos para la estadía de cada uno de esos pacientes, los cuales presentan en su mayoría enfermedad psiquiátrica deteriorante (Hogar de reposo *La Florida*). Dentro del mismo contexto institucional, se cuenta con un conjunto de profesionales que dirigen sus actividades al mantenimiento de su nivel cognitivo, del cuidado personal y la vigilancia de su integridad física; lo cual se considera de suma importancia para cada una de las familias que los ponen en manos del cuidado de esta institución.

Con el objetivo de ampliar conocimientos e indagar más allá en relación con las enfermedades mentales, como problemática principal que atiende el hogar, se plantea la necesidad desde la formación como psicóloga de observar en el sujeto esquizofrénico, qué sucede con la sexualidad de los pacientes internos de género masculino que se encuentran internos en esta institución, ya que según varios estudios investigativos planteados a lo largo de las últimas décadas, se ha demostrado que ha sido una enfermedad mental que tiene

grandes consecuencias en los seres humanos que la presentan y que llegan a afectar positiva o negativamente, las funciones vitales y psicológicas entre ellas la sexualidad humana.

Para dar evidencia en relación con lo anterior, el *Centro de Salud Mental* de Envigado (CSM) en su *Guía de práctica clínica CSM* y guiado por el *Código CIE 10*, parten de que esta es una enfermedad mental crónica grave con una importante morbilidad y mortalidad, la cual tiene un inicio en la adolescencia en la mayoría de los casos, presentando alteraciones del funcionamiento en las distintas áreas del individuo (30%), su prevalencia en población general es del 1%. Unido a lo anterior, se encuentra que en las personas que tienen como diagnóstico esta enfermedad mental, tienen un mayor riesgo a tener suicidio, agresión, uso o abuso de sustancias psicoactivas, tabaquismo, desempleo, enfermedad médica, abandono y victimización, en comparación con las personas que no la sufren. La expectativa de vida para estas personas está también disminuida y en la actualidad está demostrada su vulnerabilidad genética, sus cambios neurobioquímicos en diferentes sistemas neuronales y la influencia en el desarrollo vital del individuo (Pérez, 2012, p. 1).

Es por lo anteriormente planteado, que se quiere llevar a cabo el desarrollo de una investigación que traiga consigo un estudio de caso múltiple cualitativo donde se pueda indagar por cuales son las influencias de los antipsicóticos en el deseo sexual en hombres esquizofrénicos internos en el hogar de reposo *La Florida*.

Todo esto lleva a pensar que dentro de lo mencionado y escrito en la línea del tiempo, se presenta una investigación nombrada *Efectos secundarios de los antipsicóticos atípicos: resumen breve (2008)*, la cual plantea que los psiquiatras han ido dando cuenta de que

mientras los síntomas extrapiramidales y discinesia tardía, ocurre con menos frecuencia con los agentes atípicos, estos medicamentos pueden presentar un conjunto diferente de los efectos adversos. La calidad de la evidencia disponible para la asociación de antipsicóticos específicos con efectos secundarios particulares varía considerablemente, puesto que se han evidenciado hallazgos recientes en relación con el aumento de peso, diabetes mellitus (DM), la hiperlipidemia, la prolongación del intervalo QTc, miocarditis, efectos sexuales secundarios, efectos secundarios extrapiramidales (Üçok y Gaebel, p. 58).

En relación con todo lo anteriormente planteado, se observa la necesidad de describir los cambios en el deseo sexual que los medicamentos antipsicóticos pueden producir en algunos hombres diagnosticados como esquizofrénicos, en edades entre 20 y 60 años, pertenecientes al hogar de reposo *La Florida*; teniendo claro que en el transcurso del tiempo se han presentado varias investigaciones que han dado a conocer efectos positivos y efectos negativos frente a lo que se propone indagar. Además, de acuerdo a lo investigado, se encuentran muchos vacíos en el conocimiento acerca de las variables que podrían dar respuesta al objetivo a desarrollar, sin olvidar que existen teorías contradictorias que llevan a opacar o confundir, el conocimiento en relación con la estrecha relación que tiene la esquizofrenia como patología mental, el consumo de antipsicóticos y el deseo sexual como una expresión importante de la naturaleza humana.

Como evidencia, el *Estudio sobre la función sexual de pacientes que inician tratamiento con aripiprazol. Estudio naturalístico, abierto, prospectivo y multicéntrico*, la cual tuvo como objetivo determinar si el aripiprazol se asocia a la aparición de disfunción sexual y si es capaz de reducir, parcial o totalmente la disfunción provocada por otros

antipsicóticos en la práctica clínica habitual. La frecuencia de la disfunción sexual puede ser elevada en muchos pacientes con esquizofrenia y se relaciona claramente con el tratamiento antipsicótico y no con la enfermedad, alcanzando cifras de entre el 60% y el 96% (Montejo, Riesgo, Luque y Barber, 2010, p. 24).

Cabe resaltar que existen diferencias importantes entre los antipsicóticos y algunos de ellos carecen de efectos secundarios sexuales significativos como es el caso de la ziprasidona, quetiapina, olanzapina y clozapina. La etiopatogenia de las disfunciones sexuales parece relacionarse con el incremento de prolactina en el caso de algunos antipsicóticos como risperidona, amisulpride y antipsicóticos típicos, presentado tanto en hombres como en mujeres, aunque es posible que la hiperprolactinemia no sea el único mecanismo implicado (Montejo, et. al., 2010, p. 24).

Dentro de los resultados plasmados en la investigación tomada como referente, se evidenció que los efectos sexuales adversos de pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos pasan a menudo desapercibidos sino no se lleva a cabo cuestionarios específicos que den cuenta de las disfunciones sexuales que puede presentar este tipo de pacientes. Dentro de lo dicho, cabe resaltarse que los pacientes tomados como muestra después de un periodo de tres (3) meses de tratamiento con aripiprazol han mostrado una influencia nula en lo relacionado a la disfunción sexual unida al tratamiento con antipsicóticos. Los pacientes tomados como muestra evidenciaron una mejoría significativa de todos los síntomas valorados; dentro de ellos el deseo sexual, los problemas de excitación y orgasmo, siendo el retraso en la eyaculación o del orgasmo el que presenta una mejoría media más marcada. En lo relacionado con la aceptación de la disfunción sexual que el paciente venía presentando, y

por consiguiente el riesgo de abandono de los antipsicóticos, disminuye de forma significativa al realizar el cambio de antipsicóticos que hacia parte de su tratamiento por aripipazol, con lo que la adherencia al tratamiento mejora sustancialmente en la misma forma que desaparece la disfunción sexual presentada previamente en cada uno de los pacientes tomados como muestra (Montejo, et. al., 2010, p. 24).

Unido a lo anterior, se encontró que los hombres con algún tipo de disfunción sexual en la evaluación basal, muestran una mejoría más rápida que las mujeres, aunque la recuperación de la función sexual, por su parte, dan a conocer que:

...En este estudio, el aripiprazol ha demostrado que no produce disfunción sexual en pacientes diagnosticados con esquizofrenia y que es una alternativa eficaz para la sustitución del antipsicótico previo en caso de mala tolerabilidad de la disfunción sexual y riesgo de abandono. A la hora de decidir el tratamiento inicial para cada paciente debería tenerse en cuenta la frecuente aparición de disfunción sexual en pacientes jóvenes en los primeros episodios de la enfermedad. El aripiprazol parece ser una alternativa de primer orden para emplear desde el comienzo en los pacientes con cualquier tipo de vida sexual activa, evitando así la aparición de un efecto adverso mal tolerado, que perdura durante todo el tratamiento y que compromete muy seriamente el cumplimiento. La mejoría en la calidad de vida y la disminución de abandonos de tratamiento aportaría un valor añadido de inestimable interés clínico y farmacoeconómico al cambio de fármaco en pacientes con esquizofrenia (Montejo, et. al., 2010, pp. 19 - 20).

Contrario a lo planteado anteriormente, se encuentra que según los resultados de un estudio nombrado como *Valoración de la función sexual en pacientes psiquiátricos crónicos ingresados en una unidad de rehabilitación psicosocial*, existe una alta prevalencia de disfunción sexual, la cual puede estar asociada al uso de psicofármacos, ya que todos los pacientes reciben algún antipsicótico. La sexualidad es un tema que preocupa a los pacientes y es posible que sean necesarios mas estudios a ayuden a evidenciarla prevalencia de la disfunción sexual en pacientes psiquiátricos (Crespo, Prado y Pérez, 2006, p. 46).

Después de destacar las falencias y vacíos encontrados, los cuales poco a poco se resaltarán en el recorrido de esta investigación, es necesario entonces plantear la pregunta que guiará este ejercicio investigativo ¿Cuáles son los cambios en el deseo sexual que los medicamentos antipsicóticos pueden producir en algunos hombres diagnosticados como esquizofrénicos, en edades entre 20 y 60 años, pertenecientes al hogar de reposo *La Florida*?

A partir de lo observado en este ejercicio investigativo, se llevará a cabo nuevo conocimiento que de manera clara dé a conocer lo encontrado paso a paso, aclarando y dando ideas que a la hora de estudiar la esquizofrenia, el deseo sexual y los antipsicóticos permitan nuevos conocimientos e impulsen a investigar más acerca de lo evidenciado.

## 1. OBJETIVOS

### 2.1 General

Describir los cambios en el deseo sexual que los medicamentos antipsicóticos pueden producir en algunos hombres diagnosticados como esquizofrénicos, en edades entre 20 y 60 años, pertenecientes al hogar de reposo *La Florida*.

### 2.2 específicos

- Explorar el deseo sexual antes y después del tratamiento con antipsicóticos de los pacientes esquizofrénicos del Hogar de reposo *La Florida*.
- Identificar los cambios en el deseo sexual ocasionados por los medicamentos antipsicóticos utilizados por pacientes esquizofrénicos del Hogar de reposo *La Florida*.
- Determinar las influencias que se presentan en el deseo sexual causadas por los antipsicóticos utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia en algunos hombres internos del Hogar de reposo *La Florida*.

## 2. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo parte de describir los cambios en el deseo sexual que los medicamentos antipsicóticos pueden producir en algunos hombres diagnosticados como esquizofrénicos, en edades entre 20 y 60 años, pertenecientes al hogar de reposo *La Florida*.

Ello se llevará a cabo a partir de un estudio de caso múltiple del cual se realizarán las observaciones necesarias para llevar a cabo los análisis, las conclusiones y las recomendaciones pertinentes al problema investigado.

Partiendo de lo planteado anteriormente, es preciso tener en cuenta que la esquizofrenia según una *Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en Centros de Salud Mental*, según estudios realizados en España, se presenta una prevalencia significativa, ya que en este estudio se da a conocer que se diagnostica en cada 3 individuos por 1.000 habitantes al año, en este caso para los hombres y 2,86 por mil para las mujeres. Cabe resaltar como dato de gran importancia que la edad media de comienzo de la enfermedad es de 24 años para los hombres y de 27 para las mujeres; y la incidencia por sexos, 0,84 por 10.000 para los hombres y 0,79 por 10.000 para las mujeres (Aznar, et al. 2009, p. 12).

Además, el Centro de Salud Mental de Envigado (CSM) en su *Guía de práctica clínica CSM* y según el Código CIE 10, da a conocer que es una enfermedad mental crónica grave con una importante morbilidad y mortalidad, la cual tiene un inicio más frecuente en la adolescencia y casi siempre presenta alteración del funcionamiento en las distintas áreas del individuo (30%), su prevalencia en población general es del 1%. Se da a conocer que los

pacientes con esta enfermedad mental tienen un mayor riesgo a tener suicidio, agresión, uso o abuso de sustancias psicoactivas, tabaquismo, desempleo, enfermedad médica, abandono y victimización en comparación con las personas que no la sufren. La expectativa de vida para estas personas es también disminuida y en la actualidad está demostrada su vulnerabilidad genética, sus cambios neurobioquímicos en diferentes sistemas neuronales y la influencia de desarrollo vital del individuo (Pérez, 2012, p. 1).

Es por esto que la importancia de estudiar la esquizofrenia radica en mirar cuáles son los comportamientos relevantes presentes en esta enfermedad mental, lo que lleva a estudiar las consecuencias que trae para ellos en su deseo sexual en relación con los medicamentos antipsicóticos que son utilizados para el tratamiento de la misma; sin olvidar que no solo debe dársele importancia a los síntomas presentados, sino también a la relación que de acuerdo a su trastorno presenta con los demás ámbitos de su vida. Lo que de alguna manera lleva a pensar en el conocimiento que debe tenerse de los antipsicóticos desde la psiquiatría en las consecuencias positivas y negativas que pueden presentar, pensando no solo en estabilizar su enfermedad, sino en realizar un tratamiento en pro de su bienestar biopsicosociocultural.

Por otra parte, es importante entender el por qué se resaltan los cambios de deseo sexual en las personas que presentan esta enfermedad mental, pues la observación y la evidencia científica demuestran que dependiendo del estado en que se encuentre pueden observarse diferentes cambios.

Gracias a la revisión bibliográfica hecha hasta el momento, se ha logrado evidenciar que la vida sexual del paciente psicótico puede considerarse poco explorada en el contexto

colombiano y en la literatura disponible en español, y con características claramente diferenciales en comparación a otros pacientes psiquiátricos como los depresivos o la población en general; por tales razones se hace necesario abarcar e ir más allá para poder crear información importante.

A pesar de la escasez de estudios monográficos sobre este aspecto, en series largas de pacientes, se dispone cada vez de más datos sobre la capacidad de los antipsicóticos para provocar disfunción sexual secundaria. Cabe resaltar que durante mucho tiempo la comunidad científica ha presentado poco interés en profundizar en este problema, quizá con el convencimiento de que se trata de una complicación poco relevante comparada con la importancia de los síntomas psicóticos o de otros secundarismos asociados con una gran capacidad deteriorante. Sin embargo existe claramente un subgrupo de pacientes que se muestra muy poco tolerante ante la presencia de este efecto adverso y que esto con frecuencia puede influir en el cumplimiento a largo plazo, sobre todo si esto se une a la ausencia de conciencia de enfermedad (Montejo, et. al., 2005, p. 15).

Por su parte y teniendo en cuenta la importancia de la calidad de vida y la funcionalidad del paciente como variable de gran interés en la elección de un tratamiento u otro para el manejo de las diferentes patologías, la alteración de la función sexual en pacientes bajo la perspectiva a largo plazo, debe suponer un factor decisivo en la elección terapéutica. Lo que llevaría a pensar que sería pues razonable con vistas a la evaluación adecuada de estas variables, que el profesional de la salud conozca la función sexual de los pacientes antes y después del inicio de cualquier tratamiento para reconocer la posible aparición posterior de

nuevas disfunciones, así como las posibilidades de manejo terapéutico eficaz o paliativo de las mismas en su caso (Montejo, et. al., 2005, p. 16).

En unión con lo anterior, se debe tener siempre en cuenta la importancia de la comunicación abierta con los pacientes sobre este problema, el cual supone una humanización de los tratamientos, un enriquecimiento de la relación médico-paciente, y la recuperación por la psiquiatría de un aspecto de la psicopatología, la sexualidad humana, que se ha tenido en el olvido (Montejo, et. al., 2005, p. 16).

Además de lo ya mencionado, se pretende que la investigación aborde aspectos importantes ya mencionados, lo que dará como resultado evidencias en varios campos como lo puede ser el social, el cultural, el académico, el organizacional y el psiquiátrico.

Para ilustrar lo dicho, el resultado de la investigación permitirá que a nivel social se conozca mucho más acerca de la relación directa que tiene la disfunción sexual, los medicamentos y la esquizofrenia en hombres; pues bien, después de un ejercicio exhaustivo se llegará a conclusiones que den cuenta de lo observado, lo que permitirá también que se amplíen conocimientos y broten nuevos intereses para seguir adelante con posteriores investigaciones.

Por su parte, el campo cultural se hace necesario para tenerlo en cuenta en el momento en que se realice la investigación y de la misma manera cuando se den a conocer los resultados, ya que específicamente es necesario ubicar el contexto en el cual se realizará y de esta manera hacer un análisis de acuerdo a la ideas y creencias que brinda en el momento el

contexto cultural, ya que como claramente se sabe, cada cultura toma los sucesos de formas diferentes, y es por esto que es importante enfocar el estudio en un contexto determinado el cual es la esquizofrenia en pacientes diagnosticados por los profesionales de salud. Todo esto permitirá posteriormente llevar a cabo comparaciones con otras culturas, lo que contribuirá que se investigue y se hagan comparaciones importantes si así se quiere.

Simultáneamente, el campo académico tiene gran relevancia, pues al ser un trabajo de corte investigativo permitirá que el interesado en realizarla, conozca a fondo acerca de lo planteado y rastree información necesaria para su desarrollo; posibilitando además que otras personas interesadas en el tema tengan contacto con lo realizado y de esta manera amplíen sus conocimientos. Por su parte, la investigación será un texto que contribuirá con la Institución Universitaria de Envigado con nuevos conocimientos e importantes resultados arrojados.

Cosa parecida sucede también con el campo organizacional, ya que al realizarse con pacientes del Hogar de reposo *La Florida*, se podrá evidenciar información que será de gran relevancia para tener en cuenta y de esta manera los profesionales de la salud puedan ampliar sus conocimientos y poder tener una mirada diferente en relación con el objeto investigado, el cual ronda por el campo de la sexualidad masculina.

Además de lo anterior, cabe señalar que permitirá que en el campo psiquiátrico se aclaren las influencias que pueden presentar los antipsicóticos en el deseo sexual masculino, asunto tal que preocupa en gran manera a los pacientes medicados, lo que posibilitará estudios que den como resultado la utilización de antipsicóticos diferentes que tengan menor o nula influencia en el deseo sexual, claro que todo ello está sujeto a los resultados que arrojará la

investigación y los hallazgos bibliográficos que seguramente redundaran por lo menos en la mayor comprensión del problema investigado.

Por último, en su etapa final la investigación presentará resultados que serán de relevancia para personas que quieran conocer acerca de lo propuesto, lo que les permitirá identificar más a fondo las razones de sus síntomas y comportamientos presentados, además, dará razones evidentes que brindarán conocimiento a personas que posteriormente quieran conocer o continuar con el hilo que conduce la investigación.

El planteamiento propuesto se llevará a cabo gracias a la revisión bibliográfica y el estudio de caso de varios pacientes diagnosticados mediante la evaluación multiaxial realizada previamente por los profesionales del hogar de reposo *La Florida*. En consecuencia con lo estudiado, se darán aportes para posibles soluciones o para la continuidad del proceso psiquiátrico que tengan una influencia directa en el deseo sexual masculino, todo gracias al estudio riguroso con la duración de 12 meses.

#### 4. DISEÑO METODOLÓGICO

Desde los objetivos esbozados y perseguidos en esta investigación, se plantea la investigación cualitativa como la racionalidad metodológica de investigación, será el punto de partida formal de esta investigación porque se busca comprender más que medir el fenómeno estudiado. Dentro de este diseño metodológico se encuentran pasos importantes a tener en cuenta para su desarrollo:

Como primer paso se presenta la *formulación* de la pregunta de investigación, la cual es el punto de partida formal de la investigación y se caracteriza por explicitar y precisar ¿Qué es lo que se va a investigar y por qué? (Sandoval, 2002, p. 35).

Posteriormente, plantear el *diseño* se hace fundamental, ya que está representado por la preparación de un plan flexible que orientará tanto el contacto con la realidad humana objeto de estudio como la manera en que se construirá conocimiento acerca de ella. En otras palabras, buscará responder a las preguntas ¿Cómo se adelantará la investigación? y ¿En qué circunstancias de modo, tiempo y lugar? Al igual que la formulación, el diseño atravesará por varios submomentos: uno inicial, otros intermedios y uno final (Sandoval, 2002, p. 35).

Posteriormente y siguiendo el hilo que la conduce, *la gestión*; la cual es planteada como el momento que corresponde al comienzo visible de la investigación y tiene lugar mediante el empleo de una o varias estrategias de contacto con la realidad o las realidades objeto de estudio. Entre esos medios de contacto se encuentran: el diálogo propio de la entrevista, la reflexión y construcción colectiva características de los talleres, o en el lugar de

aquellos, la vivencia lograda a través del trabajo de campo y la observación participante, entre otras posibles alternativas (Sandoval, 2002, p. 35).

El desarrollo del momento correspondiente a la llamada gestión intermedia de la investigación, tiene lugar mediante la objetivación materializada a través de la reconstrucción organizada por temáticas, de las entrevistas, la memoria de los talleres o los relatos etnográficos (Sandoval, 2002, p. 36).

El principio que fundamenta la manera de proceder expuesta, es la necesidad del contacto directo con los actores (sujetos) y con los escenarios en los cuales tiene lugar la producción de significados sociales, culturales y personales para poder descubrir o reconocer los conflictos y fracturas, las divergencias y consensos, las regularidades e irregularidades, las diferencias y homogeneidades, que caracterizan la dinámica subyacente en la construcción de cualquier realidad humana que sea objeto de investigación (Sandoval, 2002, p. 36), debido a que:

...El estudio de lo humano, entonces, se plantea como un espacio de conocimiento múltiple, donde la racionalidad y el discurso de la causalidad y el lenguaje formalizado a través de las ecuaciones propias de las ciencias de la naturaleza resulta adecuado para el plano físico-material, pero debe dar paso a la reflexión, para abordar los órdenes de lo ético, lo político, lo cultural, lo significativo en los planos socio-cultural, personal vivencial. Es en estos dos últimos planos donde habitan y se construyen lo subjetivo y lo intersubjetivo, como objetos y vehículos de conocimiento de lo humano; así mismo son las instancias donde adquiere sentido hablar de “ciencias

de la discusión”, como prefieren contemporáneamente denominar algunos autores a las ciencias sociales y humanas (Hoyos y Vargas, 1997 y Sandoval, 2002, p. 36).

Por último debe realizarse *el cierre*, en el cual las actividades desarrolladas en esta etapa de la investigación buscan sistematizar de manera progresiva el proceso y los resultados del trabajo investigativo. Para ello, parte de la estructuración preliminar de lo que denominaremos un cierre preliminar inicial, el cual tiene lugar inmediatamente después de concluir el primer episodio de análisis derivado, a su vez, de la conclusión del primer evento de recolección o generación de información (Sandoval, 2002, p. 37).

Además de lo ya mencionado y complementando lo ya dicho, es importante dar a conocer que según Taylor y Bogdan (1992), citados en el libro *Investigación cualitativa* del autor Carlos Sandoval, plantean como rasgos propios de la investigación cualitativa los siguientes:

Es inductiva o mejor cuasi inductiva; es decir, su ruta metodológica se relaciona más con el descubrimiento y el hallazgo que con la comprobación o la verificación.

Es holística, ya que el investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva de totalidad. Las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo integral, que obedece a una lógica propia de organización, de funcionamiento y de significación.

Es interactiva y reflexiva; donde los investigadores son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio.

Es naturalista y se centra en la lógica interna de la realidad que analiza. Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.

No impone visiones previas. El investigador cualitativo suspende o se aparta temporalmente de sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.

Es abierta. No excluye la recolección y el análisis de datos y puntos de vista distintos. Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas. En consecuencia, todos los escenarios y personas son dignos de estudio.

Es humanista. El investigador cualitativo busca acceder por distintos medios a lo privado o lo personal como experiencias particulares; captado desde las percepciones, concepciones y actuaciones de quien los protagoniza.

Es rigurosa; los investigadores aunque cualitativos buscan resolver los problemas de validez y de confiabilidad por las vías de la exhaustividad

(análisis detallado y profundo) y del consenso intersubjetivo. (Interpretación y sentidos compartidos) (Sandoval, 2002, p. 42).

#### **4.1 Método: Estudio de Caso Múltiple**

El método de estudios de caso múltiple se refiere a una metodología cualitativa que analiza mediante entrevistas semi-estructuradas o a profundidad una problemática que afecta a conjunto de individuos que presentan unas características comunes frente al objeto de estudio que si bien no pueden ser generalizadas o universalizadas a la población general, sus hallazgos si pueden ser contrastados y comparados entre los casos estudiados y se pueden triangular con los rastreos de antecedentes investigativos recabados (Galeano, 2004).

Además de lo ya dicho con anterioridad y en unión a los objetivos que persigue la investigación en proceso, se considera importante tener en cuenta que los resultados obtenidos partirán de estudios de casos realizado a cada uno de los pacientes de la casa de reposo *La Florida* que cumplan con los criterios de inclusión, para llevarlo a cabo, debe tenerse en cuenta los siguientes pasos:

- **La selección y definición del caso:** Se trata de seleccionar el caso apropiado y además definirlo. Se deben identificar los ámbitos en los que es relevante el estudio, los sujetos que pueden ser fuentes de información, el problema y los objetivos de investigación.

- **Elaboración de una lista de preguntas:** Después de identificar el problema, es fundamental realizar un conjunto de preguntas para guiar al investigador. Tras los primeros contactos con el caso, es conveniente realizar una pregunta global y desglosarla en preguntas más variadas, para orientar la recogida de datos.
- **Localización de las fuentes de datos:** Los datos se obtienen mirando, preguntando o examinando. En este apartado se seleccionan las estrategias para la obtención de los datos, es decir, los sujetos a examinar, las entrevistas, el estudio de documentos personales y la observación, entre otras. Todo ello desde la perspectiva del investigador y la del caso.
- **Análisis e interpretación:** Se sigue la lógica de los análisis cualitativos. Se trata de la etapa más delicada del estudio de caso. El objetivo es tratar la información recopilada durante la fase de terreno y establecer relaciones causa-efecto tanto como sea posible respecto de lo observado. Contrariamente a las fases de diseño y de recopilación de datos, este análisis está menos sujeto a metodologías de trabajo, lo que de hecho constituye su relativa dificultad. Tras establecer una correlación entre los contenidos y los personajes, tareas, situaciones, etc., de nuestro análisis; cabe la posibilidad de plantearse su generalización o su exportación a otros casos.
- **Elaboración del informe:** Se debe contar de manera cronológica, con descripciones minuciosas de los eventos y situaciones más relevantes. Además

se debe explicar como se ha conseguido toda la información (recogida de datos, elaboración de las preguntas, etc.). Todo ello para trasladar al lector a la situación que se cuenta y provocar su reflexión sobre el caso (Jiménez, 2012, pp. 147-148).

