



Universidad del
Rosario

Escuela de Medicina
y Ciencias de la Salud

TÍTULO:

**DESEO Y FUNCIONAMIENTO SEXUAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA. CLÍNICA DE NUESTRA SEÑORA
DE LA PAZ, 2020-2021**

REALIZADO POR:

ANGELA ROCÍO VILLAZÓN CRIOLLO

PABLO CORTÉS MORENO

TUTORES:

TUTORES TEMÁTICOS:

JUAN FERNANDO CANO – PSIQUIATRA

TUTOR METODOLÓGICO:

DANIEL BUITRAGO - EPIDEMIÓLOGO

Identificación del proyecto

Institución académica: UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Dependencia: POSGRADO EN PSIQUIATRIA

Título de la investigación: DESEO Y FUNCIONAMIENTO SEXUAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA. CLÍNICA DE NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ, AÑO 2020-2021.

Instituciones participantes: UNIVERSIDAD DEL ROSARIO – CLINICA DE NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ.

Tipo de investigación: ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL

Investigadores principales: ANGELA ROCIO VILLAZÓN CRIOLLO – PABLO CORTÈS MORENO

Investigadores asociados:

Asesor clínico o temático: JUAN FERNANDO CANO- PSIQUIATRA

Asesor metodológico: DANIEL BUITRAGO – EPIDEMIÓLOGO

Tabla de contenido

<u>1. Introducción</u>	<u>7</u>
<u>1.1 Planteamiento del problema</u>	<u>7</u>
<u>1.2 Justificación</u>	<u>10</u>
<u>2. Marco Teórico</u>	<u>11</u>
<u>3. Pregunta de investigación</u>	<u>24</u>
<u>4. Objetivos</u>	<u>24</u>
<u>4.1 Objetivo general</u>	<u>24</u>
<u>4.2 Objetivos específicos</u>	<u>24</u>
<u>5. Metodología</u>	<u>24</u>
<u>5.1 Tipo y diseño de estudio</u>	<u>23</u>
<u>5.2 Población y muestra</u>	<u>25</u>
<u>5.3 Criterios de inclusión y exclusión</u>	<u>25</u>
<u>5.4 Tamaño de muestra</u>	<u>26</u>
<u>5.5 Definición y operacionalización de variables</u>	<u>26</u>
<u>5.5.1 Operacionalización de variables</u>	<u>27</u>
<u>5.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos de la recolección de datos</u>	<u>36</u>
<u>5.7 Plan de manejo de datos</u>	<u>39</u>
<u>6. Aspectos éticos</u>	<u>39</u>
<u>7. Administración del proyecto</u>	<u>41</u>
<u>7.1 Presupuesto</u>	<u>41</u>
<u>7.2 Cronograma</u>	<u>41</u>

<u>8.1 Análisis estadístico</u>	<u>43</u>
<u>9. Resultados</u>	<u>43</u>
<u>9.1 Características sociodemográficas de la población de estudio</u>	<u>43</u>
<u>9.2 Caracterización del tratamiento y del funcionamiento sexual en los sujetos</u>	<u>44</u>
<u>9.3 Evaluación de dimensiones de la CSFQ-14</u>	<u>49</u>
<u>9.4 Resultados de aplicación de escalas</u>	<u>49</u>
<u>9.5 Resultados de correlación de variables</u>	<u>50</u>
<u>9.6 Asociación entre disfunción sexual y las características de los sujetos</u>	<u>55</u>
<u>10. Discusión</u>	<u>60</u>
<u>11. Limitaciones</u>	<u>64</u>
<u>12. Conclusiones</u>	<u>65</u>
<u>13. Referencias</u>	<u>66</u>
<u>14. Anexos</u>	<u>69</u>
<u>Anexo 1. Consentimiento Informado</u>	<u>69</u>
<u>Anexo 2. Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14) en mujeres</u>	<u>71</u>
<u>Anexo 3. Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14) en hombres</u>	<u>72</u>
<u>Anexo 4. SCID - IV- Módulo de síntomas psicóticos</u>	<u>73</u>

Resumen:

Introducción: La naturaleza de la sexualidad y la satisfacción sexual de los pacientes con enfermedades mentales sigue siendo un área poco estudiada. Además, es ampliamente aceptado que las personas con enfermedades mentales experimentan altos niveles de disfunción sexual, dada la baja satisfacción o el bajo interés sexual en esta población de la comunidad.

Métodos: Se realizó un estudio de tipo Descriptivo de corte Transversal, en donde se aplicaron dos escalas (una para los hombres, otra para las mujeres) que miden el deseo y el funcionamiento sexual (*Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)*), además se tipificó la severidad de la esquizofrenia con la escala PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*), y el manejo farmacológico de los pacientes entre 18 y 55 años que fueron manejados por consulta externa de psiquiatría con un diagnóstico de esquizofrenia, en la Clínica de Nuestra Señora de La Paz, durante los años 2020-2021.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 86 pacientes con una mediana de la edad de 35 años, de los cuales 77,9% fueron hombres y 22,1% mujeres. En cuanto a la escala CSFQ-14 se obtuvo una mediana de 30 puntos y en la escala PANSS una mediana de 68 puntos. En cuanto a las correlaciones entre variables se encontró una asociación estadísticamente significativa e inversamente proporcional entre el puntaje de la PANSS de síntomas negativos y el puntaje de la CSFQ-14. Por otro lado, el uso de antidepresivos también tuvo una correlación inversa y estadísticamente significativa con el puntaje de la CSFQ-14.

Discusión:

Se encontraron asociaciones estadísticas importantes que detallan posibles asociaciones entre ciertas variables del estudio a pesar de no alcanzar el "n" propuesto de la muestra. La mayor severidad de los síntomas negativos se evidencia en este estudio como una variable que puede repercutir en el funcionamiento sexual, al igual que los medicamentos antidepresivos. Respecto a la asociación con estos medicamentos vale la pena preguntarse si su efecto deletéreo es independiente o se asocia al manejo antipsicótico que tomaba el 97,6% de la muestra. Vale la pena realizar mayores estudios en esta área con muestras representativas que permitan una adecuada interpretación de los hallazgos estadísticos.

Abstract:

Introduction: The nature of sexuality and sexual satisfaction of patients with mental illness remains a poorly studied area. Furthermore, it is widely accepted that people

with mental illness experience high levels of sexual dysfunction, given the low satisfaction or low sexual interest in this community population.

Methods: A Cross-sectional Descriptive study was carried out, where two scales were applied (one for men, the other for women) that measure sexual desire and functioning (*Sexual Functioning Questionnaire Short-Form CSFQ-14*), In addition, pharmacological management and schizophrenia severity (*Positive and Negative Symptom Scale PANSS*) of patients between 18 and 55 years of age who were managed by an outpatient psychiatric clinic with a diagnosis of schizophrenia, at the Clinica de Nuestra Señora de La Paz, during the years of 2020-2021 was typified.

Results: We obtained a sample of 86 patients with a median age of 35 years, of whom 77.9% were men and 22.1% were women. The CSFQ-14 scale showed a median of 30 points and the PANSS scale a median of 68 points. Regarding the correlations between variables, a statistically significant and inversely proportional association was found between the PANSS score of negative symptoms and the CSFQ-14 score. On the other hand, the use of antidepressants also had an inverse and statistically significant correlation with the CSFQ-14 score.

Discussion: Important statistical associations were found that identify possible associations between certain variables of the study despite not reaching the proposed "n" of the sample. The greater severity of negative symptoms is evident in this study as a variable that can impact on sexual functioning, as well as antidepressant drugs. Regarding the association with these drugs, it is worth considering if their deleterious effect is independent or if it is associated with antipsychotic management that 97.6% of the sample took. Further studies in this area with representative samples that allow a proper interpretation of the statistical findings are worthwhile.

1. Introducción

1.1 Planteamiento del problema

La definición misma de sexualidad plantea una gran dificultad, pues consta de varias posibilidades desde donde se puede abarcar. En este trabajo definimos sexualidad como: "... la amplia gama de sentimientos y experiencias eróticas que una persona experimenta en la relación consigo misma o en interacción con otros, en la que esta interacción puede tener lugar entre personas de sexos biológicos similares o

diferentes...” (1). La sexualidad humana es diversa y compleja en su forma de expresión y a veces resulta difícil definir qué conducta es sexualmente anormal.