#### **4.1.1 Instrumentos**

El desarrollo de la investigación propuesta, se llevará a cabo mediante la implementación de los instrumentos para la recolección de la información, los cuales serán el soporte investigativo que permitirán dar un resultado cuantitativo y cualitativo de la prueba. Dentro del instrumento cualitativo se utilizará la entrevista a profundidad previa a la firma del consentimiento informado, descrita posteriormente. Para lo cuantitativo, se llevará a cabo el cuestionario de disfunción sexual secundaria al tratamiento con psicofármacos PRSexDQ-SALSEX, el cual se realizará con el objetivo de medir el nivel de afectación que existe en los hombres que consumen antipsicóticos.

#### **4.1.2 Cualitativo: Entrevista a profundidad (Ver anexo 2)**

Dentro de la investigación cualitativa como referente metodológico, se tiene como objetivo llevar a cabo el instrumento nombrado *entrevista a profundidad.*, el cual permitirá lograr los resultados que busca la investigación.

Es primordial y muy necesario conocer a qué hace referencia la entrevista, la cual según Benney y Hughes dados a conocer en el texto *Introducción a los métodos cualitativos*

*de investigación: La búsqueda de significados* en su capítulo Métodos cuantitativos de aplicación, la entrevista es conocida como la herramienta de excavar favorita de los sociólogos, la cual tiene como objetivo adquirir conocimientos sobre la vida social, los cuales se dan gracias a los relatos verbales (Taylor y Bogdan, 1970, p. 194).

Por otra parte, las personas que son tomadas para dar respuesta a las entrevistas, en este caso hombres esquizofrénicos de la casa de reposo *La Florida*, los cuales previamente han sido diagnosticados con esquizofrenia gracias a un diagnóstico multiaxial, dan respuestas con sus propias palabras a un conjunto de preguntas estructuradas que dirigen la información a lo que se persigue en la investigación. Cabe resaltar que el investigador tiene las preguntas y el sujeto de la investigación tiene las respuestas. De hecho, en las entrevistas más estructuradas a todas las personas se les formulan las preguntas en términos idénticos para asegurar que los resultados sean comparables. El entrevistador sirve como un cuidadoso recolector de datos; su rol incluye el trabajo de lograr que los sujetos se relajen lo bastante como para responder por completo a la serie predefinida de preguntas (Taylor y Bogdan, 1970, p. 194).

En completo contraste con la entrevista estructurada, las entrevistas cualitativas son flexibles y dinámicas; éstas han sido descriptivas como no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas. Utilizamos la expresión "entrevistas en profundidad" para hacer referencia al método de investigación cualitativo (Taylor y Bogdan, 1970, p. 194).

Ahora bien, por *entrevistas cualitativas en profundidad* se entiende que son reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la

comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas en profundidad sigue el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. El propio investigador es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o formulario de entrevista. El rol implica no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas (Taylor y Bogdan, 1970, pp. 194 - 195).

Por otra parte, las entrevistas en profundidad en tanto método de investigación cualitativo, tienen mucho en común con la observación participante. Del mismo modo que los observadores, el entrevistador "avanza lentamente" al principio. Trata de establecer rapport con los informantes, formula inicialmente preguntas no directivas y aprende lo que es importante para los informantes antes de enfocar los intereses de la investigación.

Vale la pena aclarar que la diferencia primordial entre la observación participante y las entrevistas en profundidad reside en los escenarios y situaciones en los cuales tiene lugar la investigación. Mientras que los observadores participantes llevan a cabo sus estudios en situaciones de campo "naturales", los entrevistadores realizan los suyos en situaciones específicamente preparadas. El observador participante obtiene una experiencia directa del mundo social. El entrevistador reposa exclusiva e indirectamente sobre los relatos de otros (Taylor y Bogdan, 1970, p. 195).

Dentro de la entrevistas en profundidad se pueden diferenciar tres tipos, los cuales están estrechamente relacionados entre sí.

El primero es la historia de vida o autobiografía sociológica: en la historia de vida, el investigador trata de aprehender las experiencias destacadas de la vida de una persona y las definiciones que esa persona aplica a tales experiencias. La historia de vida presenta la visión de su vida que tiene la persona, en sus propias palabras, en gran medida como una autobiografía común.

Aprendizaje sobre acontecimientos y actividades que no se pueden observar directamente: los interlocutores son informantes en el más verdadero sentido de la palabra. Actúan como observadores del investigador, son sus ojos y oídos en el campo. En tanto informantes, su rol no consiste simplemente en revelar sus propios modos de ver, sino que deben describir lo que sucede y el modo en que otras personas lo perciben.

Entrevistas cualitativas con finalidad de proporcionar un cuadro amplio de una gama de escenarios, situaciones o personas: las entrevistas se utilizan para estudiar un número relativamente grande de personas en un lapso relativamente breve si se lo compara con el tiempo que requeriría una investigación mediante observación participante (Taylor y Bogdan, 1970, p. 196).

Después de dar a conocer los tipos de entrevistas existentes se considera mencionar que la que se utilizará es la tipo 2 descrita anteriormente.

Dentro de todo lo dicho, es importante señalar las desventajas de las entrevistas planteadas por Deutscher en 1973 en el mismo texto reseñado, las cuales provienen del hecho de que los datos que se recogen en ellas consisten solamente en enunciados verbales o discurso. En primer lugar, en tanto forma de conversación, las entrevistas son susceptibles de producir falsificaciones, engaños, exageraciones y distorsiones. Aunque los relatos verbales de la gente pueden aportar comprensión sobre el modo en que piensan acerca del mundo y sobre el modo en que actúan, es posible que exista una gran discrepancia entre lo que dicen y lo que realmente hacen (Taylor y Bogdan, 1970, p. 198).

En segundo término, las personas dicen y hacen cosas diferentes en distintas situaciones. Puesto que la entrevista es un tipo de situación, no debe darse por sentado que lo que una persona dice en la entrevista es lo que esa persona cree o dice en otras situaciones (Taylor y Bogdan, 1970, p. 198).

Por último, se presenta que los entrevistadores no observan directamente a las personas en su vida cotidiana, no conocen el contexto necesario para comprender muchas de las perspectivas en las que están interesados (Taylor y Bogdan, 1970, p. 198).

Es por todas esas desventajas dadas a conocer que precisamente se subraya la importancia de las entrevistas en profundidad, que permiten conocer a la gente lo bastante bien como para comprender lo que quieren decir, y crear una atmósfera en la cual es probable que se expresen libremente. Según el punto de vista de los autores, se da a conocer que mediante las entrevistas, el investigador hábil logra por lo general aprender de qué modo los

informantes se ven a sí mismos y a su mundo, obteniendo a veces una narración precisa de acontecimientos pasados, y de actividades presentes, y casi nunca predicen con exactitud la manera en que un informante actuará en una situación nueva (Taylor y Bogdan, 1970, p. 198).

#### **4.1.3 Instrumento Cuantitativo: cuestionario de disfunción sexual secundaria al tratamiento con psicofármacos PRSexDQ-SALSEX (ver anexo 3)**

Para llevar a cabo el método de recolección de información, se utilizará un instrumento llamado *PRSexDQ-SALSEX*, el cual fue diseñado en el año 1996 y fue posteriormente validado en el año 2000 por el Dr Angel Montejo, de la Universidad de Salamanca. El cuestionario presenta como objetivos medir y cuantificar los problemas sexuales que aparecen por la toma de psicofármacos, fundamentalmente antidepresivos y antipsicóticos y valorar la interferencia de los problemas sexuales en la adherencia al tratamiento y el riesgo de abandono (Montejo, García, Espada, Rico-Villademoros, Llorca, Izquierdo y Grupo Español de Trabajo para el Estudio de las Disfunciones Sexuales Secundarias a Psicofármacos, 2000, p. 1).

Este cuestionario, según el rastreo bibliográfico de información realizado, se ha observado que ha sido de gran utilidad para llevar a cabo investigaciones relacionadas con la influencia que tienen los psicofármacos en lo relacionado con la sexualidad, como ejemplo de ello, se evidencia que la investigación nombrada *Agonismo parcial dopaminérgico en la disfunción sexual secundaria a antipsicóticos*, publicada en el año 2013 y la investigación titulada *Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes*

*con trastornos mentales en el área de Cartagena* del año 2013, la cual dio a conocer sus resultados satisfactoriamente gracias a la aplicación de dicho cuestionario.

Para la aplicación es necesario llevar a cabo una entrevista clínica directa y es heteroaplicado con el fin de cerciorar que los conceptos son claramente entendidos por el paciente sin dar lugar a confusión.

El cuestionario consta de 7 ítems.: A+ B + 5 ítems específicos. Los ítems A y B evalúan la presencia de algún tipo de alteración en la actividad sexual tras el inicio del tratamiento con un psicofármaco (ítem A) y si su comunicación al médico es espontánea o bien la información se obtiene solo mediante el uso del cuestionario (ítem B) desvelando la infracomunicación tan frecuente del problema (80%). Los siguientes 5 ítems evalúan la intensidad o frecuencia de las siguientes alteraciones de la función sexual mediante una escala Likert de 0 (menor intensidad o frecuencia posible) a 3 (mayor intensidad o frecuencia posible):

- Item1. Descenso de la libido (0=no; 1=leve; 2=moderado; 3=severo).
- Item2. Retraso de orgasmo / eyaculación (0=no; 1=leve; 2=moderado; 3=severo).
- Item3. Ausencia de orgasmo / eyaculación (0=nunca; 1=ocasionalmente; 2=con frecuencia; 3=siempre).
- Item4. Disfunción eréctil/lubricación vaginal (0=nunca; 1=ocasionalmente; 2=con frecuencia; 3=siempre).

•Item5. Evalúa el grado de tolerancia o aceptación de los cambios en la función sexual desde 0 (no ha habido disfunción sexual) a 3 (mala tolerancia).

0=No ha habido disfunción sexual

1 = Buena: el paciente no muestra preocupación ante la disfunción sexual.

2 = Aceptable con reparos: el paciente se siente molesto ante la disfunción sexual aunque no ha pensado abandonar el tratamiento por este motivo).

3 = Mala (el paciente se siente muy preocupado ante la disfunción y ha pensado en abandonar el tratamiento) (Montejo, 2000, p. 1).

La interpretación de los resultados se realiza gracias a la obtención de una puntuación general total de la escala mediante la suma de los puntos obtenidos en los ítems 1-5 obteniéndose una puntuación total entre 0 (ninguna disfunción sexual) a 15 puntos (máxima Disfunción sexual) (Montejo, 2000, p. 1).

Los datos en pacientes y en voluntarios sanos, demuestran que una puntuación de 1 en el primer ítem (descenso de libido leve) puede confundirse con situaciones clínicas normales y pasajeras. Se considera que existe disfunción cuando el cuestionario es  $\geq 2$  puntos con el fin de no dar falsos negativos siendo la intensidad de la disfunción Sexual:

- Leve entre 2-5 puntos (siempre que ningún ítem supere 2 puntos)
- Moderada entre 6-10 (siempre que ningún ítem supere 3 puntos)
- Severa entre 11-15 o bien cualquier ítem = 3.

El cuestionario ha sido traducido a otros idiomas, ya que es de gran importancia para llevar a cabo estudios investigativos relacionados con la disfunción sexual en pacientes psiquiátricos; éste ha sido traducido a varios idiomas como inglés, francés, italiano, portugués, alemán, húngaro y turco y están en curso las versiones sueca, holandesa, finlandesa y árabe (Montejo, 2000, p. 1).

Para la validación del cuestionario es importante llevar a cabo aspectos que son de suma necesidad para dar criterio de su validez; ya que según lo planteado se evidencia lo siguiente:

- **En población depresiva:** el cuestionario mostró excelente factibilidad con un porcentaje nulo de pacientes sin respuesta excepto en los items 1 y 2 (1.7% y 15.5% de pacientes sin respuesta respectivamente). El valor  $\alpha$  de Cronbach's fue de 0.93 indicando adecuada fiabilidad. El cuestionario también mostro una adecuada validez de constructo. Tal y como se esperaba existió una alta correlación con las puntuaciones de la impresión clínica global de disfunción sexual ( $r= 0.79$ ) y moderada correlación con las puntuaciones de la escala de Hamilton de depresión ( $r=0.63$ ). También discriminó adecuadamente entre los pacientes nuevos y pretratados diagnosticados de depresión o distimia con diferencias significativas entre estos grupos. Finalmente el instrumento mostró adecuada sensibilidad para detectar cambios clínicos en la función sexual con cambios más grandes en el grupo tratado previamente con antidepresivos comparado con los pacientes que iniciaron tratamiento de nuevo (SES=-3.77 en pacientes cambiados a nefazodona; SES=-0.64 en pacientes nuevos).

•**En población con Psicosis:** El cuestionario ha sido validado también para esquizofrenia y otros Trastornos psicóticos (2008) mostrando adecuada factibilidad, y validez convergente así como sensibilidad al cambio (Montejo, 2000, p. 1).

## 4.2 Consentimiento Informado

El Consentimiento Informado (Ver Anexo 1) es un proceso, fundamentalmente de diálogo, en el seno de la relación investigador-paciente. Éste, sugiere la necesidad de que el investigador informe al paciente, el cual será objeto de estudio, de los riesgos y beneficios de los procedimientos que se llevarán a cabo para la realización de la investigación.

De esta manera el paciente logra un conocimiento suficiente, que le permite hacer una evaluación razonable de cuál es el procedimiento que se realizará junto con sus objetivos y valores, para poder tomar una decisión libremente, eximiendo al investigador y a la institución de responsabilidades posteriores, todo gracias a que el paciente aceptó haber entendido completamente lo informado y como garantía de ello se firma.

Además de lo ya dicho, es importante tener en cuenta que la información y la participación del paciente en la toma de decisiones puede tener beneficios en relación con la comunicación de la información brindada, ya que un paciente bien informado es posible que aumente su confianza al dar a conocer lo que en el transcurso de su enfermedad ha evidenciado (Ver Anexo 1).

#### 4.1 Población y muestra

Para cumplir con el objetivo que perseguía esta investigación, se pretendió realizar con el 100 % del personal interno de la institución que presentase un diagnóstico de trastorno mental por esquizofrenia y que fueran aptos para dar información acerca de lo que se buscó en esta investigación y que estuviese en fase estable al momento de la entrevista; además, debían ser de género masculino y mayores de edad, los cuales según la Organización Mundial de la Salud, el rango de edad cronológica de estas personas son las que estén entre los 20 y los 60 años. Por su parte, deben tener un diagnóstico multiaxial previamente establecido por los profesionales del hogar de reposo *La Florida*, los cuales además tenían un tratamiento continuo en la misma institución, lo que se precisó por parte de la investigadora, la cual no se encargó de realizar diagnósticos, sino de elegir la población ya diagnosticada.

La población será elegida de manera intencional, ya que como se mencionó anteriormente, se seleccionarán las personas objeto de estudio que estén interesadas en brindar sus aportes y provean información pertinente en relación a los objetivos perseguidos en la investigación.

Las personas investigadas y que fueron la materia base para llevar a cabo los resultados deben estar entre un rango de edad de 20 a 60 años, por lo tanto, los investigados fueron personas adultas, los cuales oscilaban en edades entre 23 años que es el de menor edad y uno de 58 como el de mayor edad; es decir, se cumplieron con los rangos establecidos.

Por último, es importante tener en cuenta que el estrato socioeconómico de las personas objeto de estudio no tendrá relevancia a la hora de llevar a cabo la investigación, puesto que se considera una variable sin ninguna incidencia sobre el presente estudio.

#### **4.4 Criterios de Inclusión:**

- Pacientes que presenten diagnóstico de trastorno mental por esquizofrenia
- Pacientes que sean aptos para dar información acerca de lo que se busca en esta investigación
- Pacientes de género masculino
- Pacientes mayores de edad, es decir, que estén entre los 20 y los 60 años
- Pacientes que presenten un diagnóstico multiaxial previamente establecido por los profesionales del hogar de reposo *La Florida*
- Pacientes que tengan un tratamiento continuo en la misma institución
- Que el paciente presente consumo de antipsicóticos.
- Que al momento de la entrevista estén en la fase estable.

#### **4.5 Momentos o fases de la investigación**

Para el desarrollo de un buen proceso investigativo debe tenerse en cuenta varios momentos muy importantes que son evidentemente necesarios para su desarrollo.

En primer lugar se hará la fase de *exploración*, la cual permite entrar en contacto con el problema o situación que se investiga, en esta se preconfigura el problema, se trabaja con datos sueltos, sin coherencia ni articulación totalmente definida. También se parte de las impresiones, sensaciones, intuiciones de la investigadora, las cuales van adquiriendo sentido a medida que avanza la investigación. Se realiza además la revisión documental, se hacen los contactos previos con la población, se hacen las visitas preliminares a la institución que facilita el acceso a los datos e informantes, estas se convierten entonces en actividades básicas para el desarrollo de este momento de la investigación que le permite a la investigadora delimitar el problema de investigación y elegir la metodología para su abordaje (Galeano, 2009, p. 29).

En segundo lugar, se da el momento metodológico de la *focalización*, donde se centra el problema estableciendo relaciones con el contexto; además, este permite agrupar, clasificar, dar cuenta de la trama de nexos y relaciones, concretar los aspectos o las dimensiones, definir lo relevante y aún más lo irrelevante. Este es el momento denominado configuración pues permite o acude a la elaboración de mapas conceptuales, diagramas de relaciones, adquiriendo sentido en gran parte el ejercicio investigativo, ya que esta fase ayuda a su desarrollo. El reto que debe centrar la investigadora dentro de la focalización, es entonces el de centrar el tema y las dimensiones que trabaja sin perder de vista las relaciones con otras dimensiones que se presentan como realidad social desde los actores sociales investigados por medio del estudio de caso (Galeano, 2009, p. 29).

Por último, la *profundización*; tiene como objetivo reconfigurar el sentido de la acción social, interpretar, desligarse de la experiencia concreta que le dio sentido para construir

nuevos conceptos, teorías, categorías, lenguaje, concepciones y círculo hermenéutico (Galeano, 2009, p. 29).

#### **4.6 Recolección y análisis de la información**

Para llevar a cabo la recolección de información necesaria para el desarrollo de los objetivos propuestos en la investigación, es necesario tener en cuenta que se realizará una encuesta a profundidad y un cuestionario, los cuales al aplicarse brinden evidencia de lo que se persigue en la investigación, éstos permitirán obtener información clave de parte de las personas objeto de estudio; además, a partir de la revisión bibliográfica y de las investigaciones que hasta el momento se han realizado en temas similares, las cuales sirven de soporte para conocer y profundizar más en lo que se quiere, es así como se podrá llevar a cabo resultados relevantes que traerán consigo importantes evidencias.

Los instrumento que se han seleccionado como herramientas investigativas, se seleccionaran gracias a la manera como se obtendrá la información, ya que es claro que se realizará un estudio de caso múltiple donde se conocerán comportamientos y pensamientos, que al darse a conocer por la población objeto de estudio, tendrán gran relevancia para el análisis posterior, además porque son las más viables.

Teniendo como instrumento lo planteado anteriormente, cabe resaltar que se tendrán en cuenta varios temas que se incluirán en la entrevista a profundidad, pues todas van encaminadas a dar información clave para el desarrollo de la pregunta de investigación y de

los objetivos propuestos. Dentro de ella se tendrá en cuenta ¿Cuáles han sido los antipsicóticos que se ha utilizado durante el tratamiento? todo esto permitirá hacer comparaciones importantes en relación con los efectos secundarios.

Para llevar a cabo la investigación de manera satisfactoria, es importante que dentro de los instrumentos utilizados se haga un énfasis en la manera como vivenciaban el deseo sexual y como lo vivencian ahora, lo que permitirá que brinden información oportuna acerca de lo que se busca.

Es necesario tener en cuenta que en la aplicación de la encuesta y para efectos del consentimiento informado, se preguntará el nombre a cada una de las personas que harán parte de la investigación, pero en el momento de dar a conocer los resultados se guardará total anonimato; ya que allí serán nombrados como sujeto 1, sujeto 2, sujeto 3... Además, se le anexarán el nombre de los medicamentos que en el momento son recetados para de esta manera tener mayor comprensión de los resultados arrojados por la investigación.

Para el análisis de la información, se hará una recolección de los datos necesarios de todos los estudios de caso que se realicen y a partir de esto, se realizará un análisis exhaustivo que lleve a responder la pregunta de investigación y los objetivos propuestos; esto se llevará a cabo siempre y cuando la información obtenida sea la que perseguía la encuesta propuesta. El recolectar información y hacer comparaciones llevará a importantes resultados y posibles intervenciones.

#### 4.7 Consideraciones Éticas

De acuerdo con los principios establecidos en *el Código de Ética Profesional* se debe tener en cuenta que para actuar de la manera como se debe, se debe hacer énfasis en lo siguiente:

Artículo 2°. De los principios generales. Los psicólogos que ejerzan su profesión en Colombia se regirá por los siguientes principios universales:

- Responsabilidad. Al ofrecer sus servicios los psicólogos mantendrán los más altos estándares de su profesión. Aceptarán la responsabilidad de las consecuencias de sus actos y pondrán todo el empeño para asegurar que sus servicios sean usados de manera correcta (Congreso de la República de Colombia, 2006, p. 1).
- Competencia. El mantenimiento de altos estándares de competencia será una responsabilidad compartida por todos los psicólogos interesados en el bienestar social y en la profesión como un todo. Los psicólogos reconocerán los límites de su competencia y las limitaciones de sus técnicas. Solamente prestarán sus servicios y utilizarán técnicas para los cuales se encuentran cualificados (Congreso de la República de Colombia, 2006, p. 2).

- Estándares morales y legales. Los estándares de conducta moral y ética de los psicólogos son similares a los de los demás ciudadanos, a excepción de aquello que puede comprometer el desempeño de sus responsabilidades profesionales o reducir la confianza pública en la Psicología y en los psicólogos. Con relación a su propia conducta, los psicólogos estarán atentos para regirse por los estándares de la comunidad y en el posible impacto que la conformidad o desviación de esos estándares puede tener sobre la calidad de su desempeño como psicólogos (Congreso de la República de Colombia, 2006, p. 2).
- Confidencialidad. Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad (Congreso de la República de Colombia, 2006, p. 2).
- Evaluación de técnicas. En el desarrollo, publicación y utilización de los instrumentos de evaluación, los psicólogos se esforzarán por promover el bienestar y los mejores intereses del cliente. Evitarán el uso indebido de los resultados de la evaluación. Respetarán el derecho de los usuarios de conocer

los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de sus conclusiones y recomendaciones. Se esforzarán por mantener la seguridad de las pruebas y de otras técnicas de evaluación dentro de los límites de los mandatos legales. Harán lo posible para garantizar por parte de otros el uso debido de las técnicas de evaluación (Congreso de la República de Colombia, 2006, p. 2).

- Investigación con participantes humanos. La decisión de acometer una investigación descansa sobre el juicio que hace cada psicólogo sobre cómo contribuir mejor al desarrollo de la Psicología y al bienestar humano. Tomada la decisión, para desarrollar la investigación el psicólogo considera las diferentes alternativas hacia las cuales puede dirigir los esfuerzos y los recursos. Sobre la base de esta consideración, el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos (Congreso de la República de Colombia, 2006, p. 2).

Además de lo ya dicho y dentro de los derechos, deberes, obligaciones y prohibiciones del profesional de psicología que deben de tenerse en cuenta para llevar a cabo la investigación, es importante tener en cuenta:

- Guardar completa reserva sobre la persona, situación o institución donde intervenga, los motivos de consulta y la identidad de los consultantes, salvo en los casos contemplados por las disposiciones legales.

- Llevar registro escrito que pueda sistematizarse de las prácticas y procedimientos que implemente en ejercicio de su profesión.
- Guardar el secreto profesional sobre cualquier prescripción o acto que realizare en cumplimiento de sus tareas específicas, así como de los datos o hechos que se les comunicaré en razón de su actividad profesional.
- Respetar los principios y valores que sustentan las normas de ética vigentes para el ejercicio de su profesión y el respeto por los derechos humanos (Congreso de la República de Colombia, 2006, p. 5).

En unión con lo anterior, el Artículo 25 da a conocer que la información obtenida por el profesional no puede ser revelada a otros, cuando conlleve peligro o atente contra la integridad y derechos de la persona, su familia o la sociedad, excepto en los siguientes casos:

- Cuando dicha evaluación o intervención ha sido solicitada por autoridad competente, entes judiciales, profesionales de la enseñanza, padres, empleadores, o cualquier otro solicitante diferente del sujeto evaluado.
- Cuando las autoridades legales lo soliciten, solo en aquellos casos previstos por la ley, la información que se suministre será estrictamente la necesaria.

- Cuando el cliente se encuentre en incapacidad física o mental demostrada que le imposibilite para recibir sus resultados o dar su consentimiento informado.
- Cuando se trata de niños pequeños que no pueden dar su consentimiento informado. La información sólo se entregará a los padres, tutor o persona encargada para recibir la misma (Congreso de la República de Colombia, 2006, p. 7).

Artículo 28. De la información profesionalmente adquirida no debe nunca el profesional servirse ni en beneficio propio o de terceros, ni en perjuicio del interesado (Congreso de la República de Colombia, 2006, p. 7).

Artículo 29. La exposición oral, impresa, audiovisual u otra, de casos clínicos o ilustrativos con fines didácticos o de comunicación o divulgación científica, debe hacerse de modo que no sea posible la identificación de la persona, grupo o institución de que se trata, o en el caso de que el medio utilizado conlleve la posibilidad de identificación del sujeto, será necesario su consentimiento previo y explícito (Congreso de la República de Colombia, 2006, p. 8).

Dentro de lo dicho en el código 1090 del Psicólogo en relación con la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones se dan a conocer los siguientes artículos importantes para el desarrollo de la investigación:

Artículo 49. Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización (Congreso de la República de Colombia, 2006, p. 10).

Artículo 50. Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes (Congreso de la República de Colombia, 2006, p. 11).