En el proceso de identificar las causas o los factores predisponentes del comportamiento sexual considerado «criminal», la medicina y la psicología aplicaron a los comportamientos sexuales indeseados la categoría de «enfermedad» o «trastorno mental», lo que facilitó la medicalización, la patologización y la psicologización (2). La medicalización de los comportamientos sexuales se institucionaliza con la inclusión en las clasificaciones internacionales de enfermedades, como la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de la *American Psychiatric Association* (APA) (2). Los problemas o trastornos relacionados con la sexualidad se incluyen en el DSM-5 bajo tres categorías separadas: disfunciones sexuales, disforia de género y trastornos parafilicos. Con base en el modelo clásico fisiológico de respuesta sexual, las disfunciones sexuales se definen según las distintas etapas de la respuesta sexual: deseo, excitación, meseta y resolución, con las diferencias que se dan por exclusión entre mujeres y varones (2).

En los pacientes con trastornos psicóticos esta principalmente afectada la función sexual por limitaciones en la cognición social y la interacción asociadas con síntomas negativos que disminuyen la oportunidad de participar en actividades sexuales (3). Las personas con trastorno bipolar pueden experimentar hipersexualidad e impulsividad sexual durante los episodios maníacos que pueden interrumpir las relaciones a largo plazo. Las personas con depresión bipolar y unipolar pueden experimentar una disminución del deseo y el disfrute del sexo como síntomas de episodios depresivos (2,3). Otros estudios han demostrado que los pacientes con trastorno límite de la personalidad tienen problemas relacionados con una mayor impulsividad sexual, mayor aburrimiento sexual e insatisfacción, y una mayor preocupación y evitación del sexo, entre otras quejas sexuales, a pesar de mayor asertividad sexual (3).

Sin embargo, la naturaleza de la sexualidad y la satisfacción sexual de los pacientes con enfermedades mentales sigue siendo un área poco estudiada. Además, es ampliamente aceptado que las personas con enfermedades mentales experimentan altos niveles de disfunción sexual, dada la baja satisfacción y / o el bajo interés sexual

en esta población de la comunidad (3). Los efectos secundarios de la medicación y los puntos en común en los síntomas centrales, como el deterioro del deseo sexual, pueden estar presentes en todos los pacientes con trastornos del estado de ánimo y psicóticos (3). En su estudio de 2013 realizado en Suecia en donde se entrevistaron a pacientes con esquizofrenia, Östman y Bjorkman investigaron el impacto de la enfermedad mental en la sexualidad de pacientes con esquizofrenia en la comunidad a largo plazo; descubrieron que los pacientes informaron sentirse ignorados por los servicios psiquiátricos como seres sexuales (3)(4).

Aunado a lo anterior, se debe incluir un aspecto en donde intervenga de manera importante el contexto cultural y social de la población. La aparición inicial de preocupaciones morales con respecto a determinados estímulos sexuales puede deberse a que dichos estímulos se muestran como más asequibles para el individuo que otros estímulos sexuales normalizados (5). En el caso de la zoofilia (atracción sexual por animales) habría que tener en cuenta que, en algunas zonas rurales, los animales (cabras, vacas, etc.) son bastante asequibles. Asimismo, para un individuo con baja autoestima y con inseguridad sexual suele ser más fácil rozarse con individuos cuando va en autobús (froteurismo), enseñar sus genitales a sujetos del parque (exhibicionismo), robar ropa interior (fetichismo) o espiar a sus vecinos cuando salen de la ducha (voyerismo) que salir a buscar una pareja con la cual mantener relaciones (5,6). La baja autoestima puede hacer que una persona se oriente hacia formas de sexo inadecuadas y dicha orientación sexual inadecuada hace que su autoestima sea cada vez menor (círculo vicioso) (5). En un estudio colombiano de corte transversal, realizado en el 2017 en la ciudad de Medellín, que evalúa la salud sexual y reproductiva de los pacientes con esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar, se reportó un bajo porcentaje de unión libre o matrimonial entre los pacientes con esquizofrenia, lo cual indicaría que estos pacientes presentan un curso donde la prematuridad de la enfermedad puede ser determinante en cuanto al estado civil de éstos individuos, contrario al trastorno afectivo bipolar, el cual por aparecer más tarde en el ciclo vital, permite alcanzar una mayor funcionalidad premórbida(7).

Numerosos estudios confirman la existencia de disfunción sexual en la esquizofrenia, que se presenta tanto en pacientes en remisión, como en pacientes ambulatorios, y en pacientes con trastorno severo o institucionalizados. Esta disfunción presenta una mayor prevalencia que la población normal, comunicando un rango del 16-60%, en

estudios mediante cuestionarios auto-administrados. Pese a ello, aún sigue siendo limitado el número de estudios de este trastorno en la esquizofrenia (8).

Finalmente, es correcto afirmar que se debe ampliar la investigación en nuestro país, en cuanto a las alteraciones en la sexualidad y su asociación con otro tipo de trastornos, puntualmente con trastornos mentales que incluyan un corte psicótico en su cuadro clínico. Lo que permitiría implementar medidas de manejo e intervención en los pacientes con enfermedad mental de tipo psicótico.

1.2 Justificación

La sexualidad por lo general es percibida como una experiencia demasiado íntima, demasiado personal y por tanto inaccesible a las investigaciones en ciencias sociales (9). Sin embargo, a lo largo de este siglo, se ha ido aceptando que la sexualidad no es "natural", sino que ha sido y es construida (9).

En una revisión llevada a cabo en Estados Unidos que incluyó literatura sobre sexualidad e intimidad entre las personas diagnosticadas con esquizofrenia o psicosis relacionada, analizada entre 2006 y agosto de 2016, se demostró que todos los estudios informan que la sexualidad y la intimidad son insatisfactorias entre las personas con psicosis, mientras que las necesidades y los deseos no difieren en gran medida de la población general. Los médicos a menudo pasan por alto estas necesidades, incluso cuando los pacientes expresan su necesidad de hablar sobre estos temas (10). La investigación disponible sobre cuestiones de intimidad y sexualidad muestra que la disfunción sexual debido a los efectos secundarios psicotrópicos es el tema más estudiado (10).

Algunos estudios muestran que aproximadamente una cuarta parte de las personas con psicosis se enfrentan a prejuicios y discriminación negativa en el contexto de las relaciones sexuales e íntimas. El auto-estigma, la internalización del prejuicio puede conducir al retraimiento social y a sentimientos de inutilidad en relación con la sexualidad y la intimidad. El aumento en el aislamiento social y los sentimientos de inutilidad sexual disminuyen el funcionamiento social y las oportunidades de compromiso sexual e íntimo (10). Esta característica podría ser más fuerte para las personas que viven en la comunidad en comparación con los pacientes hospitalizados. Para muchos, el miedo al rechazo es una razón para evitar la auto-divulgación o incluso las relaciones sexuales o íntimas. Dirigirse a la internalización

del estigma entre las personas que sufren de psicosis parece un objetivo importante para mejorar el autoconcepto sexual, la autoestima y el funcionamiento social en el contexto de la sexualidad y la intimidad (10).

La práctica y la investigación que se centran en los aspectos psicosociales de la sexualidad son necesarias para desarrollar estrategias que aborden las necesidades no satisfechas a menudo informadas en el campo de la intimidad y la sexualidad entre las personas con psicosis. Al ver una relación íntima como una parte importante del entorno de una persona, se hace evidente que esta área de la vida debe tenerse en cuenta al intentar facilitar la recuperación y la mejora de la posición de las personas con psicosis en la sociedad (7,10).

El presente estudio pretende describir los problemas de la sexualidad evidenciados en los pacientes con esquizofrenia que se encuentran en fase de estabilización o de mantenimiento por medio de controles por consulta externa, llevados a cabo en la Clínica de Nuestra Señora de la Paz, los años 2020-2021; y a su vez este estudio permite mostrar la importancia psicosocial que tiene la evaluación de las alteraciones en la sexualidad, en la vida y la funcionalidad de los pacientes con esquizofrenia, permitiendo proponer herramientas de intervención y mejora para incidir de manera positiva en estos pacientes.