Artículo 51. Es preciso evitar en lo posible el recurso de la información incompleta o encubierta. Este sólo se usará cuando se cumplan estas tres condiciones:

- a) Que el problema por investigar sea importante
- b) Que solo pueda investigarse utilizando dicho tipo de información
- c) Que se garantice que al terminar la investigación se les va a brindar a los participantes la información correcta sobre las variables utilizadas y los objetivos de la investigación (Congreso de la República de Colombia, 2006, p. 11).

Artículo 52. En los casos de menores de edad y personas incapacitadas, el consentimiento respectivo deberá firmarlo el representante legal del participante (Congreso de la República de Colombia, 2006, p. 11).

Siguiendo la línea que se plantea anteriormente y teniendo en cuenta otros aspectos importantes se reconocen los derechos de autor que deben ser respetados en el transcurso de la investigación, puesto que es un imperativo ético-jurídico que describe los derechos que se otorgan a los creadores de las obras literarias, en este caso, las que servirán de sustento para llevar a cabo la investigación y darán soporte para posteriores resultados. El derecho de autor otorga a los creadores derechos exclusivos para utilizar o autorizar a que otros utilicen sus obras de determinada forma, permitiéndoles así controlar la utilización de las mismas y recibir una retribución por su trabajo.

Al tener en cuenta las citas de los autores que en el caso se consideren necesarias, será la manera más adecuada para proporcionar protección a los artistas intérpretes y los productores, y los organismos de radiodifusión, científicos, profesores universitarios, investigadores, pensadores, entre otros. Ello se hará factible utilizando las Normas APA en su sexta edición.

## 4. PRESUPUESTO

<b>PRESUPUESTO GLOBAL DEL TRABAJO DE GRADO</b>						
<b>RUBROS</b>	<b>FUENTES</b>			<b>TOTAL</b>		
	Estudiante	Institución – IUE	Externa			
Personal	\$ 1.600.000	\$ 2.000.000		\$ 3.600.000		
Material y suministro	\$ 166.000			\$ 166.000		
Salidas de campo	\$ 960.000			\$ 960.000		
Bibliografía	\$ 300.000			\$ 300.000		
Equipos	\$ 700.000			\$ 700.000		
Otros						
<b>TOTAL</b>				<b>\$ 5'726.000</b>		
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL</b>						
Nombre del Investigador	Función en el proyecto	Dedicación h/semana	Costo			Total
			Estudiante	Institución – IUE	Externa	
Lina Marcela Acosta Betancur		4 horas	\$ 1.600.000			\$ 1.600.000
César Augusto Jaramillo Jaramillo		1 hora		\$ 2.000.000		\$ 2.000.000
<b>TOTAL</b>			\$ 1.600.000	\$ 2.000.000		<b>\$ 3.600.000</b>
<b>DESCRIPCIÓN DE MATERIAL Y SUMINISTRO</b>						
Descripción de tipo de Material y/o suministro			Costo			Total
			Estudiante	Institución – IUE	Externa	
Fotocopias			\$ 100.000			\$ 100.000
Papel resmas			\$ 36.000			\$ 36.000
Recarga de cartuchos			\$ 30.000			\$ 30.000
<b>TOTAL</b>			\$ 166.000			<b>\$ 166.000</b>

<b>DESCRIPCIÓN DE SALIDAS DE CAMPO</b>				
Descripción de las salidas	Costo			Total
	Estudiante	Institución – IUE	Externa	
Visitas <i>HOGAR DE REPOSO LA FLORIDA</i> (trabajo de campo)	\$ 960.000			\$ 960.000
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 960.000</b>			<b>\$ 960.000</b>

<b>DESCRIPCIÓN DE MATERIAL BIBLIOGRÁFICO</b>				
Descripción de compra de material bibliográfico	Costo			Total
	Estudiante	Institución – IUE	Externa	
Libros	\$ 300.000			\$ 300.000
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 300.000</b>			<b>\$ 300.000</b>

<b>DESCRIPCIÓN DE EQUIPOS</b>				
Descripción de compra de equipos	Costo			Total
	Estudiante	Institución – IUE	Externa	
Depreciación portátil	\$ 400.000			\$ 400.000
Compra impresora	\$ 300.000			\$ 300.000
<b>TOTAL</b>	<b>\$700.000</b>			<b>\$ 700.000</b>

<b>DESCRIPCIÓN DE OTROS GASTOS FINANCIADOS</b>				
Descripción de otros gastos	Costo			Total
	Estudiante	Institución – IUE	Externa	
<b>TOTAL</b>				

## 5. CRONOGRAMAS

<b>CRONOGRAMA 2013-1</b>					
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>TIEMPO</b>	Mes I	Mes II	Mes III	Mes IV
Asesorías		X	X	X	X
Definición del tema		X	X		
Estado del arte			X		
Definir pregunta		X			
Título		X			
Planteamiento (Formulación) del problema.			X	X	
Justificación			X	X	
Objetivos (General y Específicos).		X			
Marco Referencial (Antecedentes en la Solución del problema y referentes Teóricos)			X	X	X
Diseño Metodológico			X	X	
Cronograma de Actividades					X
Presupuesto (ficha de presupuesto)					X
Impacto y Resultados esperados				X	
Bibliografía y APA		X	X	X	X

<b>CRONOGRAMA 2013-2</b>					
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>TIEMPO</b>	Mes I	Mes II	Mes III	Mes IV
Asesorías		X	X	X	X
Ajustes del planteamiento del problema y justificación		X	X		
Ampliar antecedentes institucionales		X			
Diseño de instrumentos			X	X	
Implementación de instrumento				X	X
Validación de instrumento				X	
Trabajo de campo			X	X	X
Recolección de información			X	X	X
Socialización de avances					X
Bibliografía y APA		X	X	X	X

<b>CRONOGRAMA 2014-1</b>					
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>MES I</b>	<b>MES II</b>	<b>MES III</b>	<b>MES IV</b>
Análisis de resultados		X	X		
Elaboración de los resultados obtenidos			X	X	
Discusión en relación con los resultados			X	X	
Elaboración de conclusiones				X	
Elaboración de recomendaciones					X
Elaboración del informe final					X
Elaboración del Artículo					X
Diseño de diapositivas de la socialización					X
Socialización de avances					X
Bibliografía y APA		X	X	X	X

## 6. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Varias investigaciones han dado como evidencia las consecuencias que presenta el consumo de antipsicóticos, en este caso antipsicóticos en relación con las disfunciones sexuales; con base en ellos, se realizará el desarrollo de la investigación, ya que es necesario conocer que antecede y da cuenta de lo investigado, todo gracias a la revisión bibliográfica o cualquier otro medio de información, dentro de las cuales se encuentra información relevante que de soporte al tema de investigación y objetivos previamente planteados.

Dando importancia a la revisión bibliográfica que exige la realización de esta investigación, se hace necesario plantear que la vida sexual del paciente esquizofrénico ha sido, hasta hace poco tiempo, desestimada, ya que no se ha tenido en cuenta, ha sido difícil de evaluar o no se le ha brindado la importancia, puesto que se ha dado prioridad más bien al tratamiento base del trastorno esquizofrénico y se ha olvidado o descuidado que una vida sexual satisfactoria mejora la calidad de vida e integración de esta población psiquiátrica; sin tener en cuenta que las alteraciones en el área sexual de estos pacientes repercuten negativamente en la evolución del cuadro psiquiátrico, lo que disminuye su autoestima y dificulta aún más la capacidad de relaciones internas de los pacientes que presentan esquizofrenia (Díaz, 2006, p. 22).

La realidad pone de manifiesto que los pacientes esquizofrénicos tienen una vida sexual activa, que el tratamiento con antipsicóticos en el momento que mejora su cuadro psiquiátrico, favorece su capacidad de vincularse íntimamente, pero que también puede ocasionar disfunciones sexuales secundarias por los efectos adversos de estos medicamentos,

y que estas repercusiones negativas de los psicofármacos sobre la sexualidad del paciente se pueden revertir con la evaluación y el tratamiento psiquiátrico adecuado (Díaz, 2006, p. 22).

Al presentar información acerca de la prevalencia de la actividad sexual en el enfermo mental grave, los autores Buckley y Hyde mencionados en la investigación titulada *El paciente esquizofrénico y su sexualidad: conductas y trastornos sexuales*, dan a conocer cómo a través de la historia se ha considerado la vida sexual del paciente esquizofrénico; pues nombran que estos autores citados observaron que hubo un tiempo en que se pensaba que la actividad sexual entre los pacientes psiquiátricos era infrecuente, lo que podía ser el resultado de la apatía y la anhedonia inherente a las enfermedades mentales importantes o a los efectos secundarios de las medicaciones utilizadas comúnmente para tratar a estos pacientes, o a ambas. Sin embargo, estos autores también observaron que las investigaciones recientes indicaban que la actividad sexual entre pacientes con trastornos psiquiátricos es altamente desestimada (Díaz, 2006, pp. 22 - 23).

Continuando con lo dicho y en unión a lo expresado por algunos pacientes con enfermedad mental grave, vale la pena dar a conocer que comúnmente ellos expresan preocupaciones respecto a su funcionamiento sexual. Por ejemplo, Lewis y Scott nombrados en la misma investigación, preguntaron a 39 pacientes psiquiátricos acerca de sus necesidades de educación sexual. La mayoría de estos pacientes tenían diagnósticos de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno bipolar. De 10 temas de educación sexual identificados como importantes, el 76% y el 74% de los pacientes querían información acerca de los efectos de la medicación en el funcionamiento sexual y de los efectos de la enfermedad

en el funcionamiento sexual, respectivamente. Estos porcentajes fueron más altos que para cualquiera de los 8 temas restantes (Díaz, 2006, p. 23).

Cabe resaltar la investigación llamada *Disfunción sexual secundaria a antipsicóticos: diagnóstico y tratamiento* realizada por Montejo, Fernández y el Grupo español de trabajo para el estudio de las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos, la cual da un amplio reconocimiento del problema, plantea que la utilización de antipsicóticos y antidepresivos se ha relacionado de forma cada vez más precisa con la aparición de disfunción sexual secundaria al tratamiento.

Su reconocimiento y manejo clínico se ha convertido en un objetivo de creciente interés para la psiquiatría. Desde las primeras comunicaciones de disfunción orgásmica y eréctil con clorpromazina y tioridazina el conocimiento de este efecto secundario y los posibles mecanismos de acción que lo provocan se ha incrementado enormemente. En general todos los neurolépticos pueden provocar disfunción sexual debido al incremento de prolactina que todos ellos inducen, si bien este aumento no se produce con todos los antipsicóticos por igual. Además existen otros factores implicados (2005, p. 2).

Por otra parte, se da a conocer que la disfunción sexual puede incluir diversas alteraciones tales como descenso de libido, dificultades en la eyaculación, el orgasmo, la erección y lubricación vaginal, alteraciones menstruales o ginecomastia. Es muy importante tener en cuenta que estas alteraciones son reversibles con la discontinuación del tratamiento, excepto el priapismo, que en algunos casos puede llegar a requerir intervención quirúrgica (Montejo, et al., 2005, p. 2).

Unido a lo anterior, una investigación nombrada *Management of sexual dysfunction due to antipsychotic*, presenta sus resultados dando a conocer que existen problemas sexuales debido al tratamiento con antipsicóticos utilizados para tratar la esquizofrenia. Estos antipsicóticos pueden afectar la erección, la lubricación, el orgasmo, deseo o libido, la eyaculación, la excitación sexual o la satisfacción sexual en general. Esto puede tener graves consecuencias negativas, tales como alejar a las personas de tomar sus medicamentos o de dejar de tomar medicamentos en una etapa temprana. Los problemas sexuales pueden limitar la calidad de vida de una persona, empeorar la autoestima y causar muchos otros problemas. Para contrarrestar estos efectos, optan por tomar otros medicamentos como lo puede ser el Viagra o dejan temporalmente la medicación antipsicótica, reducen la dosis o cambian a otro antipsicótico; lo que puede traer consigo grandes consecuencias a nivel general y aún más en relación con la enfermedad mental (Schmidt, Hagen, Kriston, Soares-Weiser, Maayan y Berner, 2012, p. 5).

Relacionando la disfunción sexual con los antipsicóticos, la misma investigación nombrada anteriormente da a conocer que los siguientes medicamentos tienen una influencia directa en la disfunción sexual de quienes los consumen: Alimemazine, amisulprida, benperidol, bromperidol, clorprotixeno, clopentixol, clozapina, dixyrazine, flupentixol, flufenazina, fluspirileno, haloperidol, levomepromazina, melperona, olanzapina, perazina, perfenazina, pimozida, pipamperona, promazina, prometazina, protipendilo, quetiapina, reserpina, risperidona, sulpirida, tioridazina, trifluperazine, trifluperidol, triflupromazina, ziprasidona, zotepina y zuclopentixol (Schmidt, et. al., 2012, pp. 8 - 9).

Son muchos los antipsicóticos que traen consigo efectos secundarios negativos, pero también se ha evidenciado que el cambio de esos antipsicóticos utilizados han mejorado de gran manera tales efectos adversos; por lo tanto, permiten que se realice un mejor tratamiento, ya que las consecuencias negativas que presentan los antipsicóticos llevan a las personas a que abandonen el tratamiento, especialmente en pacientes jóvenes con primeros episodios psicóticos; lo cual es determinante de la aparición de recaídas, número de hospitalizaciones, funcionalidad global y pronóstico de estos pacientes.

Dentro de los antipsicóticos con un perfil endocrinológico favorable, se han publicado varios estudios sobre el aripiprazol mostrando escasa o nula elevación de niveles de prolactina en pacientes tratados con dicho antipsicótico en comparación con pacientes tratados con otros antipsicóticos de segunda generación como risperidona, olanzapina o quetiapina. Y existe además creciente interés en el posible efecto beneficioso del aripiprazol, como tratamiento adyuvante, asociado a otros antipsicóticos relacionados con la inducción de hiperprolactinemia (Mesa, Bagny, Jimenez, y Rodriguez, 2013, p. 131).

Unido a lo anterior y gracias a los resultados obtenidos y presentados anteriormente, los investigadores recomiendan que la utilización de escalas de evaluación de la función sexual como la PRSexDQ-SALSEX validada en nuestro medio, la cual será el instrumento investigativo seleccionado para esta investigación que se llevará a cabo.

En este sentido, consideran que la mejoría en la esfera sexual observada tras la adición de aripiprazol en ambos casos estudiados en la investigación titulada *Agonismo parcial dopaminérgico en la disfunción sexual secundaria a antipsicóticos* publicada en el 2013,

aunque altamente sugerente de ser una consecuencia de esta modificación del tratamiento, no permite establecer una firme relación causa-efecto. En los últimos 4 años se ha publicado un ensayo clínico y varios casos en los que al añadir aripiprazol sobre el antipsicótico previo se logró una mejoría en la función sexual y/o una disminución en los niveles de prolactina. En este sentido, los 2 casos presentados en esta investigación ponen de relevancia cómo la combinación racional de determinados fármacos antipsicóticos puede ser una opción terapéutica a considerar, incluso en pacientes con primeros episodios psicóticos.

Se concluye que vale la pena continuar los estudios en este sentido, puesto que llevará a la adquisición de estrategias terapéuticas con mayor impacto positivo en la calidad de vida y adherencia al tratamiento de estos pacientes (Mesa, Bagnéy, Jiménez, y Rodríguez, 2013, p. 132).

Desde la misma mirada investigativa y en coherencia con lo anteriormente descrito, una investigación llamada *Sexualidad y esquizofrenia: breve revisión del tema y resultados de una encuesta a pacientes en rehabilitación*, da a conocer de manera clara que las disfunciones sexuales contribuyen en un porcentaje importante a la falta de adhesión al tratamiento y a la calidad de vida de los pacientes que presentan esquizofrenia. Ya que un elevado número de pacientes que presentan dicha enfermedad no mantienen relaciones sexuales o muestra una tasa de disfunciones del 28 al 40% en la mujeres y del 40 al 60% en hombres; que tienen diversos orígenes, como lo es el envejecimiento, la propia enfermedad o la medicación utilizada en el tratamiento (Gabay, Fernández y Roldán, 2006, p. 136).

**Atribución de la disfunción sexual por los pacientes, en comparación con un tiempo previo. Muestra truncada en los sub-grupos de menor placer y menor interés sexual(16).**

	Grupo con menor placer sexual (61,9%)	Grupo con menor interés sexual (49,6%)
Envejecimiento	34,9 %	40,6 %
Medicación antipsicótica	25,6 %	36,2 %
Cambios en su relación de pareja	14,0 %	18,8 %
Cambios en su situación personal	12,8 %	14,5 %
Su enfermedad	11,6 %	14,5 %

*Tabla 1: Atribución de la disfunción sexual*

Tomada de (Gabay, Fernández y Roldán, 2006, p. 137).

**Proporción de disfunciones sexuales en pacientes tratados con distintos antipsicóticos(3, 16).**

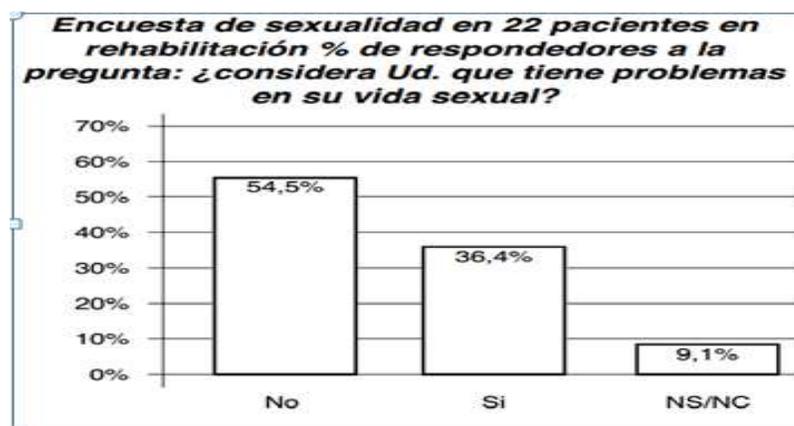
	Olanzapina	Risperidona	Haloperidol
Bobes et al., 2003	35,8%	48,4%	44,6%
Olson et al., 2005	54,1%	48,5%	38,9%

*Tabla 2: disfunción sexual por antipsicóticos*

Tomada de (Gabay, Fernández y Roldán, 2006, p. 138).

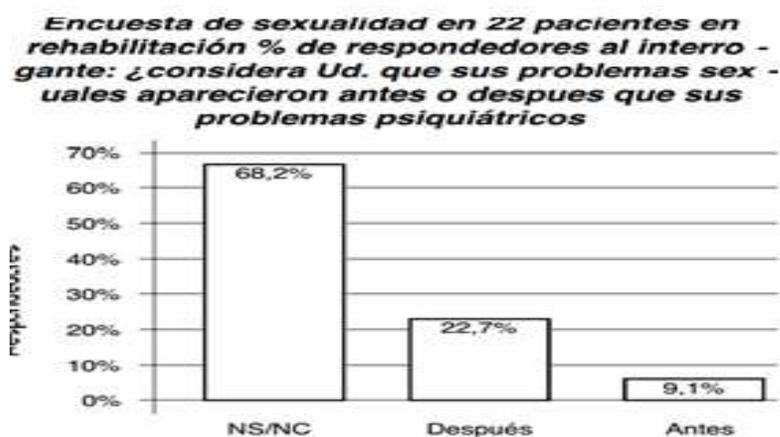
Dentro de lo interpretado en la tabla 1, puede decirse que la atribución de la disfunción sexual por los pacientes en comparación con un tiempo previo, muestra que en cuanto el grupo con menor placer sexual al igual y el grupo con menor interés sexual, ocupan el segundo escalón, aunque vale la pena aclarar que los segundos se caracterizan por tener una puntuación mayor, lo que da a conocer que la disminución del interés sexual es en gran medida un factor relacionado con los medicamentos antipsicóticos.

La tabla 2 por su parte, da a conocer resultados relevantes que concuerdan con las interpretaciones de varias investigaciones, una de ellas es *Management of sexual dysfunction due to antipsychotic* realizada en el 2012, donde se concuerdan según sus resultados que la olanzapina, el haloperidol y la risperidona tienen grandes influencias negativas en el deseo sexual.



*Tabla 3: problemas en la vida sexual*

Tomada de (Gabay, Fernández y Roldán, 2006, p. 138).

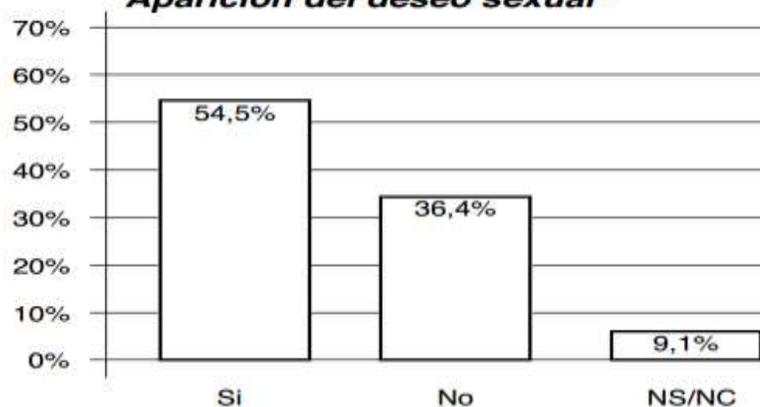


*Tabla 4: problemas sexuales antes y después de los antipsicóticos*

Tomada de (Gabay, Fernández y Roldán, 2006, p. 138).

Las gráficas planteadas claramente ilustran que varias de las personas encuestadas que presentan esquizofrenia son conscientes de presentar problemáticas a nivel sexual, aunque el primer nivel corresponde a no presentar dichos problemas, resultados tales que servirán para el análisis de los resultados de la investigación que se lleva a cabo. Debe tenerse en cuenta además que varias personas encuestadas no presentan claridad del momento en que inicia, pero es relevante el porcentaje representado después de ser medicado con antipsicóticos.

**Encuesta de sexualidad en 22 pacientes en rehabilitación % de respondedores en el ítem "Aparición del deseo sexual"**



*Tabla 4: aparición del deseo sexual*

*Tomada de (Gabay, Fernández y Roldán, 2006, p. 138).*

La investigación realizada lleva a cabo varios resultados importantes; de ellos se destaca la importancia de los medicamentos que se tuvieron en cuenta para dichos análisis, dentro de ellos están medicamentos tales como olanzapina, risperidona, quetiapina o haloperidol. A partir de todo lo realizado, concluyeron que los varones con esquizofrenia que eran tratados con antipsicóticos tenían disfunciones sexuales y que estas estaban directamente relacionada con la disminución de la calidad de vida de los pacientes, una disminución de la

cantidad de relaciones románticas y una reducción de la disminución de momentos de intimidad cuando dicha relación estaba establecida (Gabay, Fernández y Roldán, 2006, p. 137).

Por otra parte, la investigación realizada da a conocer que la disfunción sexual en la esquizofrenia afecta más de una de las tres áreas del ciclo de la respuesta sexual; dentro de ellas está el interés sexual (libido), la excitación (lubricación vaginal o erecciones) y el orgasmo (Gabay, Fernández y Roldán, 2006, p. 138).

Cabe resaltar que hasta el momento se han encontrado incidencias muy dispares, dependiendo de si se utilizan entrevistas específicas para la detección de disfunción sexual o no. Los datos provenientes de los prospectos no suelen superar el 5%, pero cuando se utilizan entrevistas específicas las cifras alcanzan hasta el 90% en pacientes esquizofrénicos ambulatorios bajo tratamiento crónico. De acuerdo con lo dicho anteriormente, se evidencia que con seguridad existe baja comunicación de este problema por parte del paciente, que puede explicarse por distintas causas: vergüenza, falta de confianza con su médico o dificultades de este último para entrevistar a los pacientes sobre su vida sexual. Muy raramente se reciben comunicaciones de efectos adversos sexuales enviados por los médicos en los servicios de farmacovigilancia. Existe el acuerdo entre la mayoría de los autores en que todas estas razones contribuyen a que la incidencia de la disfunción sexual esté subestimada e infracomunicada y que es un motivo importante de baja adhesión al tratamiento que puede ser interpretado erróneamente como resistencia al mismo (Montejo, et. al., 2005, p. 2).

Concretamente y según resultados de esta investigación, se puede dar a conocer la sexualidad del paciente psicótico y afectación de su funcionalidad, donde la función sexual del paciente psicótico presenta muchas incógnitas. Durante años se ha creído que su actividad sexual es diferente a la de la población sana. Actualmente se acepta que presentan muchos rasgos en común, gracias al creciente número de pacientes que recuperan en mayor o menor porcentaje su estado de salud premórbido (Montejo, et al., 2005, p. 3).

Al tratarse de un grupo muy heterogéneo con distintas evoluciones clínicas y actividad sexual muy dispar se vieron en la obligación de separar varios subgrupos para poder tener una mejor comprensión de los hechos.

Dentro del primer subgrupo, se encuentra que los pacientes con sintomatología aguda y que precisan internamiento para el control psicopatológico no suelen presentar quejas a 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 rango superan inicialmente la preocupación por niveles de funcionalidad posteriores. Sin embargo aunque la decisión de un determinado antipsicótico debe basarse obviamente en su eficacia, no debemos olvidar que la tolerabilidad y aceptación del paciente de sus efectos adversos se convierte en esencial a medio y largo plazo (Montejo, et al., 2005, p. 3).

Posteriormente se presentan los pacientes cronificados, los cuales suelen presentar un deterioro importante en su capacidad sexual acompañando al resto de las alteraciones mentales y síntomas deficitarios. Sin embargo investigaciones actuales demuestran que muchos pacientes crónicos con buena evolución están interesados en la vida sexual, aunque tienen dificultades emocionales en la expresión de sus necesidades sexuales. 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; dentro de los datos relevantes, cabe llevar a colación que posiblemente por este motivo los psicóticos tienen un predominio de la actividad masturbatoria comparados con los pacientes controles (Montejo, et al., 2005, p. 3).

Por otra parte, los pacientes no tratados parecen tener menor interés sexual que el grupo control sin que esto signifique que el desinterés sexual pueda ser extensible a la población general que recibe antipsicóticos.