2. Marco Teórico

La sexualidad es un concepto amplio y por ende complejo, que hace surgir múltiples cuestionamientos, matices y representaciones. Sin embargo, es claro que cada vez se rompen los tabú en torno al tema, y se ha involucrado tanto en el bienestar que se ha tomado como indicador de calidad de vida. “La sexualidad es un aspecto importante de la calidad de vida y las fantasías sexuales constituyen una parte normal de la sexualidad humana” (3). Pero también, “la sexualidad por lo general es percibida como una experiencia demasiado íntima, demasiado personal y por tanto inaccesible a las investigaciones...” (9). La sexualidad humana existe como una presencia social evidente, ostenta los rasgos de la corporalidad y la subjetividad de los individuos; además, configura relaciones y vínculos con el mundo. Sin embargo, aquello que se define como "sexualidad", más allá de que aglutina múltiples procesos biológicos y mentales, también es una construcción histórica (11). Desde la época precolombina, la sexualidad es evidenciada, como una práctica privada e individual, asociada al

concepto religioso que traían los españoles: "...la actitud de rechazo de los peninsulares hacia las prácticas sexuales de los indios estaba sustentada en la proyección de su pensamiento medieval en estas regiones americanas. Para los hombres del Viejo Mundo, las pasiones, los ritos de iniciación sexual y los sacrificios humanos que realizaban los indios, fueron entendidos como la manifestación 'perversa del mal' sobre la tierra. La culpa, el pudor, el pecado y el arrepentimiento fueron los mecanismos por los cuales se controló, vigiló y reconfiguro la sexualidad de los naturales..." (11).

Por otro lado, en la antigua cultura china se consideraba el deseo sexual como una "necesidad física innata, como el hambre, la sed o el descanso. Los filósofos chinos pensaban que la satisfacción de los deseos físicos debía estar regida por reglas y rituales sociales para maximizar el placer y minimizar la ansiedad en su búsqueda", quizás fue por eso que en ningún momento fue tomado como un inconveniente, por el contrario, creían que para lograr la perfección física y espiritual no era necesario reprimirlo, sino aprender a usarlo en beneficio propio; así surgió la necesidad de instruirse en cómo tener relaciones sexuales sanas (12). Se estima que "las artes de alcoba", donde se enseñaban todas estas cuestiones ya eran conocidas y desarrolladas desde hace aproximadamente 4.000 años por los descendientes de los emperadores de China (12). Es en esta cultura ancestral, en donde se comienza a relacionar la sexualidad con la salud: "...La buena salud dependía entonces en parte del sexo saludable y un comportamiento sexual excesivo o inapropiado se llegó a considerar una causa frecuente de diversas patologías. Los textos médicos también se esforzaron en dar instrucciones explícitas para la realización del coito cuando el objetivo era la concepción, dando gran trascendencia al período menstrual de las mujeres. Por ello, desde el siglo III A. C. hasta su prohibición por el régimen comunista, era costumbre que toda pareja de recién casados tuviera los 'Libros de Almohadas' como regalo de bodas; era tradición dejarlo bajo la almohada para que la pareja lo consultara constantemente..." (12).

Desde ese importante concepto de sexualidad, que se viene desarrollando históricamente y evolucionando a lo largo de los siglos; la Organización Mundial de la Salud reconociendo la necesidad de establecer una definición más clara, convocó a un grupo de expertos mundiales para que asumiera esta tarea en 2002, y en 2006 publicó las primeras definiciones, que más tarde en el 2010 se actualizaron (13). Así

entonces, la OMS define la sexualidad como: *“La sexualidad es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”* (13). Además, en 2010 se publicó un marco para el diseño de programas de salud sexual, en el que se definieron y contextualizaron los cinco factores multisectoriales que influyen en la salud sexual: i) la legislación, las políticas y los derechos humanos; ii) la educación; iii) la sociedad y la cultura; iv) la economía; y v) los sistemas de salud (13). Más recientemente, la OMS publicó un informe sobre la salud sexual, los derechos humanos y la legislación (2015) para ayudar a los gobiernos y a las instancias normativas a mejorar la salud sexual mediante la armonización de las leyes y políticas pertinentes con las obligaciones nacionales e internacionales en materia de salud y derechos humanos (13).

En Colombia, con respecto a la sexualidad, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses define la actividad sexual como: *“...Una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual”*. Y, a su vez, define el erotismo como: *“la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y, que, por lo general, se identifican con placer sexual”* (14). En definitiva, la sexualidad es un aspecto fundamental de la vida cotidiana. Con los años, la investigación ha demostrado el efecto que las enfermedades somáticas, el abuso de sustancias y los trastornos psiquiátricos tienen sobre el cuerpo humano y la sexualidad (4).