Desde otra óptica, se muestra que los pacientes crónicos con síntomas residuales, y que tienen un alto grado de deterioro como para permanecer en instituciones psiquiátricas, no hay plena seguridad 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. 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 (Montejo, et al., 2005, pp. 3 - 4).

En relación con lo anterior, se nombran los pacientes que en algún momento sufrieron un episodio psicótico, los cuales fueron tratados con fármacos y que se mantienen en seguimiento ambulatorio con la ayuda de psicofármacos y apoyo socio-sanitario, llevando en muchos casos una vida social y laboral adecuada. Pero su actividad sexual puede verse gravemente resentida, si aparece disfunción sexual a largo plazo provocada por el fármaco. Es de suma importancia reconocer que este grupo de personas es cada vez más numeroso (Montejo, et al., 2005, p. 4).

De acuerdo con los resultados arrojados en cuanto a la satisfacción o insatisfacción que presentan frente a los efectos que producen los medicamentos antipsicóticos en relación con la disfunción sexual, se observa que casi un tercio de los pacientes podría abandonar la medicación debido a este efecto adverso, sin tener en cuenta a aquellos pacientes que han abandonado el tratamiento y no han vuelto a consulta, hecho que elevaría las cifras de intolerancia. Por tanto parece evidente que la vida sexual y de pareja de estos pacientes se ve muy comprometida por la disfunción sexual. El resultado final es el sensible empeoramiento de las dificultades previas de relación interpersonal y los problemas de insatisfacción sexual que padecen los esquizofrénicos (Montejo, et. al., 2005, p. 5).

Debe tenerse en cuenta que muchos pacientes psiquiátricos crónicos tienen dificultad para establecer relaciones íntimas y comprometerse en conductas sexuales que pueden ser perturbadoras para otros o peligrosas para sí mismos u otros. Akhtar y Thomson, los cuales fueron retomados por Díaz para una de sus investigaciones, encontraron varios ejemplos de conducta sexual problemática y mal adaptada en pacientes con esquizofrenia; dentro de las cuales se pudieron evidenciar lesiones genitales autoinducida, exhibicionismo, masturbación

en público, conducta sexual sádica, pedofilia y zoofilia. Como prueba de ello, Lyketsos, Sakka y Mailis que entrevistaron a 113 pacientes masculinos y femeninos con esquizofrenia crónica. Estos hallaron que el 24% de la muestra, la mayoría varones, estaba comprometidos en el "autoerotismo desinhibido", se encontró que el 8% eran promiscuos y que el 23% tenían otras "desviaciones sexuales" no específicas. Welch y Clements en una investigación que seguía el mismo objetivo, encontraron que el 15% de una muestra de 161 pacientes psiquiátricos crónicos ingresados fueron juzgados por las enfermeras por presentar conductas sexuales problemáticas tales como: exhibicionismo; hacer proposiciones inapropiadas; tener relaciones sexuales en público; ser ofensor sexual; permitir el abuso sexual de uno mismo; hablar inapropiadamente, y no practicar sexo seguro (Díaz, 2006, p. 26).

Así, utilizando el *Sexual Function Questionnaire* (Burke et al., 1994) el cual es dado a conocer en esta investigación, se observa como aparece el empeoramiento de la función sexual previa en el 35% de pacientes con risperidona, 50% con Haloperidol y solo en el 20% con clozapina. Según Whirsing et al (1999) tomado de igual manera que el anterior como dato relevante, el 50% de pacientes con risperidona, 40% con Clozapina y 33% con haloperidol manifestaron un interés mínimo y un descenso sustancial en su actividad sexual tras el inicio del tratamiento a corto y largo plazo. Las cifras encontradas por dos grupos de trabajo independientes, el de Knegtering et. al. (Holanda, 2000) y el de Montejo et. al. (España, 2000) coinciden en señalar dos aspectos importantes:

Como primero se presenta la frecuencia de la disfunción sexual claramente superior a la que aparece en la ficha médica de todos los antipsicóticos y como segundo aspecto importante se evidencia que la risperidona y los neurolépticos clásicos provocan

significativamente mayor disfunción sexual que olanzapina y quetiapina (Montejo, et al., 2005, pp. 5 - 6).

Dentro de la misma investigación, se destacan los trabajos iniciales realizados por *Grupo Español de Trabajo Para el Estudio de Disfunciones Sexuales Secundarias a Psicofármacos* donde se da a *conocer* la incidencia de disfunción sexual, la cual resulta diferente dependiendo del antipsicótico utilizado. En relación con esto, los efectos adversos sexuales fue mayor con risperidona (69.8 %) comparado con haloperidol (14.3%) y olanzapina (7.7%). Los datos obtenidos en estudios posteriores efectuados por dicho grupo (APA, Chicago 2002) muestran la existencia de diferencias significativas entre risperidona y olanzapina cuando se exploran distintos aspectos de la actividad sexual entre dos grupos de pacientes homogéneos en cuanto a dosis, edad, tipo de enfermedad y tiempo de evolución de la enfermedad (Montejo, et al., 2005, p. 8).

Dentro de los medicamentos importantes a destacar, está la Clozapina, la cual provoca disminución de interés sexual en ratas macho, efecto que parece ser dosis dependiente, pero no afecta la actividad copulatoria. La explicación a la menor incidencia de disfunción orgásmica o eréctil encontrada con clozapina podría deberse a que apenas afecta los receptores dopaminérgicos de la vía mesoestriatal, mientras que los neurolépticos clásicos sí lo hacen. Tras la comunicación anecdótica de ginecomastia y disfunción sexual, se dio a conocer que un paciente en tratamiento con risperidona provocaba elevaciones intensas de prolactina, lo que podría explicar su mayor índice de presentación de disfunción sexual respecto a otros antipsicóticos atípicos como olanzapina o quetiapina, que producen una significativa elevación de prolactina que risperidona (Montejo, et. al., 2005, p. 9).

Sin embargo, cabe destacar que no parece que el aumento de prolactina sea el único mecanismo implicado en la disfunción sexual por risperidona, esta presenta una mayor incidencia de alteraciones del orgasmo y eyaculación, anomalías que parecen ir muy ligadas a hiperfunción serotoninérgica (Montejo, et al., 2005, p. 9).

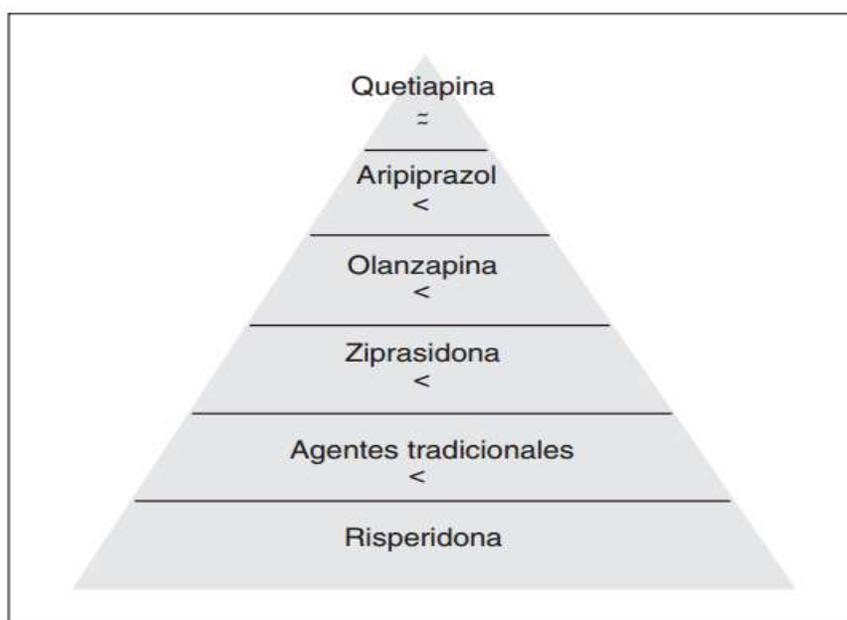
Otro punto de vista importante en relación con los antipsicóticos, se da a conocer en una investigación realizada por Díaz quién de una manera clara da a conocer que respecto a los efectos de la prolactina, el aripiprazol produce reducciones moderadas y la quetiapina produce una falta de cambio significativo en los valores de prolactina. La ziprasidona está asociada con un incremento leve y la olanzapina está asociada a un incremento de la prolactina dependiente de la dosis de leve a moderado; los antipsicóticos tradicionales producen incrementos consistentemente altos en la prolactina, y la risperidona produce el grado más alto de elevación de la prolactina relacionada con el tratamiento de los antipsicóticos comercializados (Díaz, 2006, p. 25).

Los efectos antagonistas adrenérgicos son de mínimos a leves con el aripiprazol, la ziprasidona, la olanzapina y la quetiapina, antipsicóticos tradicionales y la risperidona. El priatismo del pene y del clítoris está relacionado con el antagonismo adrenérgico de los antipsicóticos.

Dentro de la investigación, dan a conocer la importancia de cambiar a pacientes ambulatorios con esquizofrenia y disfunción sexual inducida por un antipsicótico a un tratamiento abierto con quetiapina. La quetiapina parece ofrecer una opción para reducir la

disfunción sexual inducida por los antipsicóticos a los pacientes ambulatorios con esquizofrenia (Díaz, 2006, p. 25).

En resumen, teóricamente la responsabilidad de los efectos sexuales secundarios de los antipsicóticos comercializados es de la siguiente manera: risperidona > agentes tradicionales > ziprasidona > olanzapina > aripiprazina =<sup>1</sup> quetiapina (Díaz, 2006, p. 25). Claramente se puede observar en la siguiente imagen:



**Fig. 1.** Tomada de Díaz Morfa, J. II Simposium Internacional sobre sexología Médica y Reunión de la Academia Internacional de Sexología Médica (AISM). 17-19 de Marzo de 2005. Oporto, Portugal.

*Figura 1: Medicamentos que afectan sexualidad*

*Tomada de (Díaz, 2006, p. 25).*

<sup>1</sup> El símbolo > traduce mayor que y el símbolo = igual que

Por su parte y en relación con todo lo dicho, una investigación titulada *Priapismo secundario a antipsicóticos: a propósito de un caso asociado a risperidona*, da a conocer los efectos negativos secundarios que producen algunos antipsicóticos, en este caso la risperidona; medicamento que como claramente se ha observado en investigaciones anteriores, trae consecuencias importantes en el área sexual de pacientes medicados.

Vale la pena aclarar que el priapismo es una erección prolongada y usualmente dolorosa que ocurre en ausencia de deseo o estímulo sexual, no se alivia con la masturbación o el coito, y es consecuencia de un desajuste en los mecanismos reguladores que inician la erección peneana. Por su parte, el priapismo se clasifica en dos grupos: el arterial o de alto flujo, menos frecuente, secundario a lesiones que ocasionan entrada de sangre arterial a los cuerpos cavernosos y que no reviste mayor gravedad; y el priapismo de bajo flujo, venooclusivo o isquémico, el cual presenta el 95% de los casos, constituye una urgencia urológica por el intenso dolor que ocasiona y porque además puede acarrear consecuencias penosas como la disfunción eréctil irreversible, la cual es desarrollada por un importante porcentaje de pacientes, aun con tratamiento o la gangrena peneana (Cruzado y Vallejos, 2012, p. 1).

De acuerdo a las causas que deben tenerse en cuenta que:

Una de las principales causas del priapismo de bajo flujo es el empleo de fármacos con efecto antagonista  $\alpha$ -adrenérgico, entre los que destacan los medicamentos antipsicóticos, y a los que se atribuyen hasta 50% de dichos casos. Se asume que el bloqueo adrenérgico desencadena un desequilibrio a favor del tono

parasimpático con la consiguiente relajación de las arteriolas cavernosas, disminución del retorno venoso sinusoidal e ingurgitación persistente de los cuerpos cavernosos. Secuencialmente, el incremento de la presión tisular (que en la práctica constituye un síndrome compartimental) llega a superar a la presión arterial con las consiguientes isquemia, hipoxia y acidosis que, al progresar la cascada de eventos, desembocarán en trombosis, muerte celular y fibrosis peneana (Cruzado y Vallejos, 2012, p. 1).

Respecto a la discusión realizada en la investigación con referencia de varios casos, se llega a la conclusión de que los antipsicóticos atípicos, de los cuales se resalta la risperidona, se observa que posee una capacidad al antagonista. De hecho, la mayoría de casos de priapismo inducidos por antipsicóticos atípicos son secundarios a risperidona. Es importante tener en cuenta que según la investigación realizada, hasta la fecha, se han reportado casos inducidos por el uso de casi todos los antipsicóticos de segunda generación, incluyendo al aripiprazo. Entre otros fármacos psicotrópicos asociados al desarrollo de priapismo, resalta el antidepresivo e hipnótico trazodona, con una incidencia de hasta un caso de priapismo por cada mil a diez mil usuarios. Inclusive antes de la aparición de los antipsicóticos atípicos, trazodona era responsable de 79% casos de priapismo inducidos por psicofármacos (Cruzado y Vallejos, 2012, p. 1).

Después de hacer un largo recorrido en relación con los medicamentos y la disfunción sexual como variables que entran a tener acciones la una para con la otra, se hace importante y casi necesario llevar a cabo las diferencias intersexos en relación con la disfunción sexual secundaria a antipsicóticos.

Para continuar con el objetivo planteado anteriormente, se menciona que según los datos del *grupo español*, no se encontraron diferencias significativas de incidencia entre varones y mujeres, aunque llama la atención que el número de varones sexualmente activos doblaba al de mujeres sin que esto se correlacione con la incidencia habitual de la esquizofrenia en ambos sexos. Posiblemente las mujeres que desarrollan la enfermedad, tienen más dificultades para llevar una vida sexualmente activa, incluyendo la masturbación.

No existieron diferencias intersexos en cuanto a la intensidad del descenso de la libido, el retraso orgasmo/eyaculación, anorgasmia/imposibilidad de eyaculación y la impotencia o dificultades en el inicio y mantenimiento de la excitación sexual. La dosis de fármaco utilizado, la edad, los meses de tratamiento y la aceptación subjetiva ante la disfunción fue similar en ambos sexos. Otros autores han observado que las mujeres suelen ser más reticentes a comunicar efectos adversos de contenido sexual que los varones, por lo que es especialmente relevante explorar su funcionamiento sexual tras el inicio de un fármaco antipsicótico (Montejo, et al., 2005, p. 10).

### Diferencia en la aparición de disfunción sexual intersexo con risperidona

Total: n=92	Mujeres (n=25)	Varones (n=67)	Valor de p
Dosis promedio( mg/día)	5.12*	6.53	0.03
Meses desde el inicio	8.32	7.89	NS
Edad (Media)	33.6	34.8	NS
Frecuencia Disfunción Sexual	60.9%	77.01%	
Descenso de libido.	p=1.60	p=1.94	NS
Retraso de orgasmo / eyaculación	p=1.68	p=1.70	NS
Anorgasmia/falta de eyaculación	p=1.32	p=1.28	NS
Disfunción eréctil			
Lubricación vaginal.	p=1.12	p=1.33	NS
Aceptación de la disfunción	p=0.83	p=1.03	NS

Escala de intensidad: 0= no alteración, 1= leve; 2= moderado; 3= severo.

(Montejo AL y Grupo Español de Trabajo, 2001)

Tabla 6: aparición de disfunción sexual intersexo con risperidona

Tomada de (Montejo, et al., 2005, p.11).

La tabla presentada anteriormente, la cual basa su información en la diferencia que tiene la aparición de la disfunción sexual intersexo con risperidona, presenta importantes resultados en relación con lo que se está investigando, pues como claramente se observa, la frecuencia de la disfunción sexual es mayor en los hombres que en mujeres, dentro de la misma, además, presenta que el hombre tiene un mayor descenso de la libido y de la disfunción sexual; vale la pena aclarar que ambas están dentro de la escala de intensidad moderada.

Contrario a lo dicho anteriormente y según una investigación titulada *Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena*; da a conocer que en las mujeres, según los datos descriptivos, la fase de la respuesta sexual humana más afectada es el deseo, seguida de la excitación. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, en las diferentes fases de la respuesta sexual y los diferentes grupos de psicofármacos (antidepresivos, antipsicóticos clásicos, antipsicóticos atípicos, benzodiazepinas, eutimizantes y eutimizantes anticomicionales). La falta de satisfacción en las relaciones sexuales ha sido la alteración que con más frecuencia se ha encontrado, tanto en hombres como en mujeres (Sánchez, 2013, p. 82).

En concordancia con lo dicho anteriormente, Friedman y Harrison referenciados en la investigación *El paciente esquizofrénico y su sexualidad: conductas y trastornos sexuales*, encontraron que la disfunción sexual era marcadamente más común en mujeres con esquizofrenia. Puesto que gracias al trabajo de campo realizado, se evidencia que entre el 54-88% de los varones y entre el 30-94% de las mujeres con esquizofrenia, experimentarán

disfunción sexual mientras toman medicamentos antipsicóticos. Además se plantea que los deterioros en la excitación y el orgasmo durante el sexo están asociados con el tratamiento antipsicótico; que el tratamiento neuroléptico se correlaciona con la normalización del deseo sexual, pero conduce a problemas de la excitación, el orgasmo y la satisfacción sexual, por lo tanto, los efectos sexuales secundarios de los antipsicóticos pueden impactar negativamente en la calidad de vida y en la adhesión a la medicación de las personas con esquizofrenia (Díaz, 2006, pp. 24 - 25).

Las investigaciones preclínicas sugieren que los antipsicóticos producen disfunción sexual al menos por 3 mecanismos. En primera instancia, el bloqueo directo de la dopamina tipo 2 (D2), posteriormente, la elevación de la prolactina (un efecto indirecto del antagonismo central D2) y por último el antagonismo en los receptores adrenérgicos (Díaz, 2006, pp. 24 - 25).

Además de los antecedentes de investigación anteriormente expuestos, una investigación referida como *Sexualidad en la Esquizofrenia*, y realizada por Nicolás Martín Navarro, Flora M<sup>a</sup> Vega Fernández y Ángel Montejo, los cuales hacen parte del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de Salamanca; plantean que 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.

Dentro de las importantes ideas que se desarrollan, es relevante conocer que siempre se ha creído que la 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.

En relación con lo dicho y debido a que se trata de un grupo muy heterogéneo con distintas evoluciones clínicas y actividad sexual se debe separar varios subgrupos (Navarro, Vega y Montejo, S.A, p. 1).

En primer lugar, se encuentra 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 (Navarro, Vega y Montejo, S.A., p. 1).

En segundo lugar, 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. 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 (Navarro, Vega y Montejo, S.A., p. 2).

Puede tenerse en cuenta además que las dificultades emocionales que pueden evidenciarse, por lo general, que a los pacientes se les dificulta conseguir interrelaciones

sociales incluyendo las de pareja. Posiblemente por este motivo, los psicóticos varones tienen un predominio de la actividad masturbatoria comparado con pacientes controles.

En tercer lugar, 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 (Navarro, Vega y Montejo, S.A., p. 2).

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 (Navarro, Vega y Montejo, S.A., p. 3).

Si bien, la enfermedad y sus repercusiones sociales comprometen la funcionalidad sexual, es por ello que no se debe despreciar el papel de los fármacos en el inicio o mantenimiento de estas dificultades.

En cuarto lugar, los pacientes con buena evolución a corto y largo plazo resultan cada vez más numerosos 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. 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.

La aparición de disfunción sexual secundaria al uso de antipsicóticos con frecuencia está subestimada por el médico y a menudo compromete el cumplimiento del tratamiento a largo plazo. En general todos ellos pueden producir disfunción sexual 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 (Navarro, Vega y Montejo, S.A., p. 3).

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 dopamina, serotonina, noradrenalina, GABA, oxitocina, entre otros (Navarro, Vega y Montejo, S.A., p. 4).

Para llevar a cabo el desarrollo de la investigación, fue necesario presentar una muestra en la comunidad española, la cual tenía como fin analizar la actividad sexual de los pacientes objeto de investigación a través de una modificación del cuestionario de Kinsey, el cual:

Es 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.

La mayoría de los pacientes de la muestra, se encuentran en tratamiento con neurolépticos atípicos, circunstancia que ha de ser tomada en cuenta a la hora de evaluar la disfunción sexual (Navarro, Vega y Montejo, S.A., p. 5).

Lo expuesto anteriormente es un pilar importante para el desarrollo de la investigación, ya que permitirá ser un antecedente en relación con los problemas del deseo sexual que puede ser o no causada por los antipsicóticos, asunto tal que se evidenciará luego de tener amplios resultados de la investigación que quiere llevarse a cabo. Cabe resaltar además que se hace importante por la contradicción que se presenta en los antecedentes, el objetivo entonces, es llevar a cabo la corroboración de la información existente con la posteriormente investigada.

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 que la mayoría de los sujetos de la muestra son heterosexuales aunque no mantienen una relación estable de pareja. 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 (Navarro, Vega y Montejo, S.A., p. 6).

Las conclusiones más relevantes que podemos extraer de este estudio serían el apoyar e incidir en las consideraciones más recientes acerca 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 (Navarro, Vega y Montejo, S.A., p. 6).

Según lo visto, hay un alto nivel de importancia en el deseo sexual de personas que presentan esquizofrenia, lo que refuerza la necesidad de investigar esta temática en el contexto antioqueño y colombiano, y permitir que a partir de la información que pueda rastrearse gracias a las personas objeto de estudio, se adquieran nuevas formas de comprensión de las implicaciones colaterales del tratamiento con base en los antipsicóticos que en el momento se estén utilizando, ello para que éstos sean conocidos por la comunidad académica y se presione a la industria farmacéutica para el mejoramiento de los mismos.

Además, se plantea que la disfunción sexual tiene una amplia relación con el abandono de los antipsicóticos, puesto que según lo leído, la persona con esquizofrenia suele darle más importancia a lo relacionado con la sexualidad que a la enfermedad que posee, en este caso a la esquizofrenia.

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; resulta 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, entre otros.

Que podrían subsanarse con muestras más grandes (Navarro, Vega y Montejo, S.A., p. 7).

Siguiendo con la influencia negativa que tienen los antipsicóticos en lo relacionado con la sexualidad, es necesario tener en cuenta la investigación titulada *Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena*; en el análisis realizado en relación con el grado de disfunción; se encontró que 54,3% de la muestra presenta un grado de disfunción leve, un 35,7 % presenta un grado de disfunción moderado y un 10% presenta un grado de disfunción intenso (Sánchez, 2013, p. 52).

En el análisis que dirige la pregunta para observar si los pacientes asocian la toma de tratamiento farmacológico a alguna alteración sexual, se encontró que 57,1 % de la muestra si ha notado algún tipo de alteración en la actividad sexual, un 41,4% no ha notado ninguna alteración y un 1,4 % no tomó tratamiento (Sánchez, 2013, p. 53). Unido a esto y en relación con la pregunta anterior, la muestra de 40 de los pacientes que contestaron afirmativamente que notan alguna alteración sexual desde la toma de tratamiento, 12 presentan disfunción sexual leve, 22 moderada y 6 grave. Un total de 29 pacientes contestaron no notar ninguna alteración sexual desde la toma de psicofármacos, de los cuales 25 presentan disfunción sexual leve, 3 moderada y 1 grave. En total 28 pacientes presenta grado de disfunción leve, 25 moderada y 7 grave (Sánchez, 2013, p. 54).

Posteriormente y después de realizar la investigación propuesta, llegan a la conclusión de que una gran mayoría de los pacientes con enfermedad mental en tratamiento con psicofármacos presenta una disfunción sexual. Además, cabe resaltar que no existen diferencias significativas concretas en las variables deseo, excitación, erección, lubricación, orgasmo, dolor, dificultad y complicidad emocional, ya que la muestra es demasiado pequeña (Sánchez, 2013, p. 81).

Por su parte, las disfunciones sexuales son un hecho de gran relevancia en la actualidad, ya que tal y como lo muestran las cifras expuestas en la información presentada por el periódico *El Mundo*, se encuentra que las cifras oscilan entre el 30 - 40% en los hombres y desde el 35 - 50% en las mujeres. Cabe rescatar que son muchos los factores que pueden provocarlas, dentro de ellos están las causas orgánicas, psicológicas o ambas, y una de estas posibles causas son las que provocan los efectos secundarios de algunos fármacos. Así, las personas que son medicadas con antipsicóticos son sensibles a estos problemas.

Unido a los tratamientos para personas con trastornos psiquiátricos, el tratamiento para la depresión ha cobrado gran relevancia, puesto que según estudios realizados presenta influencias negativas en el deseo sexual de manera muy similar a las influencias que se observan en el tratamiento con antipsicóticos.

El 4% de los españoles está tomando algún antidepresivo, y de ellos entre el 60 - 70% puede experimentar algún problema sexual, asegura a *El Mundo* Ángel Luis

Montejo González, profesor titular de psiquiatría de la Universidad de Salamanca y miembro de la Sociedad Española de Psiquiatría. Pero no todos los antidepresivos pueden provocar dificultades, ya que hay que tener en cuenta siempre a cada paciente. Por eso, insiste, es muy importante que remitan sus problemas -si los tienen- a su médico, porque así se les podría cambiar la medicación, en el caso de que fuera preciso (Portalatín, 2013, párr. 2).

El especialista citado es también Director de la Asociación Española de Sexualidad y Salud Mental, su objetivo radicaba en dar luz a todas aquellas respuestas relacionadas con la enfermedad mental y el tratamiento psiquiátrico para cada uno de esos pacientes.

Llevamos desde el año 1995 investigando qué medicamentos interfieren en la vida sexual de estos pacientes, y después de muchos estudios escalonados a lo largo de tiempo -uno en el año 1997 con 300 pacientes, otro en el 2001 con 1.000 y otro reciente con 2.000 que está a punto de publicarse- hemos podido concluir que efectivamente, hay medicamentos que producen disfunciones sexuales pero hay otros que no (Portalatín, 2013, párr. 4).

Del mismo modo y dentro de lo expuesto en el artículo periodístico, se cita a Óscar Herreros, éste introduce que a pesar de que algunos fármacos pueden tener efectos secundarios, realmente no es sólo eso lo que produce las repercusiones en la calidad de vida sexual.

El gran lastre es la enfermedad en sí. Además, incide en que todo depende de la dosis y del estado de cada persona: Hay pacientes a los que les puede repercutir, pero a otros no, no sólo es el tipo de medicación, sino de la propia persona, ya que hay muchas que no remiten problemas en este sentido (Portalatín, 2013, párr. 6).

Dentro de los estudios revisados, para exponer los resultados que se presentan en el periódico *El Mundo*, se evidencia que lo mismo pasa con los pacientes que tienen alguna enfermedad psicótica. Las dos enfermedades más frecuentes son la esquizofrenia y el trastorno bipolar, el cual corresponde al 1% de la población. En estudios realizados por el grupo de Montejo, se ha visto que al menos el 60% de los pacientes con esquizofrenia considera que su vida sexual es importante a pesar de tener muchas dificultades para encontrar pareja. Así, cerca del 40% ha pensado en abandonar el tratamiento debido a los problemas sexuales que experimentan tras la toma de algunos antipsicóticos, como los es la alteración de la erección y bajo deseo sexual que presentan. Pero el autor resalta que existen diferencias entre sexos, ya que los hombres se quejan más, en comparación a las mujeres, las cuales remiten problemas que suelen tenerlos más agudos (Portalatín, 2013, párr. 9).

Se encontró que los medicamentos que hacen aumentar la prolactina provocan problemas sexuales, como son risperidona, paliperidona, amisulpride y haloperidol. Por ello, aconseja recetar a los pacientes psicóticos que tengan vida sexual, medicamentos que no aumenten la prolactina, como lo es el aripiprazol, la quetiapina, la ziprasidona y la olanzapina (Portalatín, 2013).

Además, en relación con las posibles disfunciones sexuales causadas por psicofármacos en paciente con trastornos mentales, se ha observado que se cumple, puesto que existen posibles disfunciones sexuales causadas por psicofármacos. Resaltando que puede presentarse más en hombres que en mujeres. La importancia de la prevalencia de disfunciones sexuales en pacientes con enfermedad mental en tratamiento con psicofármacos, es grande, ya que según la escala PRSexDQ-SALSEX, utilizada en esta investigación, se obtuvo que un número significativo de pacientes presenten disfunciones sexuales moderadas y graves.

Unido a lo anterior, la investigación nombrada *Efectos adversos relacionados con la función sexual e hiperprolactinemia*, da a conocer que algunos pacientes informaron acerca de pérdida de la libido e impotencia (disfunción sexual) que presentan fue menor en el grupo de la olanzapina en comparación con la risperidona y convencional, tanto a los 3 como a los 6 meses (Brunner, Gargoloff, Caro, González, Landa, González, Barahona, Soria, Tamayo, Rovner, Adrianzen, Silva, Hodge, O'Halloran y grupo del estudio IC-SOHO, 2006, p. 20).

Dentro del mismo contexto, la disfunción sexual presenta los efectos adversos altos relacionados con el funcionamiento sexual, pero cabe resaltar que los efectos disminuyeron más con el tiempo en el grupo de olanzapina en comparación con los otros tratamientos. Cabe resaltar que lo anteriormente dicho evidencia las mejorías en el estado clínico de los pacientes presentados en la investigación realizada, además, es posible que la olanzapina normalice la hiperprolactinemia preexistente. De lo anterior, se observa que los efectos adversos asociados con la disfunción sexual fueron mayores con el tratamiento con antipsicóticos convencionales y risperidona. Lo expuesto permite ser congruente con los hallazgos en la literatura, en el sentido en que los antipsicóticos convencionales y la risperidona elevan consistentemente los

niveles plasmáticos de prolactina y como una consecuencia probable pueden causar problemas en la función sexual (Brunner, et. al., 2006, p. 24).

Se concluye que el mayor problema que se deriva de la alta incidencia en la influencia de los psicofármacos en la disfunción sexual, afecta la calidad de vida del paciente y la posibilidad de incumplimiento terapéutico en aquellos que precisan tratamientos a largo plazo (Sánchez, 2013, p. 79).

Por su parte, la investigaciones previamente realizadas, dan pie cada vez más para que se lleve a cabo una amplia investigación como la que se quiere realizar, ya que como se ha evidenciado en los presentes antecedentes, existe una clara controversia en la influencia directa o no de los antipsicóticos en la disfunción sexual, dicho en otras palabras, cada estudio da a conocer lo que dentro de su muestra observan, cosa tal que será corroborada y dada a saber con el desarrollo de esta investigación, ello permitirá además que se miren los efectos positivos o negativos que presentan, sin olvidar que se realizará un importante análisis de como el deseo sexual es afectado por la farmacoterapia aplicada a la esquizofrenia en los sujetos investigados.

## 7. ANTECEDENTES INSTITUCIONALES

### **Reseña histórica: hogar de reposo y centro de rehabilitación *la florida***

#### 8.1 Quienes son

El Hogar Psiquiátrico de Reposo *La Florida*, se caracteriza por ser una institución privada, la cual se centra en la atención de pacientes psiquiátricos con diversos diagnósticos como lo son: esquizofrenia, retardo mental, trastorno de la personalidad por evitación, depresión, alzheimer, trastorno afectivo bipolar, trastorno delirante persecutorio y todas aquellas enfermedades mentales crónicas que requieran cuidados ideales. Se puede decir que los residentes psiquiátricos encuentran en la institución, la comodidad, atención y contención afectiva que hacen que su calidad de vida sea mejor. Esta institución está convencida que la responsabilidad profesional, la estimulación, el entorno y por sobre todo la calidez humana juega un rol preponderante para lograr la estabilización y mejoramiento de la salud mental de los usuarios que buscan sus servicios (Fundación *La Florida*, S.A., p. 1).

Es importante tener en cuenta que la institución cuenta con dos sedes, por un lado tiene la fundación de rehabilitación para personas drogadictas que fue la primera en fundarse y posteriormente un Hogar de reposo para personas con enfermedad psiquiátrica deteriorante.

Además de lo anterior, es importante tener en cuenta que en el Hogar de Reposo se ofrece a los residentes con patologías mentales asociadas se las brinda acompañamiento las 24 horas, alimentación completa, servicio de lavandería, alojamiento en habitación individual o

compartida, terapia ocupacional, dirección y supervisión psicológica. Además se les ofrecen salidas recreativas y ecológicas y diversas actividades de entretenimiento y esparcimiento.

La institución cuenta con el servicio de emergencias médicas que es cubierto por la empresa Emermédica que presta atención en urgencias médicas con traslado en ambulancia en caso de ser necesario.

La sede está ubicada en área rural del corregimiento de San Antonio de Prado del área metropolitana de Medellín, es una casa finca con generosos espacios y con todos los recursos para hacer agradable y placentera la permanencia de los residentes (Fundación *La Florida*, S.A., p. 2).

## **8.2 Iniciación de la Fundación**

El psicólogo Héctor de Jesús Bedoya Gonzales egresado de la Universidad Pontificia Bolivariana, el cual es el fundador y director actual de la institución, se basó en sus prácticas profesionales para llevar a cabo dicha idea institucional, ya que en su quehacer como practicante, le permitió observar las problemáticas de las comunas de Medellín que inciden en la salud mental de las personas, de las cuales sobresalían: la farmacodependencia, la falta de afecto, la violencia intrafamiliar, el incesto, entre otras. A partir de todo lo anterior, tuvo la iniciativa de desarrollar una propuesta de trabajo que abordara la problemática de la adicción a sustancias psicoactivas desde una base fundamentada en el afecto y el respeto, para lo cual crea la primera sede.

Fue así como se convirtió en el fundador de la Fundación *La Florida*, con el objetivo de brindar atención integral a las personas con problemas de adicción, alcoholismo y o trastornos psiquiátricos. El nombre de Fundación *La Florida*, fue creado a raíz de que ésta se encuentra ubicada en la vereda *La Florida* del Corregimiento de San Antonio de Prado del municipio de Medellín, con fecha de fundación el 21 de octubre del año 2001, sin reglamentación legal, pero con todos los documentos en trámite.

El primer día de trabajo se empezó con dos pacientes psiquiátricos, uno de ellos llamado Fernando Alfonso Velásquez, el cual fue llamado como el fundador de la institución ya que venía trabajando con el psicólogo Héctor Bedoya desde la Fundación Crisálida donde fue director (localizada en Medellín). Más adelante llegó un nuevo paciente: Ricardo Andrés Restrepo con problemas de adicción y que también venía de la Fundación Crisálida; con este joven se inició la etapa en los procesos de rehabilitación de esta nueva Fundación.

Se inició con cuatro pacientes, lo cual dio fortaleza y solidez a la fundación y a partir de ahí, se fue afianzando y adquiriendo más prestigio dentro del medio por su propuesta de tratamiento humanizado, ya que se ve al paciente como una persona con derechos humanos, digno de respeto y mucho afecto. La Institución fue evaluada por el Hospital Mental de Medellín, la Fundación Hogares Claret y el Instituto de Seguros Sociales, lo cual arrojó resultados favorables permitiendo incluso la remisión de varios pacientes por parte de éstas a la fundación. Actualmente se cuenta con 23 pacientes en el Centro de Rehabilitación para farmacodependientes.

Posteriormente, se vio la necesidad de crear una nueva sede para pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante, la cual queda ubicada en el barrio la Manguala, San Antonio de Prado; este espacio físico cuenta actualmente con 29 pacientes con diferentes enfermedades psiquiátricas. Su creación fue en el año 2003, después de 2 años de funcionamiento de la primera sede dedicada a la rehabilitación de adictos a las sustancias psicoactivas (Fundación *La Florida*, S.A., pp. 2 - 3).

### **Filosofía institucional**

Está basada en el respeto por el ser humano, en la tranquilidad del espíritu, lograda a partir de los lazos de convivencia afectiva. Consideramos la familia como aquella unidad indisoluble desde donde debe partir toda estrategia para la solución a los problemas. La Fundación *La Florida* es aquel espacio alterno donde le brindamos al paciente una nueva forma de socializarse y de crear nuevos lazos afectivos (Fundación *La Florida*, S.A., p. 2).

### **Misión**

Movilizar no sólo al paciente sino también a la familia en torno a la solución de problemas de drogadicción y psiquiátricos a través de una propuesta basada en lo afectivo. Además brindar un espacio acorde a sus necesidades para ambas poblaciones (drogodependientes y personas con enfermedad psiquiátrica deteriorante), donde puedan pasar sus días de manera humana (Fundación *La Florida*, S.A., p. 3).

## **Visión**

En el año 2016, la Fundación *La Florida* será reconocida a nivel nacional e internacional, como una institución con el más alto nivel de formación y reinserción a la sociedad, además con otra sede especializada en el cuidado geriátrico. Basando la labor en el trato humanizante de los pacientes y familiares (Fundación *La Florida*, S.A., p. 3).

### **8.6 Objetivos institucionales**

#### **General (centro de rehabilitación)**

- Diseñar un plan de acción basado en el afecto como estrategia pedagógica que sea capaz de intervenir y desarrollar habilidades sociales y cognitivas para la solución de problemas de drogadicción y tratamiento de trastornos psiquiátricos degenerativos (Fundación *La Florida*, S.A., p. 3).

#### **Específicos (centro de rehabilitación)**

- Contribuir con el gobierno nacional, departamental y municipal a superar el problema del consumo de drogas, partiendo desde lo micro para posteriormente tener efectos a nivel macrosocial.
- Contribuir con el análisis, la comprensión y explicación de aquellos fenómenos psicosociales que conllevan a consumir drogas.

- Promover y crear técnicas de intervención y prevención del consumo de drogas en grupos terapéuticos.
- Unir la familia en torno al proceso de sensibilidad humana con la estrategia de lo afectivo-educativo como fundamento de la solución a los problemas de drogadicción.
- Realizar talleres comunitarios con personas en alto riesgo social vulnerables frente al consumo de drogas.
- Intervenir con propuestas concretas para prevenir el consumo de drogas en grupos vulnerables de jóvenes entre los 10 y 15 años (Fundación *La Florida*, S.A., p. 4).

### **General (Hogar de Reposo)**

- Brindar un espacio con las comodidades necesarias y el personal capacitado necesario para permitir la adecuada estadía de los pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante, permitiendo así vivir día a día de una manera humana (Fundación *La Florida*, S.A., p. 5).

**Específicos (hogar de reposo)**

- Implementar un plan de intervención para el desarrollo de habilidades sociales y cognitivas para pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante.
- Atender las demandas psiquiátricas, psicológicas, personales y familiares que presenten los pacientes que hagan parte de la institución.
- Implementar un plan de trabajo psicoeducativo con las familias de los pacientes para que conozcan realmente acerca de las enfermedades psiquiátricas deteriorantes.
- Habilitar la institución con las comodidades necesarias para la excelente estadía de los pacientes allí internados (Fundación *La Florida*, S.A., p. 5).

**Indicaciones para el ingreso al Hogar de reposo *La florida***

- El paciente debe presentarse en la fundación con una persona adulta, preferiblemente de la familia, que esté dispuesta a hacer las veces de acudiente con todo el apoyo, acompañamiento, compromiso y responsabilidad que esto amerita.
- El paciente debe estar medicado psiquiátricamente.

- Debe traer todos los implementos de aseo necesarios, incluyendo papel higiénico y una bolsa de detergente de 1000 gramos, que se debe entregar cada mes para el lavado de la ropa.
- Para la cama requiere: cobija, sábanas, fundas de almohada, almohada y un protector de colchón para cama de 1 metro por 180.
- Puede traer hasta 4 mudas de ropa, de las que normalmente utiliza.
- Le pueden traer comestibles no perecederos ni refrigerables.
- No se permite que el residente traiga: objetos que requieran electricidad para su funcionamiento, celulares, ningún tipo de elementos cortopunzantes ni objetos de valor.
- Puede traer un radio que funcione con pilas y con audífonos.
- Las visitas son los días sábados, domingos y festivos de 12.30 a 5.30 p.m. solo los pueden visitar personas autorizadas por la familia con previo aviso y consulta con la institución.
- Pueden llamar a su familiar los días miércoles y viernes en el horario de 1.00 a 5.00 p.m. por el teléfono 337 10 89, máximo 2 llamadas con una duración de 5 minutos.

- El Hogar De Reposo *La Florida* se encuentra ubicado en la Carrera 7E No.10E-32 barrio La Manguala, antigua vía al corregimiento de San Antonio de Prado, Medellín diagonal a Singapur (Fundación *La Florida*, S.A., p. 7).

### Ubicación geográfica

El Hogar de Reposo *La Florida* se encuentra ubicado en la Carrera 7E No.10E-32 barrio La Manguala, antigua vía al corregimiento de San Antonio de Prado, Medellín diagonal a Singapur.

Municipio de Medellín, Colombia

Email: [fundacionlaflorida@une.net.co](mailto:fundacionlaflorida@une.net.co)

Teléfono: 448-9293

Móvil: 316-437-3544 (Fundación *La Florida*, p. 1).



Mapa 1: Ubicación geográfica San Antonio de Prado

Tomada de (sin autor, S.A., p. 1).



Mapa 2: Mapa 1: Ubicación geográfica Fundación la Florida

Tomada de (Fundación la Florida, S.A., p. 1).

## Personal institucional

En el momento el Centro de Rehabilitación cuenta con dos *terapistas*<sup>2</sup> encargados de la reeducación de las personas internas y la psicoeducación a las familias, en colaboración del director de la institución. Por su parte, se cuenta con un psiquiatra que labora mediante convenio con la institución. Además, se cuenta con el personal encargado de las labores de alimentación y aseo institucional.

En el Hogar de reposo *La Florida*, cuenta con un psicólogo, el cual es el director de la institución en colaboración de la estudiante en formación que se desempeña en el campo de la psicología, dos enfermeras, un psiquiatra que labora mediante convenio con la institución y por último el personal encargado de las labores de alimentación y aseo institucional (Fundación *La Florida*, S.A., p. 4).

---

<sup>2</sup> Personas que se encargan del tratamiento de farmacodependientes después de pertenecer al mismo y con una preparación adecuada.

## 8. MARCO TEÓRICO

### 9.1 La esquizofrenia

La esquizofrenia se denomina como un conjunto de trastornos mentales, caracterizados por alteraciones sustanciales y específicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, que comprometen las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma y suelen, por tanto, alterar de forma muy importante la vida de las personas que las padecen y las demás personas que están a su alrededor. Por su parte, la esquizofrenia se ha considerado como uno de los problemas de salud que más contribuye a la carga global de enfermedades producto tanto de su inicio a edades tempranas como del alto porcentaje de personas afectadas que mantienen alguna sintomatología a lo largo de su vida.

Cabe resaltar que, según observaciones realizadas en lo relacionado con la epidemiología del problema de salud, se evidencia que las diferencias de género en la expresión clínica de la enfermedad y de sus consecuencias han sido largamente reconocidas, sin embargo, se pensaba que el riesgo de desarrollar esquizofrenia alguna vez en la vida era similar para hombres y mujeres. Pero, posteriormente dos meta análisis realizados recientemente mostraron que los hombres tienen un riesgo mayor que las mujeres de desarrollar esquizofrenia alguna vez en la vida (Ministerio de Salud, 2009).

Además, la esquizofrenia a lo largo de su estudio científico, se ha nombrado como un trastorno psicótico grave; donde sus manifestaciones básicas consisten en una mezcla de

signos y síntomas característicos. Los síntomas afectan a múltiples procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), sentimientos (afecto plano, afecto inapropiado), atención, concentración, motivación y juicio.

No hay ningún síntoma que sea por sí solo patognomónico de la esquizofrenia. Estas características psicológicas y conductuales se asocian a diversos tipos de deterioro. No todos los síntomas descritos están presentes en cada uno de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia (Aznar, et al. 2009, p. 12).

El inicio de la esquizofrenia se produce de manera característica durante la adolescencia e incluso en la infancia o al inicio de la edad adulta. Resaltando que afecta de forma similar a ambos sexos. Sin embargo, en los varones, la edad de inicio más frecuente es a comienzos de la tercera década de la vida, mientras que en las mujeres lo es a finales de la tercera década y comienzos de la cuarta.

Esta enfermedad que habitualmente es de tipo crónico, puede caracterizarse por tres fases (fase aguda, fase de estabilización y fase estable) que se fusionan unas con otras sin que existan unos límites claros y absolutos entre ellas.

En el primer episodio la aparición puede ser brusca o insidiosa, pero la mayor parte de sujetos presentan algún tipo de fase prodrómica que se manifiesta por el desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas donde se puede observar retraimiento social, pérdida de intereses en la escuela o el trabajo, deterioro de la higiene y cuidado personal, enfado e

irritabilidad; tras los cuales puede aparecer un síntoma característico de la fase activa que define el trastorno como esquizofrenia. También puede darse un periodo prodrómico antes de presentar una recidiva. Este periodo puede durar entre varios días y unas semanas y en ocasiones puede persistir durante varios meses (Aznar, et al. 2009, p. 11).

Dentro del primer episodio se presentan las siguientes fases:

- **Fase aguda:** durante esta fase los pacientes presentan síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones, y un pensamiento gravemente desorganizado; y generalmente, no son capaces de cuidar de sí mismos de forma apropiada. Con frecuencia, los síntomas negativos pasan a ser más intensos.

- **Fase de estabilización:** durante esta fase se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de 6 meses o más después del inicio de un episodio agudo.

- **Fase estable:** los síntomas son relativamente estables y en el caso de que los haya, casi siempre son menos graves que en la fase aguda. Los pacientes pueden estar asintomáticos; otros pueden presentar síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio (Aznar, et. al. 2009, pp. 11-12).

Cabe resaltar que la mayor parte de los estudios longitudinales de la esquizofrenia sugieren que su curso es variable: en algunos pacientes no se presentan nuevos episodios, en la mayoría se producen exacerbaciones y remisiones, y en una pequeña parte persiste un

estado psicótico grave de forma crónica. La remisión completa (es decir, el restablecimiento de la función previa a la aparición del trastorno) no es frecuente en esta enfermedad. Es importante tener en cuenta que los síntomas característicos de la esquizofrenia se han clasificado a menudo en dos grandes categorías: síntomas positivos y negativos (o déficit), a los que se ha añadido una tercera, la de desorganización (Aznar, et. al. 2009, p. 12).

Según *el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV)*, la esquizofrenia presenta unas características esenciales que son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses. Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral. Debe aclararse que el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo es pertinente si hay ideas delirantes o claras alucinaciones presentes durante al menos 1 mes (Pichot, 1995, p. 280).

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Dentro de esta enfermedad mental pueden conceptualizarse como pertenecientes dos amplias categorías: los positivos y los negativos (Pichot, 1995, p. 280).

Los síntomas positivos que presenta la esquizofrenia parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales.

**Los síntomas positivos:** incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Estos síntomas positivos incluyen dos dimensiones distintas, que, a su vez, pueden estar relacionadas con mecanismos neurales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes: la «dimensión psicótica» incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la «dimensión de desorganización» incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizados (Pichot, 1995, p. 280).

**Los síntomas negativos:** comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia) (Pichot, 1995, p. 280).

Las ideas delirantes son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. Su contenido puede incluir diversos temas como por ejemplo: de persecución, de autorreferencia, somáticos, religiosos o grandiosos. Las ideas delirantes de persecución son las más frecuentes; la persona cree que está siendo molestada, seguida, engañada, espiada o ridiculizada (Pichot, 1995, p. 281).

Las ideas delirantes autorreferenciales también son corrientes: la persona cree que ciertos gestos, comentarios, pasajes de libros, periódicos, canciones u otros elementos del entorno están especialmente dirigidos a ella. La distinción entre una idea delirante y una idea sostenida tenazmente resulta a veces difícil de establecer, y depende del grado de convicción con la que se mantiene la creencia, a pesar de las claras evidencias en sentido contrario (Pichot, 1995, p. 281).

Las ideas delirantes se califican como extrañas si son claramente improbables e incomprensibles y si no derivan de las experiencias corrientes de la vida. Es muy necesario tener en cuenta que si las ideas delirantes son juzgadas como extrañas, sólo se necesita este único síntoma para satisfacer el *criterio A* para la esquizofrenia (Pichot, 1995, p. 281).

Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial como lo son: auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles, pero las alucinaciones auditivas son las más habituales y características de la esquizofrenia. Las alucinaciones auditivas son experimentadas generalmente como voces, ya sean conocidas o desconocidas, que son percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona. El contenido puede ser bastante variable, aunque son especialmente frecuentes las voces peyorativas o amenazantes. Cabe aclarar que las alucinaciones también pueden ser una parte normal de las experiencias religiosas en ciertos contextos culturales (Pichot, 1995, p. 281).

El pensamiento desorganizado ha sido considerado como la característica simple más importante de la esquizofrenia. Debido a la dificultad intrínseca para establecer una definición objetiva del “trastorno del pensamiento” y puesto que en el contexto clínico las inferencias

acerca del pensamiento se basan principalmente en el lenguaje del sujeto. El lenguaje de los sujetos con esquizofrenia puede presentar diversas formas de desorganización; donde el sujeto puede “perder el hilo” saltando de un tema a otro lo que puede nombrarse como “descarrilamiento” o pérdida de las asociaciones; donde las respuestas que brinde el sujeto pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas. Cabe aclarar que durante los períodos prodrómico y residual de la esquizofrenia puede presentarse una desorganización del pensamiento o el lenguaje menos grave (Pichot, 1995, pp. 281 - 282).

El comportamiento gravemente desorganizado tiene problemas en cualquier forma de comportamiento dirigido a un fin, ocasionando dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana como organizar las comidas o mantener la higiene. El sujeto puede presentarse un conjunto de características que pueden entrar a hacer parte de la esquizofrenia, tales como permanecer exageradamente despeinado, vestir de una forma poco corriente, presentar un comportamiento sexual claramente inapropiado o una agitación impredecible e inmotivada. Al hablar del comportamiento sexual que puede presentar una persona con esquizofrenia, vale la pena dar como ejemplo que el paciente puede presentar comportamientos de masturbación en público (Pichot, 1995, p. 282).

## **9.2 Antipsicóticos**

Dentro de las formas actuales de tratamiento existen los antipsicóticos de primera generación y de segunda generación, de los cuales actualmente se disponen de antipsicóticos típicos y atípicos. Los típicos, aunque efectivos, no suponen un tratamiento óptimo, pues sólo un porcentaje pequeño de pacientes responde a ellos, y causan unos niveles importantes de

efectos adversos agudos y crónicos. En el momento actual, el único grupo de pacientes en que se prefiere claramente estos fármacos son aquellos para los que hay una clara indicación de preparaciones inyectables, o que tienen antecedentes de una excelente respuesta a ellos con mínimos efectos secundarios.

Los nuevos antipsicóticos, junto con las benzamidas y aripiprazol, parecen aportar grandes avances en cuanto a efectos secundarios y a la eficacia en este grupo de fármacos. No obstante, los antipsicóticos atípicos y las benzamidas se han relacionado con diversos efectos colaterales que afectan negativamente en la calidad de vida del paciente, junto con ciertas limitaciones en cuanto a su eficacia. Por tanto, existe una continua necesidad de nuevos y mejores fármacos (Tajima, Fernandez, López-Ibor, Carraco y Díaz, 2009, p. 331).

En relación con lo expuesto anteriormente, se postulan teorías sobre el mecanismo de acción de los antipsicóticos, donde se da a conocer los antipsicóticos de primera generación, éstos, todos tienen en común una alta afinidad por el receptor D2 dopaminérgico, existiendo una fuerte correlación entre las dosis terapéuticas de estos fármacos y su afinidad por la unión al receptor.

Las benzamidas son antagonistas muy selectivos de los receptores D2 y D3, con poca afinidad por los receptores D1 o receptores no dopaminérgicos. Algunos estudios han propuesto que, a bajas dosis, bloquearían preferentemente autorreceptores D2 presinápticos, provocando un incremento en la liberación y neurotransmisión dopaminérgica. Por el contrario, dosis mayores reducirían ciertos efectos mediados por el receptor de dopamina postsináptico, lo que se correlaciona con la eficacia

antipsicótica, pero con muy poca o ninguna inducción de catalepsia, que reduciría el riesgo de efectos secundarios extrapiramidales.