Para abarcar el tema de sexualidad, también debemos describir desde una manera biológica y mental, sus diferentes fases existentes, pues en cada una de estas se pueden detallar distintos tipos de trastornos. Las fases del ciclo de Respuesta Sexual Humana descritas por Masters & Johnson, Kaplan y Levine, son las siguientes (6):

- a. **Fase de deseo:** se distingue el impulso sexual, sensación física de estar sexualmente necesitado, urgencia sexual, el individuo siente deseos de estar con su pareja. Este impulso está mediado por hormonas tales como la testosterona, algunos neuropéptidos y feromonas. Este impulso se ve afectado negativamente por el estrés, la dieta, enfermedades tanto crónicas como agudas y la depresión. La percepción del impulso tiene una enorme variación individual, así como de género. El impulso sexual es habitualmente más pronunciado en el hombre. El otro componente del deseo sexual es la motivación psicológica, estando condicionado por los sentimientos de afecto y amor, así como por estímulos externos, como los atributos físicos del individuo, su forma de comunicarse, los olores, el lenguaje corporal, etc. La motivación psicológica puede verse afectada por las respuestas emocionales como tabúes, fobias. También presenta una enorme variación individual y de género (6).
- b. **Fase de excitación:** durante la fase de excitación se produce una gran vasodilatación del área pelviana. En la mujer, principalmente del introito vaginal, erección del clítoris, engrosamiento y crecimiento de los labios mayores y menores. Esto se traduce en una lubricación importante de la vagina y del introito vaginal. El clítoris aumenta de volumen, se produce una erección de los pezones. Luego se produce una expansión del tercio superior de la vagina, con elevación del útero. En algunas mujeres suele producirse un rubor sexual, enrojecimiento de la cara anterior del tronco. En el hombre, la vasocongestión del área genital lleva a la erección del pene, se produce un endurecimiento y cambio del ángulo de presentación del pene, dada por el llenado sanguíneo de los cuerpos cavernosos. El aumento del tamaño del glande está dado por el llenado sanguíneo del cuerpo esponjoso. También suele producirse una erección de los pezones y un rubor sexual (6).
- c. **Fase de meseta:** se producen algunos cambios generales tanto en el hombre como en la mujer. Estos cambios consisten en la aparición de tono parasimpático mantenido y vasocongestión máxima. También se produce miotonía con aumento del tono muscular. Hay un aumento de la Presión Arterial (PA), de la Frecuencia Respiratoria (FR) y la Frecuencia Cardíaca (FC). En la mujer, aumenta el tamaño del útero, el clítoris se retrae bajo su capuchón, produciéndose su máximo crecimiento. Hay dilatación de los músculos

vaginales, produciéndose la plataforma orgásmica y se produce cambio de color de los labios. Estos cambios son indicación de un orgasmo inminente. En el hombre, los cuerpos esponjosos llegan a su máxima plétora sanguínea, produciendo aumento considerable de volumen y rigidez del pene. Se produce secreción de las glándulas de Cowper, responsables de la lubricación. Hay elevación y crecimiento testicular (6).

- d. **Fase de orgasmo:** lleva a una serie de cambios generales tanto en el hombre como en la mujer. El tono sexual parasimpático cambia a simpático. Se produce el cambio máximo de la PA, FR y FC. Comienzan las contracciones rítmicas de los músculos del piso de la pelvis. Apareciendo luego sensaciones agradables, placenteras centradas en la pelvis; pero que se irradian al resto del cuerpo. Sensación de acabamiento, con gran relajación apenas ocurrido el orgasmo. En la mujer se producen cambios en el cuello del útero al dilatarse el orificio cervical externo (OCE) y en la dirección del eje del canal, que se desplaza hacia posterior para sumergir el OCE en el lago seminal que se localiza en el fondo de saco vaginal posterior. Además, hay contracciones rítmicas de la plataforma orgásmica: fascículos pubocoxígeos del elevador del ano, del útero y el esfínter anal externo. También se producen contracciones espasmódicas rítmicas de los músculos esqueléticos y espasmo carpopedal. En el hombre, se produce la eyaculación, contracción del conducto deferente, de la próstata y del conducto eyaculador, con expulsión del semen. Se produce la contracción de los músculos bulbocavernosos, pubocoxígeos (piso pélvico) y del ano (6).
- e. **Fase de resolución:** en esta fase todos los parámetros que se habían visto cambiar como la PA, FR y FC vuelven a sus valores iniciales. Puede aparecer sudoración en la superficie corporal. Al mantenerse el tono parasimpático genital, permite volver a la fase de excitación con respuesta orgásmica múltiple. Si se restablece el tono parasimpático visceral, el cuerpo se hace insensible a la estimulación erotogénica, apareciendo el periodo refractario. En la fase de resolución todos los cambios ocurridos en los genitales vuelven a su condición inicial. En la mujer, existe una mayor predisposición a los orgasmos múltiples (tono parasimpático genital). En el hombre, se produce la detumescencia de los cuerpos cavernosos, con pérdida de la erección del pene, hay un regreso de todas las estructuras genitales a su condición inicial.