Amisulpirida se caracteriza, además, por su rápida disociación del receptor D2. Su moderada afinidad por los receptores D2 estriatales y su preferencia de unión sobre los receptores D2/D3 de la corteza límbica podrían justificar su eficacia terapéutica y escasa tendencia a inducir efectos secundarios extrapiramidales (Tajima, et al., 2009, pp. 331-332).

Dentro de los antipsicóticos de segunda generación, la teoría del antagonismo serotoninérgico-dopaminérgico propone que un nivel superior de afinidad del fármaco por el receptor 5-HT<sub>2A</sub> serotoninérgico, comparado con la afinidad por el receptor D2 dopaminérgico puede explicar la «atipicidad», así como la mayor eficacia y menor tendencia a producir efectos secundarios extrapiramidales, de los ASG.

Dentro de lo estudiado con los antipsicóticos, se vio la necesidad de realizar estudios con tomografía por emisión de positrones (PET), los cuales mostraron que dosis terapéuticas de risperidona, olanzapina y ziprasidona consiguen una ocupación de más del 70 % de los receptores D2, lo cual nos lleva a pensar que un umbral específico de ocupación del receptor D2 sería importante en la producción de los efectos antipsicóticos de estos fármacos. Sin embargo, esta correlación no ocurre con clozapina, quetiapina y ziprasidona, por lo que otras propiedades farmacológicas, además del umbral de ocupación del receptor, influyen en la eficacia clínica. Clozapina, risperidona, olanzapina y ziprasidona ocupan más del 80 % de los

receptores corticales 5-HT<sub>2A</sub> en el rango de dosis terapéutica en humanos (Tajima, et al., 2009, pp. 331-332).

Es a partir de las diferencias anteriores de donde puede extraerse la importancia del conocimiento de los efectos que pueden causar los antipsicóticos, ya que los efectos dependen en gran medida de los efectos a nivel cerebral que tengan en el individuo que es medicado.

Por otra parte, los perfiles clínicos farmacológicos de los antipsicóticos en relación con los de la primera generación, cabe darse a conocer que son igualmente efectivos en el tratamiento de los síntomas positivos y en la prevención de recurrencias. Sin embargo, aproximadamente el 30 % de los pacientes con síntomas psicóticos agudos exacerbados tienen poca o ninguna respuesta a los antipsicóticos de la primera generación, y hasta el 60 % de los pacientes tienen sólo una respuesta parcial a la medicación.

Es de suma importancia tener en cuenta que los antipsicóticos de la primera generación, suelen ser menos eficaces contra los síntomas negativos que contra los positivos de la esquizofrenia. También producen pequeños efectos inconsistentes sobre la función cognitiva. El deterioro cognitivo puede empeorar con el uso de medicación anticolinérgica adyuvante, que se requiere con frecuencia para tratar los efectos secundarios extrapiramidales causados por los APG 49, 50.

En cuanto a los efectos adversos, todos los antipsicóticos de la primera generación pueden producir efectos secundarios extrapiramidales a dosis terapéuticas, incluyendo parkinsonismo, distonía, acatisia y discinesia tardía en grado variable, incrementar la

concentración de prolactina sérica en el rango habitual de dosis clínica (Tajima, et. al., 2009, p. 333).

Dentro las Benzamidas y unido a un metaanálisis comparando amisulpirida con antipsicóticos de primera generación o placebo, demostró que amisulpirida era significativamente más eficaz que los antipsicóticos de primera generación para los síntomas globales y negativos de la esquizofrenia. El fármaco también demostró su beneficio terapéutico con escasos o nulo efectos secundarios extrapiramidales, menor uso de medicación antiparkinsoniana y menores tasas de abandono debido a los efectos adversos en comparación con los antipsicóticos de primera generación. Se demostró además que su principal efecto colateral es el aumento sustancial de la Prolactina (Tajima, et. al., 2009, p. 334).

Posteriormente se hace alusión a los antipsicóticos de segunda generación dando a conocer su eficacia. En relación a ello, se han hecho números estudios doble-ciego comparando la eficacia y tolerancia con los antipsicóticos primera generación para la terapia aguda y de mantenimiento de la esquizofrenia. En general, los antipsicóticos segunda generación parecen ser, al menos, tan eficaces como los antipsicóticos primera generación para los síntomas psicóticos.

Dentro de la eficacia sobre efectos negativos, se tiene que aunque los antipsicóticos de segunda generación se han mostrado más efectivos que los antipsicóticos primera generación en el tratamiento de los síntomas negativos, hay un continuo debate en cuanto a si estos efectos terapéuticos son secundarios a una reducción de los antipsicóticos primera generación

u otros síntomas, o a un efecto directo en los síntomas negativos primarios. Los síntomas negativos secundarios podrían estar asociados con síntomas positivos, efectos secundarios extrapiramidales, depresión y deprivación ambiental, pero la mayoría de los estudios clínicos de antipsicóticos segunda generación no distinguen entre síntomas negativos primarios y secundarios. Además, los efectos colaterales de los antipsicóticos segunda generación en la mejoría de los síntomas negativos suelen ser moderados o leves en comparación con placebo o antipsicóticos primera generación (Tajima, et. al., 2009, p. 334).

En general, los antipsicóticos de segunda generación han demostrado eficacia superior que los antipsicóticos primera generación en tests de fluidez verbal, función motora y función ejecutiva. Ya que todos estos tests miden el comportamiento durante un cierto periodo de tiempo, este refuerzo en la conducta con antipsicóticos segunda generación podría resultar en parte de la reducción de efectos colaterales parkinsonianos. En un ensayo doble-ciego sobre el tratamiento del deterioro cognitivo de la esquizofrenia en fases precoces, risperidona y olanzapina produjeron una mejoría significativamente mayor en la fluidez verbal comparada con haloperidol, y olanzapina fue superior a risperidona y a haloperidol en sus efectos sobre las habilidades motoras, la fluidez no verbal y la memoria inmediata (Tajima, et. al., 2009, p. 334).

Dentro de los antipsicóticos, se ha evidenciado que la clozapina ha demostrado de forma consistente su eficacia contra los síntomas psicóticos en pacientes refractarios al tratamiento, en comparación con otros antipsicóticos de segunda generación y con los antipsicóticos primera generación. Como evidencia de ello, en un metaanálisis se vio que la clozapina es superior a los antipsicóticos primera generación

en cuanto a psicopatología, efectos secundarios extrapiramidales y tasa de abandono (Tajima, et. al., 2009, p. 334).

### 9.3 Disfunción sexual

La palabra trastornos o disfunciones sexuales se caracteriza por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales (Gorguet, 2008, p. 52).

Los subtipos de la disfunción sexual se clasifican de acuerdo con la naturaleza del inicio del trastorno y de acuerdo con el contexto en que aparece.

Dentro del primero se encuentra la clasificación que puede darse *de toda la vida*; donde este subtipo indica que el trastorno sexual ha existido desde el inicio de la actividad sexual y *el adquirido*; el cual indica que el trastorno sexual ha aparecido después de un periodo de actividad sexual normal.

El segundo, presenta su relevancia de acuerdo con el contexto en que aparece el trastorno. El cual puede darse por un lado *general*, donde puede observarse que la disfunción sexual no se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o compañeros; y por el otro se da la *situacional*, la cual indica que la disfunción sexual se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o compañeros (Gorguet, 2008, p. 52).

Por otra parte, la disfunción sexual 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. Estas alteraciones son reversibles con la discontinuación del tratamiento con la excepción del priapismo que en raros casos puede requerir intervención quirúrgica (Navarro, Vega y Montejo, S. A., p. 4).

Los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración de los procesos propios del ciclo de la respuesta sexual o por dolor asociado a la realización del acto sexual. El ciclo completo de la respuesta sexual en las mujeres y los hombres puede dividirse en las siguientes fases:

- Deseo: Esta fase consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo. Los cambios más importantes en la mujer son la vaso congestión generalizada de la pelvis.
- Excitación: En esta predomina la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos. Los cambios más importantes en la mujer son la vaso congestión generalizada de la pelvis, la lubricación y expansión de la vagina, y la tumefacción de los genitales externos.
- Orgasmo: Este es el punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del periné y de los órganos reproductores. En la mujer se producen contracciones de la pared del tercio externo de la vagina. El esfínter anal se contrae de manera rítmica.

- **Resolución:** En esta fase, toda la contracción y vasoconstricción y la miotonía presentes se pierden y se percibe una sensación de relajación muscular y de bienestar general. Durante esta fase los varones son refractarios fisiológicamente a la erección y al orgasmo durante un periodo de tiempo variable, por el contrario, las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior casi inmediatamente.

Los trastornos de la respuesta sexual pueden aparecer en una o más de estas fases (Gorguet, 2008, p. 53).

#### **9.4 Influencia**

Según el diccionario de la Real Academia Española, se entiende por influencia a la capacidad que tiene algo para producir sobre otra cosa ciertos efectos (DRAE, 2001).

La influencia según un diccionario de psicología indagado, es planteada como el proceso psicológico que actúa en las actividades intelectuales, las emociones y las acciones de una persona o de un grupo, modificándolas de acuerdo con las expectativas de otra persona o grupo (Galimberti, 2002, p. 610).

La influencia permite además que se realicen cambios en la personalidad, el pensamiento, el comportamiento o las actitudes de un individuo. El estudio de los diferentes mecanismos de influencia social constituye uno de los pilares de la psicología social. En relación con lo anterior y según investigaciones realizadas por Milgram como

experimentador, se da a conocer que puede evidenciarse la influencia de ciertas variables sobre el comportamiento del individuo (Raynal, 2010, pp. 228 - 229).

Por otra parte, ésta puede ser entendida como cualquier condición anterior que, al explicar la sucesión temporal de hechos, se considera como factor determinante de las condiciones posteriores o causantes de ellas. Cabe resaltar que influir alude a la manera de desempeñar un papel en la determinación de un suceso (Raynal, 2010, pp. 228 - 229).

En confluencia con lo anterior y uniendo este término con lo que se desea realizar en esta investigación, es importante dar a conocer que dicho término está directamente relacionado al contexto psicológico y psiquiátrico, ya que hace referencia directa a los efectos positivos o negativos que algún tipo de medicamento puede ejercer en la vida de un paciente medicado.

En la mayoría de los casos los efectos son indeseables dependiendo de la actividad farmacodinámica y también de los sistemas de neurotransmisión antagonizados. Dentro del mismo contexto, es importante tener en cuenta que los medicamentos en toda su clasificación traen consigo consecuencias en pro de una mejor vida y por ende de mejores condiciones de salud, o consecuencias contrarias a lo dicho. Esto se da gracias a las influencias directas de los efectos de cada medicamento según sus compuestos y su reacción a nivel orgánico.

Además de lo ya dicho, un paciente debidamente medicado desde el punto de vista del diagnóstico y orientado terapéuticamente implica menores efectos secundarios negativos y al mismo tiempo mejores efectos en lo relacionado a su enfermedad mental, sin afectar otros

campos importantes de su vida, como lo es la menor duración de las bajas laborales, una integración familiar más rápida y una mejor calidad de vida en general (Palomo y Jiménez, 2009, pp. 739-754).

## 9.5 Hombre

Para destacar un claro horizonte de lo que hoy en día puede entenderse por hombre/masculino es importante traer a colación un texto llamado *Masculino/Femenino... ¿Y yo? Identidad o Identidades de Género*. De las autoras Blanca Elisa Cabral y Carmen Teresa García, el cual se realiza con base en el texto *La amplitud del universo del sujeto es la amplitud de su identidad* de Marcela Lagarde (1993). Dentro de lo descrito en relación con lo que se quiere desarrollar, se encuentra muy claramente la unión que realizan con el contexto que rodea el ser humano; y es a partir de ello de donde se extrae que el ser hombre/masculino es tener un conjunto de características como lo es ser fuerte, inteligente, lógico, racional, activo, agresivo, dominante, asertivo, rudo, agresivo, productivo, independiente, fuerte, decidido, seguro, estable, competitivo y persistente.

Puede evidenciarse además estereotipos que los encasillan en el desempeño de roles instrumentales que los llevan a entrenarse en actividades como luchar, ganar, atacar, mirar, tocar, conquistar, vencer, dominar y controlar; además de expresar su sexualidad, a ser infiel, orientarse hacia la vida pública y la realización social, motivarse al logro, al éxito, a tomar y poseer (Cabral y García, S.A., p. 12).

Además de lo ya dicho, se plantea que todas las sociedades cuentan con registros culturales de género, pero no todas tienen el concepto masculinidad. En su uso moderno el término asume que la propia conducta es resultado del tipo de persona que se es (Connel, S.A., p. 1).

Esta concepción presupone una creencia en las diferencias individuales y en la acción personal, pero el concepto es también inherentemente relacional, pues la masculinidad existe sólo en contraste con la femineidad. De acuerdo a lo que menciona el autor, en cualquier caso, el concepto de masculinidad parece ser un producto histórico bastante reciente, a lo máximo unos cientos de años de antigüedad.

Cabe desarrollar el término en medida a la oposición semiótica de masculinidad y femineidad, la masculinidad es el término inadvertido, el lugar de autoridad simbólica. El falo es la propiedad significativa y la femineidad es simbólicamente definida por la carencia. Esta definición de masculinidad ha sido muy efectiva en el análisis cultural.

Escapa de la arbitrariedad del esencialismo, y de las paradojas de las definiciones positivistas y normativas (Connel, S.A., p. 4).

En lugar de intentar definir la masculinidad como un objeto (un carácter de tipo natural, una conducta promedio, una norma), es necesario centrar los procesos y relaciones por medio de los cuales los hombres y mujeres llevan vidas imbuidas en el género. La masculinidad, si se puede definir brevemente, es al mismo tiempo la posición en las relaciones de género, las prácticas por las cuales los hombres y mujeres se comprometen con

esa posición de género, y los efectos de estas prácticas en la experiencia corporal, en la personalidad y en la cultura (Connell, S.A., p. 5).

## 9. MARCO LEGAL

Este apartado proporciona las bases sobre las cuales las instituciones construyen y determinan el alcance y naturaleza de la participación; es decir, permiten plantear que políticas deben tenerse en cuenta para la adecuada prestación de los servicios. En el marco legal se encuentra un buen número de provisiones regulatorias y leyes interrelacionadas entre sí. Su fundamento en muchos países es *La Constitución* como suprema legislación, que se complementa con la legislación promulgada por un parlamento o legislatura donde se incluyen Leyes, Códigos Penales, y Regulaciones, que incluyen Códigos de Conducta y Ética, dados a conocer por distintas instancias reguladoras que guardan estrechos vínculos con la materia en cuestión.

Para el desarrollo de la investigación que se quiere llevar a cabo, es necesario plantear cual es la ley que rige la práctica del Psicólogo y las instituciones prestadoras del servicio Psicológico; para ello se mencionan los artículos más importantes que están estrechamente relacionados con el objetivo planteado. Se conoce que la salud mental se reglamenta en la Ley 1616 del 21 de Enero de 2013 por medio de la cual se expide la ley de la salud mental plasmando lo siguiente donde el Congreso de la República de Colombia decreta:

Artículo 1°. Objeto. El objeto de la presente ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en

el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud (Congreso de Colombia, 2013, p. 1).

De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

Artículo 2° se menciona que es de suma importancia que en Colombia la labor del psicólogo se rija por principios universales tales como la responsabilidad, competencia, estándares morales y legales, anuncios públicos, confidencialidad, bienestar al usuario, relaciones personales, evaluación de técnicas e Investigación con participantes humanos (Congreso de Colombia, 2013, p. 1 - 2<sup>3</sup>).

Artículo 3°. Salud mental. La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (Congreso de Colombia, 2013, p. 3).

---

<sup>3</sup> Los artículos de la Ley que no se citan en sangría francesa fueron parafraseados por la autora de la investigación.

Dentro de lo planteado anteriormente, es importante la aclaración de lo que se entiende como salud mental, ya que la investigación que se quiere llevar a cabo tendrá como objeto de estudio hombres que sean diagnosticados con esquizofrenia mediante un diagnóstico multiaxial; enfermedad que hace que la salud mental se vea afectada en los diferentes campos de desarrollo del ser humano.

La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas. Y es a partir de esto, de donde se desea adquirir información que permita por medio de la investigación dar a conocer resultados que permitan el mejoramiento de su vida y por ende ayude con el bienestar y la homeostasis que todo ser humano debe mantener.

Artículo 4°. Garantía en salud mental. El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales (Congreso de Colombia, 2013, p. 3).

Esto lleva a pensar que toda investigación que se realice puede llevar a ampliar los horizontes de conocimiento de las personas que están interesadas en adquirir mayores conocimientos para de esta manera poder brindar a la población garantía en la salud mental,

dentro de esto, se observan los programas de promoción y prevención que han ayudado en gran manera a obtener mejores resultados, sin olvidar la unión que en gran medida deben realizar con la teoría, es decir, con las investigaciones previas, y es de esta manera como esta investigación planteará o corroborará nuevas perspectivas que estén en relación con la influencia de los antipsicóticos en la disfunción sexual de hombres esquizofrénicos.

Artículo 5°. Definiciones. Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

- Promoción de la salud mental.
- Prevención Primaria del trastorno mental.
- Atención integral e integrada en salud mental.
- Atención integral e integrada en salud mental.
- Trastorno mental.
- Discapacidad mental.
- Problema psicosocial.
- Rehabilitación psicosocial (Congreso de Colombia, 2013, p. 3).

## TÍTULO II

Dentro de lo plateado, se dan a conocer los derechos de las personas en el ámbito de la salud mental; en relación con la investigación se tendrán en cuenta algunos de ellos:

Artículo 6°. Derechos de las personas. Además de los Derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales, Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.
2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.
3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.
4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.

5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, y calidad de vida.
6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.
7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona.
8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la Ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.
9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.
10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.
11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental.

12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.
13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.
14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.
15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.
16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad (Congreso de Colombia, 2013, p. 4).

Los derechos plasmados anteriormente, llevan a las personas a ser conscientes de evaluar la manera como son tratados en relación con sus procesos psicológicos, lo que los orientará a tener razones obvias para llevar a cabo preguntas, reclamos, sugerencias o la aceptación o no de los procesos que se quieran realizar; además de cómo actuar mediante si se considera necesario.

## TÍTULO IV

Atención integral e integrada en salud mental

## CAPÍTULO I

Artículo 10. Responsabilidad en la atención integral e integrada en salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará en el marco de la Atención Primaria en Salud el modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de atención integral en salud mental con la participación ciudadana de los pacientes, sus familias y cuidadores y demás actores relevantes de conformidad con la política nacional de participación social vigente (Congreso de Colombia, 2013, p. 5).

## CAPÍTULO II

### Red integral de prestación de servicios de salud mental

Artículo 12. Red integral de prestación de servicios en salud mental. Los Entes Territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud.

Esta red prestará sus servicios en el marco de la estrategia de Atención Primaria en salud con un modelo de atención integral que incluya la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad que garantice calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental (Congreso de Colombia, 2013, p. 6).

Artículo 13. Modalidades y servicios de atención integral e integrada en salud mental. La red integral de prestación de servicios en salud mental debe incluir las siguientes modalidades y servicios, integradas a los servicios generales de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:

- Atención Ambulatoria.
- Atención Domiciliaria.
- Atención Prehospitalaria.
- Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia.
- Centro de Salud Mental Comunitario.
- Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias.
- Hospital de Día para Adultos.
- Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes.
- Rehabilitación Basada en Comunidad
- Unidades de Salud Mental.
- Urgencia de Psiquiatría (Congreso de Colombia, 2013, p. 6).

La institución que permitirá que la investigación se lleve a cabo, se encuentra dentro de las unidades de salud mental, ya que el hogar de reposo *La Florida* tiene como objetivo brindar un espacio con las comodidades necesarias y el personal capacitado necesario para permitir la estadía de los pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante, permitiendo así vivir día a día de una manera digna (Fundación *La Florida*, S.A., parr.5). Para llevar a cabo su función social, la institución cuenta con un equipo humano interdisciplinario como lo son:

las enfermeras, el psicólogo, practicante en Psicología y las personas encargadas de la alimentación y oficios varios, las cuales laboran para cumplir con las necesidades en salud mental de esta población.

Artículo 18. Equipo interdisciplinario. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Salud Mental públicas y privadas, deberán disponer de un equipo interdisciplinario idóneo, pertinente y suficiente para la satisfacción de las necesidades de las personas en los servicios de promoción de la salud y prevención del trastorno mental, detección precoz, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud (Congreso de Colombia, 2013, p. 7).

Artículo 34. Salud mental positiva. El Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, priorizará en la Política Pública Nacional de Salud Mental, la salud mental positiva, promoviendo la relación entre salud mental, medio ambiente, actividad física, seguridad alimentaria, y nutricional como elementos determinantes en el desarrollo de la autonomía de las personas (Congreso de Colombia, 2013, p. 8).

El artículo anterior, lleva a pensar que la salud mental positiva debe asegurar la capacidad de brindar la presencia de altos niveles de bienestar en las dimensiones tanto física como social y psicológica; lo que puede entenderse como una vía para incrementar la calidad de vida y tomarse como una herramienta para la prevención de posteriores patologías.

## 11. ANÁLISIS DE RESULTADOS

De acuerdo con los resultados expuestos en relación con los cambios en el deseo sexual que los medicamentos antipsicóticos pueden producir en algunos hombres diagnosticados como esquizofrénicos, en edades entre los 23 y los 58 años, pertenecientes al hogar de reposo *La Florida*, permiten llevar a cabo un análisis que corroborará resultados investigativos planteados por varios autores. Las personas encuestadas permitieron llegar a los siguientes resultados:

En relación con el cuestionario de disfunción sexual secundaria al tratamiento con psicofármacos PRSexDQ-SALSEX, puede observarse los siguientes resultados en cada uno de los sujetos evaluados, ya que se ubican según la escala de valores planteada:

### **Puntuación total (0-15): leve moderada intensa**

- **LEVE:** entre 1-5 puntos (siempre que ningún ítem  $\geq 2$  puntos)
  - **MODERADA:** entre 6-10 (cualquier ítem =2 y <3 puntos)
  - **INTENSA:** entre 11-15 o bien cualquier ítem =3
- Se presenta que el S<sub>1</sub>, el cual actualmente tiene una edad de 42 años, de sexo masculino y residente en la Casa de Reposo *La Florida*, presenta una puntuación de 7, lo que da a conocer que está dentro de una disfunción moderada.

- El S<sub>2</sub>, el cual actualmente tiene una edad de 40 años, de sexo masculino y residente en la Casa de *Reposo La Florida*, presenta una puntuación de 1, lo que da a conocer que presenta una disfunción sexual leve.
- El S<sub>3</sub>, el cual actualmente tiene una edad de 23 años, de sexo masculino y residente en la Casa de *Reposo La Florida*, puntúa en 2, lo que da a conocer que presenta una disfunción sexual leve.
- El S<sub>4</sub>, quien actualmente tiene una edad de 46 años, de sexo masculino y residente en la Casa de *Reposo La Florida*, presenta una puntuación en 11, lo que informa que se presenta una disfunción sexual intensa.
- El S<sub>5</sub>, el cual actualmente tiene una edad de 58 años, de sexo masculino y residente en la Casa de *Reposo La Florida*, puntúa en 4, lo que da a conocer que su disfunción sexual es leve.

Es importante aclarar que las personas encuestadas comunicaron espontáneamente las preguntas relacionadas con el deseo sexual. Debe aclararse que como son personas que permanecen en una casa de reposo, las preguntas iban directamente relacionadas al deseo sexual unido a la autosatisfacción (masturbación), puesto que no tienen la posibilidad de llevar su deseo sexual con una pareja.

Posteriormente se le realiza a cada uno de los sujetos la encuesta a profundidad, de la cual se pueden evidenciar datos importantes acerca de lo que persigue la investigación.

- **Sujeto 1:**

- Expresa “mi deseo sexual antes de ser medicado con antipsicóticos era mejor, puesto que hoy en día ha cambiado, ha disminuido y ya no me dan casi ganas, es tanto que ya me demoro más tiempo para masturbarme”.

- En cuanto a la opinión frente a los cambios presentados por la influencia de los antipsicóticos responde “pienso que de alguna manera ha influido en mi vida, pues antes le encontraba más sentido a mi vida sexual, los médicos debieran de tener más en cuenta esa parte de la vida de uno”.

- En relación con los sentimientos que suele tener frente a la situación sexual que está viviendo en este momento comparado cuando no era medicado expresa “me siento decaído, ya mi interés no es el mismo, ya no tengo alientos para hacer lo que antes hacía”.

- Cuando se le plantea acerca de los pensamientos que suele tener al saber que lo que está presentando es debido a los antipsicóticos que consume responde “no creo que sean los

medicamentos que me dan, creo que lo que estoy presentando es porque el cuerpo ya no lo necesita, el cuerpo ya no me pide que lo haga”.

- Por último, cuando se le pregunta por las razones que cree que son dentro de su enfermedad psiquiátrica que han influido para que el deseo sexual haya aumentado o reducido expresa “las tristezas que he tenido en mi vida, como lo fue la muerte de mi padre, además por no tener en el momento una relación estable con una persona, creo que es lo que ha generado que ya mi deseo sexual haya disminuido”.

- **Sujeto 2:**

- Expresa “mi deseo sexual antes de ser medicado con antipsicóticos y ahora ha reducido un poco, puesto que ahora no tengo una pareja estable, entonces esa es la razón de que haya disminuido un poco el interés, pero ahora me satisfago de una manera diferente que es masturbándome”.

- En cuanto a la opinión frente a los cambios presentados por la influencia de los antipsicóticos responde “el poco cambio que he notado no me ha afectado, pienso que obviamente no es por los medicamentos sino por no tener una pareja a mi lado”.

- En relación con los sentimientos que suele tener frente a la situación sexual que está viviendo en este momento comparado cuando no era medicado expresa “me siento triste por no poderla compartir con quien era mi esposa, pero no me hace falta ninguna otra mujer”.

- Cuando se le plantea acerca de los pensamientos que suele tener al saber que lo que está presentando es debido a los antipsicóticos que consume responde “pienso que aunque no he tenido cambios significativos y así los tuviera, es más importante mí salud, estar bien y recuperarme”.

- Por último, cuando se le pregunta por las razones que cree que son dentro de su enfermedad psiquiátrica que han influido para que el deseo sexual haya aumentado o reducido expresa “mi capacidad mental y el estar en esta institución”.

- **Sujeto 3**

-Expresa “mi deseo sexual antes de ser medicado con antipsicóticos y ahora es un poco diferente, pues ha reducido mi interés, pero la reacción corporal sigue siendo igual, todo normal”.

- En cuanto a la opinión frente a los cambios presentados por la influencia de los antipsicóticos responde “no opino nada porque como dije, las reacciones de mi cuerpo siguen igual”.

- En relación con los sentimientos que suele tener frente a la situación sexual que está viviendo en este momento comparado cuando no era medicado expresa “me siento un poco triste porque el interés por lo sexual ya no es el mismo”.

- Cuando se le plantea acerca de los pensamientos que suele tener al saber que lo que está presentando es debido a los antipsicóticos que consume responde “no pienso nada, puesto que los medicamentos no han hecho ese efecto en mi”.

- Por último, cuando se le pregunta por las razones que cree que son dentro de su enfermedad psiquiátrica que han influido para que el deseo sexual haya aumentado o reducido expresa “una razón importante es no tener una pareja al lado, solo esa”.

Cabe resaltar que este sujeto presenta constantes acercamientos amorosos con varias de las mujeres de la institución, ha llegado a tener relaciones coitales con una de ellas, por ende se mantiene vigilado porque esto no es permitido en la institución.

- **Sujeto 4:**

-Expresa “mi deseo sexual antes de ser medicado con antipsicóticos y ahora es muy diferente, antes era súper bien y ahora remal, ya no existen deseos de masturbarme siquiera”.

- En cuanto a la opinión frente a los cambios presentados por la influencia de los antipsicóticos responde “aunque los medicamentos que esté consumiendo me causen esto, sé que tengo que continuar con mi tratamiento, que es una responsabilidad mía”.

- En relación con los sentimientos que suele tener frente a la situación sexual que está viviendo en este momento comparado cuando no era medicado expresa “me siento muy mal por no tener una vida sexual como antes, no me hallo, siento preocupación”.

- Cuando se le plantea acerca de los pensamientos que suele tener al saber que lo que está presentando es debido a los antipsicóticos que consume responde “sé que me los tengo que tomar, que primero lo primero y primero es mi salud, es tanto, no he pensado en abandonar el tratamiento”.

- Por último, cuando se le pregunta por las razones que cree que son dentro de su enfermedad psiquiátrica que han influido para que el deseo sexual haya aumentado o reducido expresa “la razón primordial sé que son los medicamentos”.

- **Sujeto 5:**

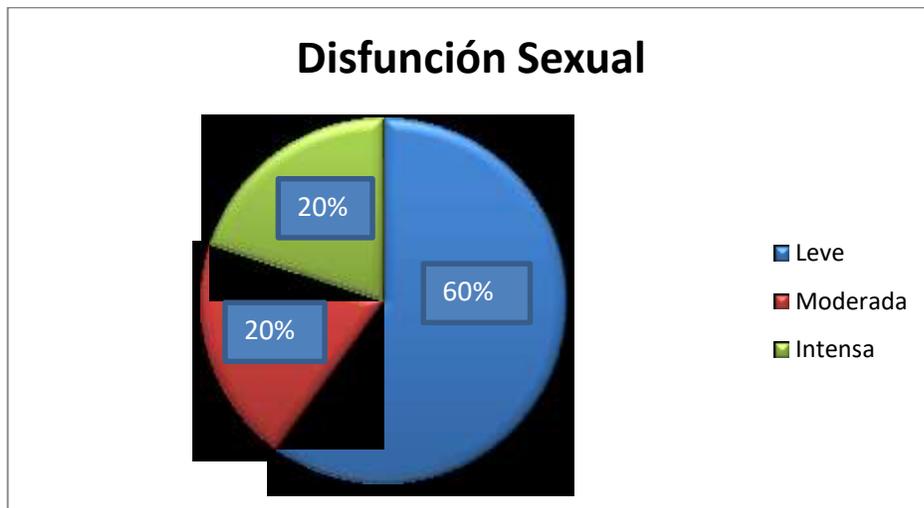
-Expresa que: “mi deseo sexual antes de ser medicado con antipsicóticos y ahora es diferente, puesto que antes era más acelerado, ahora ha disminuido, siento menos interés”.

- En cuanto a la opinión frente a los cambios presentados por la influencia de los antipsicóticos responde “mi opinión frente a los cambios que he presentado es que pienso que de alguna manera el organismo tiene que cambiar porque con todo ese pastillero acumulado alguna consecuencia debe tener, inclusive yo he abandonado tratamientos de la hipertensión porque eso me hace poner depresivo, pero en el que estoy no lo pienso abandonar aunque influya en mi deseo sexual, pues no es como tan importante para mí, además no tengo pareja”.

- En relación con los sentimientos que suele tener frente a la situación sexual que está viviendo en este momento comparado cuando no era medicado expresa “me siento bien, eso no ha afectado mi vida”.

- Cuando se le plantea acerca de los pensamientos que suele tener al saber que lo que está presentando es debido a los antipsicóticos que consume responde “pienso que a futuro las cosas van a ser peores y que ese pastillero trae otras consecuencias, eso no debiera ser así”.

- Por último, cuando se le pregunta por las razones que cree que son dentro de su enfermedad psiquiátrica que han influido para que el deseo sexual haya aumentado o reducido expresa “el alto consumo de alcohol que he tenido, la edad, y no tener una pareja al lado”.



*Gráfica 1: disfunción sexual*

La gráfica de manera muy clara, da a conocer la disfunción sexual que presentan las personas encuestadas. Cabe destacar que todos los encuestados presentan disfunción sexual, la cual oscila entre leve e intensa. La totalidad de las personas encuestadas fueron 5, las cuales presentan alteración en el deseo sexual. Una cantidad de 3 personas, que son el 60% de los investigados presentan disfunción sexual leve, 1 personas que es el 20% presenta disfunción sexual moderada, y el otro el 20% presenta alteraciones en su deseo sexual de manera intensa. Cabe destacar que todos presentan disfunción sexual.

Es de gran relevancia tener presente que al comparar los resultados de la entrevista a profundidad y el cuestionario de disfunción sexual secundaria al tratamiento con psicofármacos, se pudo evidenciar que en ambos coincide la información brindada, ya que lo preguntado en el cuestionario fue corroborado y ampliado por la entrevista a profundidad; para tener certeza de ello, pueden observarse los resultados descritos en esta investigación más adelante.

+

Por otra parte y de acuerdo a la información obtenida gracias a la aplicación de los instrumentos como lo fue la entrevista a profundidad y el cuestionario de disfunción sexual secundaria al tratamiento con psicofármacos PRSexDQ-SALSEX, se ha evidenciado que según como lo muestran varias investigaciones, los antipsicóticos utilizados para el tratamiento en personas esquizofrénicas tienen gran influencia; como prueba de ello, la investigación realizada por Schmidt, Hagen, Kriston, Soares-Weiser, Maayan y Berner, en el año 2012, caracterizada por una de las más actuales, grafica sus resultados dando a conocer que existen problemas sexuales debido al tratamiento con antipsicóticos utilizados para tratar la esquizofrenia. Estos antipsicóticos pueden afectar la erección, la lubricación, el orgasmo, el deseo o la libido, la eyaculación, la excitación sexual o la satisfacción sexual en general tanto en hombres como en mujeres. Esto puede tener graves consecuencias negativas, tales como alejar a las personas de tomar sus medicamentos o de dejar de tomar medicamentos en una etapa temprana (p. 5).

Además, da a conocer que los problemas sexuales pueden traer consigo grandes consecuencias en la calidad de vida de una persona, ya que empeoran la autoestima y causan muchos otros inconvenientes. Para contrarrestar estos efectos, optan por tomar otros medicamentos de manera autorecetada como puede ser el Viagra o dejan temporalmente la medicación antipsicótica, reducir la dosis o cambiar a otro antipsicótico; lo que puede traer consigo grandes consecuencias a nivel general y por ende, afectan la enfermedad mental padecida complicando la sintomatología y aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad (Schmidt, Hagen, Kriston, Soares-Weiser, Maayan y Berner, 2012, p. 5).

En relación con lo anterior y con los resultados investigativos, las personas objeto de investigación no dieron a conocer el consumo de otros medicamentos que actúen en pro del deseo sexual, además el 100 % de ellos consideraron que no pueden suspender la medicación, puesto que reconocen lo importante que es el tratamiento con antipsicóticos para la enfermedad que presentan, dan a conocer que primero es lo primero.

Es más que necesario traer a colación que los resultados de una investigación realizada por Montejo, Riesgo, Luque y Barber; dan a conocer que los resultados encontrados son totalmente opuestos a la información que en esta investigación se presenta, puesto que los estudios han demostrado que la incidencia de la disfunción sexual después de 3 meses de tratamiento con antipsicóticos es nula en todos los pacientes estudiados. Los pacientes tomados como muestra evidencian una mejoría significativa de todos los síntomas valorados; el cual examina el deseo sexual y los problemas de excitación y orgasmo, siendo el retraso en la eyaculación o del orgasmo el que presenta una mejoría media más marcada (2010, p. 24).

De acuerdo con lo dicho, los siguientes medicamentos tienen una influencia directa en la disfunción sexual de quienes los consumen: Alimemazine, amisulprida, benperidol, bromperidol, clorprotixeno, clopentixol, clozapina, dixyrazine, flupentixol, flufenazina, fluspirileno, haloperidol, levomepromazina, melperona, olanzapina, perazina, perfenazina, pimozida, pipamperona, promazina, prometazina, protipendilo, quetiapina, reserpina, risperidona, sulpirida, tioridazina, trifluperazine, trifluperidol, triflupromazina, ziprasidona, zotepina y zuclopentixol (Schmidt, et. al., p. 8 - 9).

De la misma manera, la investigación realizada por los autores Gabay, Fernández y Roldan; de manera muy explícita destacan tres antipsicóticos que cobran grandes efectos en el deseo sexual de hombres con esquizofrenia, dentro de ellos destaca la olanzapina, la risperidona y el aloperidol, los cuales son destacados anteriormente como antipsicóticos que tienen efectos negativos en lo relacionado con el deseo sexual de las personas que lo consumen (2006, p. 138).

Pero en otra investigación titulada *Estudio sobre la función sexual de pacientes que inician tratamiento con aripiprazol*, el cual se caracteriza por ser un estudio naturalístico, abierto, prospectivo y multicéntrico, resaltan que existen diferencias importantes entre los antipsicóticos y algunos de ellos carecen de efectos secundarios sexuales significativos como es el caso de la ziprasidona, quetiapina, olanzapina y clozapina. La etiopatogenia de las disfunciones sexuales parece relacionarse con el incremento de prolactina en el caso de algunos antipsicóticos como risperidona, amisulpride y antipsicóticos típicos, rasgo presentado tanto en hombres como en mujeres, aunque es posible que la hiperprolactinemia no sea el único mecanismo implicado (Montejo, et. al., 2010, p. 24).

Unido a lo anterior, la investigación nombrada *Efectos adversos relacionados con la función sexual e hiperprolactinemia*, plantea que algunos pacientes presentan pérdida de la libido e impotencia (disfunción sexual) con mayores consecuencias con la risperidona y convencional que con la clozapina (Brunner, Gargoloff, Caro, González, Landa, González, Barahona, Soria, Tamayo, Rovner, Adrianzen, Silva, Hodge y O'Halloran, grupo del estudio IC-SOHO, 2006, p. 20).

Dentro de ese conjunto de controversias en lo relacionado con las consecuencias negativas que puede presentar un antipsicótico, se observan resultados diferentes, evidenciados en lo expuesto a lo largo de este trabajo investigativo. Por su parte, los resultados arrojados permiten corroborar que la clozapina como antipsicótico presente en el tratamiento de las personas encuestadas trae consigo efectos adversos, es decir, presenta efectos no deseables en el deseo sexual. Vale la pena aclarar que dentro de los pacientes encuestados ninguno está medicado con risperidona, lo que no permite realizar una comparación entre ambos antipsicóticos.

Uniando la información a lo dicho en apartados anteriores, la risperidona como antipsicótico da a conocer sus efectos negativos secundarios; ya que este medicamento trae consecuencias importantes en el área sexual de pacientes medicados. Es decir, se ha evidenciado que el priapismo ha sido un efecto adverso del mismo (Cruzado y Vallejos, 2012, p. 1).

Cabe resaltar entonces que en los pacientes esquizofrénicos encuestados no existieron evidencias de dicha problemática, pero de igual manera se hace importante llevar a contexto la importancia de sus consecuencias para posibles casos, estudios e investigaciones.

La información planteada respecto a los medicamentos es contradictoria y diferente, pero cabe destacar que según los resultados de esta investigación, puede decirse que es directamente proporcional a los resultados de la investigación *Management of sexual dysfunction due to antipsychotic*, ya que cada una de las personas investigadas presentan dificultades con el deseo sexual y dentro de su tratamiento están con uno de los mencionados, lo que puede llevar a concluir que si influyen negativamente en el desarrollo del deseo sexual normal del paciente esquizofrénico.

Es de suma importancia tener en cuenta que las personas que fueron investigadas dentro su tratamiento presentan el consumo de uno de estos antipsicóticos, lo que puede ser la razón de que presente problemas en la disfunción sexual.

El Sujeto 1 dentro su medicación está el Divalproato de Sodio, la Clozapina y Piportil; siendo la Clozapina el antipsicótico que presenta las características mencionadas.

El Sujeto 2 presenta un tratamiento que contiene Fenobarbitar, Ácido Valproico, Fluoxetina y Quetiapina, siendo la última la representante en las influencias en el deseo sexual.

El Sujeto 3 presenta tratamiento con Ácido Valproico, Biperideno y Clozapina; siendo la última la representante en las intervenciones en el deseo sexual.

El sujeto 4 se caracteriza por tener dentro de su tratamiento varios medicamentos como lo es la Olanzapina, Carbonato de Litio, Trihexifenidilo, Biperideno, Levotiroxina, Clonacepan, y Acetaminofen; siendo la primera la descrita como importante en los problemas relacionados con el deseo sexual.

El sujeto 5, dentro de su tratamiento presenta medicamentos tales como Haloperidol, Biperideno y levomepromazina; donde el primero y el último según lo nombrado anteriormente en relación con los medicamentos, tienen gran influencia en lo relacionado con los problemas en el deseo sexual.

Lo nombrado, lleva directamente a la influencia que pueden presentar esos medicamentos en el deseo sexual de personas esquizofrénicas que son tratadas con los antipsicóticos mencionados, además, corrobora la información brindada por Schmidt, Hagen, Kriston, Soares-Weiser, Maayan y Berner en el año 2012, quienes se caracterizaron por presentar importantes resultados en lo relacionado con el tema investigado.

De acuerdo con lo observado, la investigación realizada lleva a pensar en las grandes consecuencias que el tratamiento para la esquizofrenia trae consigo, pues como claramente se

ha descrito, todos los pacientes encuestados dan a conocer sus dificultades a nivel sexual; reconociendo que en otras investigaciones también se observa tal y como gráficamente lo describen los autores Gabay, Fernández y Roldan; dando a conocer que de 22 pacientes encuestados el 22,7% de ellos presenta plena consciencia de que esos efectos negativos se presentaron después de su tratamiento con antipsicóticos. Es importante aclarar que de un 100% el 54,5% no ha presentado disfunción sexual, pero un 36,4% si lo ha presentado; dicha información debe ser alarmante, ya que son muchos las personas que fuera de presentar un trastorno psiquiátrico también presenta disfunción sexual debida a su tratamiento con antipsicóticos (2006, p. 138).

Referente a los efectos negativos o positivos que presentan los antipsicóticos, se llega a la necesidad de dar a conocer que de alguna manera y según como es dado, algunos antipsicóticos tienen mayores efectos negativos que otros, dentro de ellos vale la pena mencionar las risperidona y la olanzapina que son los antipsicóticos que presentan mayor incidencia negativa en el deseo sexual de pacientes esquizofrénicos, además, la risperidona es considerada como un medicamento que trae otras consecuencias negativas como lo es el priapismo.

Dentro de los antipsicóticos con menor efecto, se encuentra la quetiapina y el haloperidol. Y por último, la clozapina, la tioridizina, la ziprasidona, el paliperidor, y el amisulpride; son los antipsicóticos con efectos negativos pero los menos estudiados, lo que da

a conocer que no están dentro los considerados de alto impacto en las influencias negativas del deseo sexual.

En lo rastreado en la literatura revisada en la presente investigación, el arripasol, es el antipsicótico que presenta la menor influencia, ya que tiene un menor aumento de la prolactina, y por ello es el que presenta los menores efectos negativos secundarios en el deseo sexual de las personas que la tienen como parte de su tratamiento.

Vale la pena aclarar que la información registrada se lleva a cabo gracias a las investigaciones encontradas, permite evidenciar que existen controversias frente a los efectos, pero es importante aclarar también que muchas de ellas coinciden con los resultados de los efectos que pueden presentar en las personas que lo usan como tratamiento; y es precisamente esa la base para llevar a cabo el análisis que se presenta.

En relación con lo dicho por los pacientes encuestados, estos muestran de manera clara la influencia negativa que presenta el tratamiento con antipsicóticos en su deseo sexual. El S<sup>1</sup> presenta muestra evidentemente que la clozapina como antipsicótico ha presentado efectos moderados en su deseo sexual, efectos tales que concuerdan con lo anteriormente dicho por las investigaciones reseñadas. El S<sup>2</sup> presenta influencias leves en su deseo sexual, corroborando lo dicho, ya que la quetiapona como antipsicótico se encuentra dentro de los medicamentos de intermedio impacto. Por su parte, el S<sup>3</sup>, el cual tiene como antipsicótico la

clozapina, presenta resultados negativos en su deseo sexual pero de una manera leve. Posteriormente, el S<sup>4</sup> corrobora en gran manera lo dicho, ya que sus influencias son moderadas y el antipsicótico utilizado es de alto impacto, lo que evidencia que están directamente unidos a lo investigado. Por último, el S<sup>5</sup> dentro de su tratamiento contiene el antipsicótico haloperidol, lo que permite que presente consecuencias leves en su deseo sexual, siendo también un antipsicótico con consecuencias intermedias.

Los resultados y el análisis que a partir de lo investigado puede llevarse a cabo es de gran relevancia, ya que surgen de manera constante importantes interrogantes en lo relacionado con los antipsicóticos que son seleccionados para los tratamientos de estas personas con trastorno mental esquizofrénico. Dentro de lo que se considera, el tratamiento del paciente es de suma importancia, pero los psiquiatras y demás especialistas se han fijado en las consecuencias positivas en lo que realmente quieren tratar, pero no se han interesado en gran manera por los efectos secundarios que causan en muchas de las personas medicadas con antipsicóticos. Posteriormente y unido a lo explícitamente dicho ¿Será que solo existe un interés de los psiquiatras y demás especialistas en la evolución del trastorno psicótico al ser medicados con los antipsicóticos que hasta el momento causan grandes consecuencias a nivel sexual o será que aún desconocen o ignoran que el ser humano necesita de otros campos de acción positivos para llevar a cabo su vida de manera satisfactoria?

En términos parecidos, la investigación *sexualidad y esquizofrenia: breve revisión del tema y resultados de una encuesta a pacientes en rehabilitación* dentro de la discusión y conclusiones aclara que:

No es posible derivar de este análisis hasta qué punto este aspecto del paciente repercute en la evolución de su cuadro psicótico y hasta dónde debiera ser una prioridad en el marco integral de su tratamiento y su reinserción social. Pero si confirma la existencia y extensión del problema, lo describe y llama la atención acerca de la necesidad de un análisis más profundo del mismo (Gabay, Fernández y Roldan, 2006, p. 142).

Por su parte, lo investigado por el grupo de Montejo, evidencia que al menos el 60% de los pacientes con esquizofrenia considera que su vida sexual es importante a pesar de tener muchas dificultades para encontrar pareja. Coincide entonces que son dos problemáticas unidas, puesto que de alguna manera se reconoce que su enfermedad mental y la influencia negativa de los antipsicóticos, son dos aspectos relevantes que llevan al paciente a abandonar el tratamiento. Por tales consecuencias presentadas en relación con los antipsicóticos, cerca del 40% ha pensado en abandonar el tratamiento, debido a los problemas sexuales que experimentan tras la toma de algunos antipsicóticos. Dentro de esos efectos negativos se observa en esta investigación, la alteración de la erección y la baja o disminución en el deseo sexual, funciones tales que todo ser humano considera importantes y necesarias en el desarrollo de su vida (Portalatín, 2013, párr. 9).

Por su parte y en relación con lo que se ha venido desarrollando en esta investigación, se puede extraer según las respuestas de los entrevistados, que en algunos casos lo que ocurre a nivel sexual pasa a ser secundario por el hecho de privilegiar la solución de la enfermedad que presenta, en otras palabras, presentan plena consciencia de su enfermedad y por ende tienden a darle mayor importancia a la posible presencia de las conductas psicóticas bizarras que pueden padecer, dejando en segundo plano los otros ámbitos de su vida, en este caso el sexual; pero con esto no se quiere afirmar que no sea relevante para ellos, solo que priorizan entre ambas. De acuerdo con lo dicho, los pacientes nombran que el deseo sexual, que es lo que se exploró en esta investigación, ha reducido significativamente, ya que la intensidad de lo sexual de antes al ser medicado ha disminuido, esto en comparación con el momento actual en que se aplicaron los instrumentos que fueron necesarios para la recolección de información.

En lo relacionado con lo que algunos pacientes llevan a colación al momento de preguntársele por el deseo sexual, algunos de ellos hacen claras anotaciones en el hecho de no tener un pareja estable, pero vale la pena aclarar que al aplicarse los instrumentos se hizo énfasis en el deseo y la acción de autosatisfacerse sexualmente, el cual de manera explícita da a conocer la necesidad de interactuar con el ámbito sexual que es un campo de gran relevancia en la vida de cada ser humano. Si bien, lo investigado no apunta a las relaciones de pareja, ya que en el momento de seleccionar la muestra se tuvo en cuenta que ninguno de ellos presentaba una pareja estable, pero aun así, en algunos sujetos encuestados sale como categoría emergente la importancia de una relación de pareja, aunque el interés que le brindan es más de acompañamiento y afecto que de componente erótico, y es por ello es que el deseo

sexual no es directamente importante, pues lo que interesa más a algunos entrevistados es tener o no una pareja a su lado, más como compañía que como compañera sexual.

Lo mencionado anteriormente, se hace importante y necesario que los profesionales encargados de la medicación de este tipo de pacientes, conozcan más a fondo el tipo de influencias negativas que pueden ocasionar los antipsicóticos; en otras palabras, no es omitir la medicación, sino mejorar los conocimientos y tecnologías del diseño de fármacos para medicar con antipsicóticos, y así en su tratamiento se produzcan menos consecuencias negativas, es decir, experimentar con medicamentos que no aumenten la prolactina y que no produzcan otros efectos secundarios, ni en la sexualidad, ni en otras esferas del desarrollo de estas personas con padecimientos mentales.

Por último, después del intercambio de palabras con un psiquiatra en relación con al tema, se da a conocer por parte de él que la medicación en lo relacionado con la psicosis es compleja, ya que a la hora de medicar tienen relevancia los comportamientos que puedan ser inducidos por la misma enfermedad, dejando atrás las consecuencias de carácter secundario que estos puedan ocasionar; en otras palabras, el tratamiento radica en prevenir comportamientos negativos en su ámbito social, familiar y personal, ya que se encuentran dentro de los objetivos primarios en la medicación. Por lo dicho, el área sexual se pone en un plano diferente y por ende de menos importancia, ya que al momento de preguntarle acerca del tema, sus desconocimientos o poca importancia en ello era evidente.

Por otra parte, da a conocer que el tema motivo de investigación es de gran relevancia, ya que:

La preocupación que tenemos acerca de esos efectos negativos o positivos en el deseo sexual, que puedan tener los pacientes medicados con antipsicóticos, es prácticamente nula, uniendo además que los pacientes eso lo comunican muy poco, pero estoy consciente de que si tiene sus efectos negativos, sería importante saber cuáles tienen mayores efectos negativos para empezar a considerarlo importante” (Escobar, 2014, entrevista abierta a experto sobre efectos antipsicóticos en la sexualidad masculina)

## 10. CONCLUSIONES

- Del análisis de los instrumentos utilizados se concluye que los antipsicóticos presentan influencias negativas en el deseo sexual de hombres esquizofrénicos, ya que todos los encuestados manifiestan presentar síntomas de disfunción sexual, la cual oscila entre leve e intensa, predominando la primera.
- La totalidad de las personas encuestadas presentan alteración en el deseo sexual, el 60% de los investigados manifiesta padecer de disfunción sexual leve, el 20% comunica tener disfunción sexual moderada, y el otro el 20% presenta alteraciones en su deseo sexual de manera intensa.
- Los antipsicóticos pueden afectar la erección, la lubricación, el orgasmo, el deseo o la libido, la eyaculación, la excitación sexual o la satisfacción sexual en general, tanto en hombres como en mujeres. Esto puede tener graves consecuencias negativas, tales como alejar a las personas de tomar sus medicamentos o de dejar de tomar medicamentos en una etapa temprana de inicio del tratamiento o cuando son personas jóvenes.
- Los atipsicóticos al traer consecuencias negativas en el deseo sexual, conlleva a grandes influencias en la calidad de vida de las personas medicadas entre estas la disminución de la autoestima.

- Para contrarrestar los efectos negativos producidos por los antipsicóticos, las personas medicadas optan por tomar otros medicamentos de manera autorecetada como lo puede ser el Viagra o dejan temporalmente la medicación antipsicótica, reducir la dosis o cambiar a otro antipsicótico; lo que puede traer consigo grandes consecuencias a nivel general y por ende, afectan la enfermedad mental padecida complicando la sintomatología y aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad.
- Los pacientes encuestados dan a conocer que no han suspendido la medicación, puesto que reconocen lo importante que es el tratamiento con antipsicóticos para la enfermedad que presentan.
- La risperidona es el antipsicótico que presenta mayores efectos negativos secundarios según la literatura científica revisada; pues se evidenció que trae consecuencias importantes en el área sexual de pacientes medicados, dentro de ellas el priapismo ha sido un efecto adverso. El antipsicótico que sigue en producir efectos negativos es la olanzapina.
- Dentro de los antipsicóticos con menor efecto, se encuentra la quetiapina y el haloperidol. Por último se encuentran: la clozapina, la tioridizina, la ziprasidona, el paliperidol, y el amisulpride; que parecen ser los antipsicóticos con menores efectos negativos, pero es importante aclarar que sobre estos existen pocos estudios, sin embargo aparecen dentro los considerados de alto impacto en las influencias negativas sobre el deseo sexual.

- Según la literatura revisada el arripasol, es el antipsicótico que presenta la menor influencia, ya que tiene un menor aumento de la prolactina, y por ello es el que presenta los menores efectos negativos secundarios en el deseo sexual de las personas que la tienen como parte de su tratamiento.
- Se evidencia que existe muy poco interés por parte de los psiquiatras en lo relacionado con los efectos secundarios que pueden presentar los antipsicóticos en los pacientes medicados. Además, los comportamientos y pensamientos que puedan presentarse dentro de la patología de la esquizofrenia son más relevantes que el ámbito sexual.

## 11. RECOMENDACIONES

- Se considera necesario que los profesionales encargados de la medicación de este tipo de pacientes, conozcan más a fondo el tipo de influencias negativas que pueden ocasionar los antipsicóticos; en otras palabras, no es omitir la medicación, sino mejorar los conocimientos y tecnologías del diseño de fármacos para medicar con antipsicóticos, y así en su tratamiento se produzcan menos consecuencias negativas, es decir, experimentar con medicamentos que no aumenten la prolactina y que no produzcan otros efectos secundarios, ni en la sexualidad, ni en otras esferas del desarrollo de estas personas con padecimientos mentales.
- Capacitar a mayor profundidad a los psiquiatras para que tengan conocimiento más detallados acerca de cuáles son los antipsicóticos que tienen menor influencia negativa en el deseo sexual de los pacientes medicados y que privilegien su uso sobre aquellos que generan mayor afectación, siempre y cuando de preserve la salud mental y la calidad de vida del paciente psiquiátrico.
- Si se presentan efectos negativos como consecuencia de los antipsicóticos, realizar un acompañamiento adecuado, tal puede ser la remisión de estos pacientes a terapia psicológica; ya que se ha evidenciado que de acuerdo a estas influencias se pueden observar consecuencias en varias esferas de la vida de cada paciente, una de ellas es la personal y es en esta donde debe trabajársele al autoestima, como una de las cosas más afectadas en el proceso de tratamiento con antipsicóticos.

## 12. REFERENCIAS

Amar, A., Becker, R., Bret, R., Chauchard, P., Feller, J., Gauquelin, F., Gauquelin, M., Michel, A., Sarton, A., Lovis, J., Tenhaeff, W., Victoroff, D. (1972). *La Psicología de la A a la Z*. Bilbao: Editores mensajero. Segunda edición.

Aznar, J., Balanza, P., Castillo, M., Martín, J., Martínez, I., Martínez, M., Moreno, J., Pujalte, L., Salmerón, J., San Llorente, C., Sánchez, R., Serrano, F., Del Toro, M. y Viñas, R. (2009). *Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en Centros de Salud Mental*. [Archivo PDF]. Región de Murcia. p.p. 71. Recuperado de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_443\\_Esquizofrenia\\_Murcia.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf).

Brunner, E., Gargoloff, P., Caro, O., González, C., Landa, E., González, C., Barahona, A., Soria, D., Tamayo, J., Rovner, J., Adrianzen, C., Silva, H., Hodge, A. y O'Halloran, R., Grupo del estudio IC-SOHO. (2006). Estudio observacional intercontinental de los resultados de salud en pacientes ambulatorios con esquizofrenia (IC-SOHO): hallazgos iniciales de 6 meses de la muestra en Latinoamérica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, (1). Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=557fd4d5-b231-4b12-b14d-dc8aa19627ee%40sessionmgr4001&hid=4114>. ISSN: 11399287.

Cabral, B. y García, C. (s.a). *Masculino/Femenino... ¿Y yo? Identidad o Identidades de Género*. [Archivo PDF]. Recuperado de [http://fongdcam.org/manuales/genero/datos/docs/1\\_ARTICULOS\\_Y\\_DOCUMENTOS](http://fongdcam.org/manuales/genero/datos/docs/1_ARTICULOS_Y_DOCUMENTOS)

[\\_DE\\_REFERENCIA/A\\_CONCEPTOS\\_BASICOS/Masculino\\_femenino\\_y\\_yo\\_Identidad\\_o\\_identicidades\\_de\\_genero.pdf](#).

Congreso de la Republica de Colombia. (2013). *Ley 1616 del 21 de enero de 2013*. Medellín, Colombia.

Congreso de la Republica de Colombia. *Ley 1090 del psicólogo* (2006). [Archivo PDF].

Ministerio Protección Social. Recuperado de

[http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2\\_UPB\\_MEDELLIN/PGV2\\_M030\\_PREGRADOS/PGV2\\_M030040020\\_PSICOLOGIA/CODIGO\\_ETICO/CODIGO%20DEONTOLOGICO%20Y%20BIOETICO.PDF](http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2_UPB_MEDELLIN/PGV2_M030_PREGRADOS/PGV2_M030040020_PSICOLOGIA/CODIGO_ETICO/CODIGO%20DEONTOLOGICO%20Y%20BIOETICO.PDF).

Connel, R. (S.A). La organización social de la masculinidad. *Biblioteca Virtual de Ciencias*

*Sociales*. [Archivo PDF]. Recuperado de

<http://w110.bcn.cat/Homes/Continguts/Documents/Fitxers/organizacion%20social%20masculinidad%20connell.pdf>.

Crespo, J., Prado, V. y Pérez, M. (2006). *Valoración de la función sexual en pacientes*

*psiquiátricos crónicos ingresados en una unidad de rehabilitación psicosocial*. *Revista*

*Actas Españolas de Psiquiatría*. 34, (1), 41-47. [Archivo PDF]. ISSN: 1139-9287.

España. Recuperado de

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=a4147710-87ea-49f9-a862-2021fc3a2ff5%40sessionmgr15&hid=12>.

Cruzado, L. y Vallejos, C. (2012). Priapismo secundario a antipsicóticos: a propósito de un caso asociado a risperidona. *Revista Médica de Chile*. 140, (11). [Archivo PDF]. ISSN 0034-9887. Santiago, Chile. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872012001100010](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012001100010). doi: 10.4067/S0034-98872012001100010.

Congreso de Colombia (2013). Estatuto de Ciudadanía Juvenil Ley 1622. Bogotá, Colombia: Congreso de la Republica. Recuperado de: [http://www.mininterior.gov.co/sites/files/ley\\_1622\\_del\\_29\\_de\\_abril\\_de\\_2013\\_opt.pdf](http://www.mininterior.gov.co/sites/files/ley_1622_del_29_de_abril_de_2013_opt.pdf).

Díaz, J. (2006). El paciente esquizofrénico y su sexualidad: conductas y trastornos sexuales. *Revista Psiquiatría Biológica*, 13, (1). Recuperado de [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13085382&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=46&ty=120&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=46v13n01a13085382pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13085382&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=46&ty=120&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=46v13n01a13085382pdf001.pdf).

Emeterio, M., Aymerich, M., Faus, G., Guillamón, I., Illa, J., Lalucat, L., Martínez, C., Sánchez, I. y Teixidó, M. (2003). *Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia: versión para la aplicación en la práctica clínica*. [Archivo PDF]. Recuperado de <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gp0301es.pdf>.

Escobar, G. (2014, marzo 20). Entrevista Abierta a Experto sobre efectos antipsicóticos en la sexualidad masculina. Medellín: Fundación La luz.

Fundación *La Florida*. (S.A.). *Fundación la Florida: un despertar a la vida*. (Documento Institucional).

Fundación *La Florida*. (S.A.). Recuperado de  
<http://www.fundacionlaflorida.com/contactenos.html>.

Gabay, P., Fernández, M. y Roldán, E. (2006). *Sexualidad y esquizofrenia: breve revisión del tema y resultados de una encuesta a pacientes en rehabilitación*. ISBN 958-8173-78-7. Medellín, Colombia: Fondo Editorial Universidad EAFIT. Recuperado de  
<http://editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex66.pdf#page=57>.

Galeano, M. (2009). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín, Colombia: Fondo Editorial Universidad EAFIT.

Galeano, E (2004) *Estrategias de Investigación Social Cualitativa, El Giro en la Mirada*. Medellín: La Carreta.

Galimberti, U. (2002). *Diccionario de psicología*. [Archivo PDF]. Recuperado de  
[http://books.google.com.co/books?id=AE0ncv9XJV8C&printsec=frontcover&dq=diccionario+psicologia&hl=es&sa=X&ei=XTF4UYWTMYbA9QTOl4GwAQ&redir\\_esc=y#v=onepage&q=diccionario%20psicologia&f=false](http://books.google.com.co/books?id=AE0ncv9XJV8C&printsec=frontcover&dq=diccionario+psicologia&hl=es&sa=X&ei=XTF4UYWTMYbA9QTOl4GwAQ&redir_esc=y#v=onepage&q=diccionario%20psicologia&f=false). Siglo xxi editores, s.a. de c.v. ISBN 968-23-2409-2. PP. 641.

Gorguet, I. (2008). *Comportamiento sexual humano*. [Archivo PDF]. ISBN: 978-959-11-

0597-4. Santiago de Cuba. Editorial Oriente. Recuperado de

[http://tesis.repo.sld.cu/124/1/Iliana\\_Gorguet\\_PiLIBRO\\_.pdf](http://tesis.repo.sld.cu/124/1/Iliana_Gorguet_PiLIBRO_.pdf).

Jiménez, V. (2012). El estudio de caso y su implementación en la investigación. *Revista*

*internacional de Investigación de Ciencias Sociales*, (8), 1. 141-150. ISSN 2226-4000.

Vol. 8 n°1 [Archivo PDF]. ISSN 2226-4000. Recuperado de

[https://www.uaa.edu.py/investigacion/download/riics-vol7.2-](https://www.uaa.edu.py/investigacion/download/riics-vol7.2-2012/9_Jul.2012_pag.141_El_estudiodecaso_Jimenez.pdf)

[2012/9\\_Jul.2012\\_pag.141\\_El\\_estudiodecaso\\_Jimenez.pdf](https://www.uaa.edu.py/investigacion/download/riics-vol7.2-2012/9_Jul.2012_pag.141_El_estudiodecaso_Jimenez.pdf).

Licitelco S.A. *Vademécum: P.R medicamentos de uso en Colombia*. Sexta edición. Colombia:

Bogotá. Recuperado de: <http://co.prvademecum.com/index.php>.

Mesa, N., Oliva, J., Bagney, A., Jiménez-Arriero, M. A. y Rodríguez - Jiménez, R. (2013).

Agonismo parcial dopaminérgico en la disfunción sexual secundaria a antipsicóticos.

(Spanish). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(2). Recuperado de

[http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=808f2c4c-70cd-4267-](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=808f2c4c-70cd-4267-bda1-b19f25f0783e%40sessionmgr114&hid=119)

[bda1-b19f25f0783e%40sessionmgr114&hid=119](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=808f2c4c-70cd-4267-bda1-b19f25f0783e%40sessionmgr114&hid=119).

Ministerio de salud. (2009). *Guía clínica para el tratamiento de personas desde*

*Primer episodio de esquizofrenia*. Santiago: Minsal. [Archivo PDF]. 1-99. Recuperado

de <http://www.p3-info.es/PDF/GuiaChilena.pdf>.

- Montejo, A., Fernández, S. y Grupo español de trabajo para el estudio de las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos. (S.A). *Disfunción sexual secundaria a antipsicóticos: diagnóstico y tratamiento. Asociación Española de Sexualidad y Salud Mental*. 1-22. [Archivo PDF]. Salamanca, España. Recuperado de <http://www.sexualidadysaludmental.com/imagenes/recursos/antipsicot04.pdf>.
- Montejo, A., García, M., Espada, M., Rico-Villademoros, F., Llorca, G., Izquierdo, J. y Grupo Español de Trabajo para el Estudio de las Disfunciones Sexuales Secundarias a Psicofármacos. (2005). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, (3). Recuperado de [http://sexualidadysaludmental.com/descripcion\\_salsex.html](http://sexualidadysaludmental.com/descripcion_salsex.html).
- Montejo, A., Riesgo, Y., Luque, J. y Barber, I. (2010). Estudio sobre la función sexual de pacientes que inician tratamiento con aripiprazol. Estudio naturalístico, abierto, prospectivo y multicéntrico. *Revista Actas Españolas de Psiquiatría*, 38, (1). ISSN: 1139-9287. Salamanca, España: Juan J. López Ibor. Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a4147710-87ea-49f9-a862-2021fc3a2ff5%40sessionmgr15&vid=12&hid=12>.
- Navarro, N., Vega, F. y Montejo, A. (S.A). *Sexualidad en la Esquizofrenia*. 117-127. [Archivo PDF]. Recuperado de [http://books.google.com.co/books?id=YhS\\_Jhb3gvAC&pg=PA12&lpg=PA12&dq=Sexualidad+en+la+Esquizofrenia+++++Navarro+Vega+Montejo&source=bl&ots=FEm9IwHJ54&sig=HO8kkcfKlfkePssRU\\_D-ZJfLp-](http://books.google.com.co/books?id=YhS_Jhb3gvAC&pg=PA12&lpg=PA12&dq=Sexualidad+en+la+Esquizofrenia+++++Navarro+Vega+Montejo&source=bl&ots=FEm9IwHJ54&sig=HO8kkcfKlfkePssRU_D-ZJfLp-)

U&hl=es&sa=X&ei=dX15UaanJZDo9gSi1ID4Cw&ved=0CDEQ6AEwAQ#v=onepage  
&q=Sexualidad%20en%20la%20Esquizofrenia%20%20%20%20%20%20Navarro%20  
Vega%20Montejo&f=false.

Pérez, A. (2012). *Guías de práctica clínica CSM*. (Guía de atención). Centro de Salud Mental de Envigado. Envigado, Colombia.

Palomo, T., Jiménez, M. (2009). *Manual de psiquiatría*. 1-1019. ISBN: 978-84-691-8569-8. Madrid, España. Recuperado de [https://www.aen.es/docs/Manual\\_Psiquiatria.pdf](https://www.aen.es/docs/Manual_Psiquiatria.pdf).

Pichot, P. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM-IV*. ISBN: 84-458-0297-6. Barcelona, España, Masson, S.A.

Portalatín, B. (2013, junio 10). ¿Afectan los fármacos al sexo? Unidad Editorial Información General S.L.U. Madrid. *Periódico El Mundo*. Recuperado de <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/06/07/noticias/1370627864.html?cid=GNEW970103>.

Raynal, F. y Rieunier, A. (2010). *Pedagogía: diccionario de conceptos claves. Aprendizaje, Formación y Psicología cognitiva*. ISBN: 978-84-7884-452-4. Madrid, España: Editorial Popular.

Real Academia de la Lengua Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*. Madrid, España. Recuperado de <http://www.rae.es/rae.html>.

Sánchez, A. (2013). *Estudio sobre las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos en pacientes con trastornos mentales en el área de Cartagena*. [Archivo PDF].

Universidad de Almería: Escuela de CC de la Salud. Recuperado de <http://repositorio.ual.es/jspui/bitstream/10835/2359/1/Trabajo.pdf>.

Sandoval, C. (2002). *Investigación cualitativa*. PP. 313. ISBN: 958-9329-18-7. Bogotá, Colombia. Recuperado de [http://epistemologia-doctoradounermb.bligoo.es/media/users/16/812365/files/142090/INVESTIGACION\\_CUALITATIVA.pdf](http://epistemologia-doctoradounermb.bligoo.es/media/users/16/812365/files/142090/INVESTIGACION_CUALITATIVA.pdf). ARFO Editores e Impresores Ltda.

Schmidt, H., Hagen, M., Kriston, L., Soares-Weiser, K., Maayan, N. y Berner, M. (2012). *Management of sexual dysfunction due to antipsychotic*. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003546.pub2/pdf/standar>. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

Tajima, K. Fernandez, H. López-Ibor, J., Carraco, J. y Díaz, M. (2009). Tratamientos para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. *Actas españolas de Psiquiatria*. 37 (6). Recuperado de <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/10/60/ESP/330-342-Tratamiento+Cast.pdf>.

Taylor, S. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. España. ISBN: 978-84-7509-816-6. Recuperado de [http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Lic\\_virt/Mercadotecnia/IMMC208/Unidad%204/44\\_lec\\_La%20entrevista%20a%20profundidad.pdf](http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Lic_virt/Mercadotecnia/IMMC208/Unidad%204/44_lec_La%20entrevista%20a%20profundidad.pdf). Barcelona. Paidós Ibérica.

Üçok, A. y Gaebel, W. (2008). Efectos secundarios de los antipsicóticos atípicos: resumen

breve de Revista oficial de asociación mundial de psiquiatría (WPA). *Revista oficial de asociación mundial de psiquiatría*, 6 (1). 58-62. ISSN: 1697-0683. Madrid, España.

Recuperado de

[http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA\\_Journals/World\\_Psychiatry/Past\\_Issues/Spanish/wpa-04-2008-spa.pdf](http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/Spanish/wpa-04-2008-spa.pdf). Copyright World Psychiatric Association.

## ANEXOS

### 1. Consentimiento informado (Anexo 1)

**Título de la investigación:** Cambios en el deseo sexual que los medicamentos antipsicóticos pueden producir en algunos hombres diagnosticados como esquizofrénicos, en edades entre 23 y 60 años, pertenecientes al hogar de reposo *La Florida*.

**Investigador principal:** Lina Marcela Acosta Betancur

**Sede donde se realizará el estudio:** hogar de reposo *La Florida*

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

Con el objetivo de llevar a cabo una investigación, en la cual se busca recolectar información en relación con la descripción de los cambios en el deseo sexual que los medicamentos antipsicóticos pueden producir en algunos hombres diagnosticados como esquizofrénicos, en edades entre 20 y 60 años, pertenecientes al hogar de reposo *La Florida*.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado, por ello siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Tenga en cuenta que usted debe dar su nombre pero que en el momento de llevarse a cabo los resultados se guardará el anonimato.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme este formato de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada. Antes de hacerlo usted debe saber que:

- Se aceptará la responsabilidad sobre lo informado y pondrá todo el empeño para asegurar que la información sea usada de manera correcta para fines estrictamente investigativos.
- Se tendrán en cuenta los estándares de la conducta moral y la ética.
- Se tendrá estricto cuidado y respecto a la confidencialidad de la información obtenida.
- Se utilizarán los instrumentos de investigación apropiados y la psicóloga se esforzará por respetar el derecho a la intimidad y a la comunicación libre de lo que piensa y siente sobre lo preguntado.
- Esta investigación tiene el objetivo de contribuir al bienestar humano y el mejor desarrollo de la Psicología como disciplina científica.
- Se guardará completa reserva sobre la persona, situación o los motivos de consulta y la identidad de los consultantes, salvo en los casos contemplados por las disposiciones legales.

- Respetar los principios y valores que sustentan las normas de ética vigentes para el ejercicio de la investigación, la profesión y el respeto por los derechos humanos.
- La información obtenida por el profesional no puede ser revelada a otros, solo será revelada cuando conlleve peligro o atente contra la integridad y derechos de la persona, su familia o la sociedad.

### **1. Objetivo de la investigación**

A Usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos:

#### **Objetivo general**

- Describir los cambios en el deseo sexual que los medicamentos antipsicóticos pueden producir en algunos hombres diagnosticados como esquizofrénicos, en edades entre 20 y 60 años, pertenecientes al hogar de reposo La Florida.

#### **Objetivos específicos**

- Explorar el deseo sexual antes y después del tratamiento con antipsicóticos de los pacientes esquizofrénicos del Hogar de reposo *La Florida*

- Identificar los cambios en el deseo sexual ocasionados por los medicamentos antipsicóticos utilizados por pacientes esquizofrénicos del Hogar de reposo *La Florida*
- Determinar las influencias que se presentan en el deseo sexual causadas por los antipsicóticos utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia en algunos hombres internos del Hogar de reposo *La Florida*

## **2. Beneficios del estudio**

Poder describir los cambios en el deseo sexual que los medicamentos antipsicóticos pueden producir en algunos hombres diagnosticados como esquizofrénicos, en edades entre 20 y 60 años, pertenecientes al hogar de reposo *La Florida* a partir de un método de investigación cualitativa como lo será una encuesta a profundidad y cuantitativo en cuanto se desea medir el deseo sexual mediante el cuestionario de disfunción sexual secundaria al tratamiento con psicofármacos PRSexDQ-SALSEX, ambas basado en estudio de caso múltiple. Además de esto, se espera tener resultados claros y precisos que permitan llegar a una conclusión que sirva de soporte a posteriores investigadores e interesados en el tema investigado.

### 3. Procedimientos del estudio

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos, su enfermedad, las consecuencias que han tenido los antipsicóticos, como es su vida sexual actualmente, entre otras. Para el registro de esta información, se utilizará la entrevista a profundidad y el cuestionario mencionado, los cuales constan de reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.

Para constancia firman

El informante:

Nombres y apellidos

Documento de identidad:

Firma

La investigadora

Nombres y apellidos

Documento de identidad:

Firma

## 2. ENTREVISTA A PROFUNDIDAD (Anexo 2)

El presente instrumento tiene por objetivo indagar sobre las impresiones que Usted tiene sobre los posibles efectos o no de los medicamentos antipsicóticos que usted le recetó el médico y que pueden estar afectando positiva o negativamente su vida sexual. Lo preguntado acá será manejado con estricta confidencialidad, no se revelará su identidad y solo se utilizará para propósitos académicos y científicos, siempre y cuando usted haya firmado el consentimiento informado.

Además, los demás datos que sean necesarios para tener claridad y certeza de lo que persigue la investigación, como es el caso de los medicamentos que toma, serán recopilados de la historia clínica.

### 2.1 Características demográficas del encuestado

Edad:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia:

Enfermedad psiquiátrica:

Medicamentos:

### 2.2 ¿Cómo era su deseo sexual antes de ser medicado con antipsicóticos y cómo es ahora?

- 2.3 ¿Cuál es su opinión frente a los cambios presentados por la influencia de los antipsicóticos?
- 2.4 ¿Qué sentimientos suele tener Usted frente a la situación sexual que está viviendo en este momento comparado cuando no era medicado?
- 2.5 ¿Qué pensamientos suele tener Usted al saber que lo que está presentando es debido a los antipsicóticos que consume?
- 2.6 ¿Cuáles cree Usted que son las razones dentro de su enfermedad psiquiátrica que han influido para que el deseo sexual haya aumentado o reducido según su vivencia?

**3. CUESTIONARIO DE DISFUNCIÓN SEXUAL SECUNDARIA AL  
TRATAMIENTO CON PSICOFÁRMACOS PRSexDQ-SALSEX (Anexo 3)**

<b>Nombre</b>	
<b>Fecha</b>	
<b>Edad</b>	
<b>Sexo</b>	

Las preguntas que siguen se refieren a diversos aspectos de la función sexual del paciente que pueden verse afectados por la toma de psicofármacos. Todas las preguntas deberá dirigirlas al paciente directamente, excepto la pregunta B, que debe ser contestada por el entrevistador. El cuestionario sirve para ambos sexos.

- A. ¿Desde que toma el tratamiento farmacológico ha notado algún tipo de alteración en la actividad sexual (excitación, erección, eyaculación, orgasmo)?

SÍ                      NO                                      No toma tratamiento actualmente

- B. ¿El paciente comunica espontáneamente esta alteración o fue preciso interrogarle expresamente para descubrir la disfunción sexual?

SÍ                      Comunicó espontáneamente

NO                      Comunicó espontáneamente

1. ¿Ha notado descenso en su deseo de tener actividad sexual o en el interés por el sexo?

0. Ningún problema

1. Descenso leve. Algo menos de interés.

2. Descenso moderado. Bastante menos interés.

3. Descenso severo. Casi nada o nulo interés.

2. ¿Ha notado algún retraso en la eyaculación/orgasmo?

0. Ningún retraso

1. Retraso leve o apenas apreciable

2. Retraso moderado y claramente apreciable.

3. Retraso intenso, incluso puede NO tener eyaculación/orgasmo.

3. ¿Ha notado incapacidad para eyacular/o tener orgasmo durante la relación sexual?

0. Nunca.

1. A veces: menos del 25% de las ocasiones.

2. A menudo: 25-75% de las ocasiones.

3. Siempre o casi siempre: más del 75% de las ocasiones.

4. ¿Ha notado dificultades de la erección o del mantenimiento de la misma una vez que inicia la actividad sexual?

0. Nunca.

1. A veces: menos del 25% de las ocasiones.

2.- A menudo: 25-75% de las ocasiones.

3. Siempre o casi siempre: más del 75% de las ocasiones.

5. ¿Cómo acepta los cambios en la relación sexual que nos ha comentado anteriormente?

0. No ha habido disfunción sexual

1. Bien. Ningún problema por este motivo.

2. Regular. Le molesta la disfunción aunque no ha pensado abandonar el tratamiento por este motivo. Interfiere en sus relaciones de pareja.

3. Mal. Le molesta mucho la disfunción sexual. Ha pensado en abandonar el tratamiento por esta causa o interfiere gravemente las relaciones de pareja.

#### **PUNTUACIÓN TOTAL (0-15): LEVE MODERADA INTENSA**

- **LEVE:** entre 1-5 puntos (siempre que ningún ítem  $\geq 2$  puntos)
- **MODERADA:** entre 6-10 (cualquier ítem =2 y <3 puntos)
- **INTENSA:** entre 11-15 o bien cualquier ítem =3%