Existe posibilidad de múltiples orgasmos, sólo si persiste el tono parasimpático genital y la vasocongestión se mantiene. Si no se produce esta persistencia sobreviene el periodo refractario, el que puede ser corto en la adolescencia; pero en el transcurso de los años se va alargando, llegando a horas o días. Si no ocurre orgasmo previo, esto lleva a una vasocongestión pélvica crónica, con una resolución pasiva (6).

Lamentablemente, para quienes padecen trastornos mentales graves como la esquizofrenia, el funcionamiento sexual ha recibido poca atención o reconocimiento como un aspecto importante de su atención. Hasta hace poco, discutir temas sexuales con pacientes con esquizofrenia se consideraba inapropiado porque se creía que no deberían participar en actividades sexuales. De hecho, a principios del siglo XX, algunos investigadores creían que los excesos sexuales en realidad podían causar locura (15). Tan recientemente como en la década de 1970, los psiquiatras creían que la actividad sexual podría contribuir al desarrollo de la esquizofrenia en la mayoría de los pacientes con esta enfermedad. Aunque esta creencia ya no se mantiene, se ha hecho poco para abordar eficazmente este importante problema de la vida en personas con esquizofrenia, y se conoce poco sobre la historia natural del funcionamiento sexual en personas con esquizofrenia. Algunos estudios han sugerido que el funcionamiento sexual es tanto cualitativa como cuantitativamente diferente en personas con esquizofrenia en comparación con aquellas sin la enfermedad (15). Las personas con esquizofrenia se involucran en una menor actividad sexual general de cualquier tipo, pero tienen más probabilidades de experimentar un comportamiento autoerótico. Estos informes, sin embargo, están sesgados por varios problemas. Primero, los miembros del personal psiquiátrico son reacios a discutir las preocupaciones sexuales con los pacientes; esta incomodidad se agrava por el temor de que las personas con esquizofrenia no puedan controlar su sexualidad y que discutir estos temas pueda desencadenar un comportamiento inapropiado (15). Los psiquiatras han informado que discutir temas sexuales puede retrasar la recuperación. En segundo lugar, casi todos los informes centrados en el funcionamiento sexual evaluaron a las personas solo durante el tratamiento con antipsicóticos convencionales. La literatura que relaciona la disfunción sexual con el tratamiento antipsicótico convencional surgió ya en 1968(15).

A pesar del hecho de que muchos pacientes con enfermedad mental grave experimentaron problemas sexuales, que incluían una gama completa de disfunciones sexuales, se ha realizado poca investigación para determinar si las disfunciones sexuales se deben a los trastornos mentales en sí mismos o a las medicaciones utilizadas para tratarlos (16). Aizenberg et al encuestaron a 71 varones con esquizofrenia y 51 varones control sin enfermedad mental. De los pacientes con esquizofrenia, 20 estaban libres de medicación durante al menos 6 meses, mientras que 51 se habían mantenido con neurolépticos de depósito. Ambos grupos de pacientes informaron considerablemente más disfunción sexual que los del grupo control (16). Los pacientes no tratados presentaron relativamente más disminución del deseo, mientras que el tratamiento con neurolépticos fue asociado con la restauración del deseo. Se informó de más problemas con la erección, el orgasmo y la satisfacción en los pacientes tratados que, en los no tratados, lo que sugirió que la medicación neuroléptica causa algún tipo de alteración en las diferentes fases de la respuesta sexual en los varones con esquizofrenia (16).

La prevalencia de disfunción sexual varía de manera amplia en la literatura internacional. En Europa se ha reportado entre el 28% y 53% (17). En Asia se ha descrito una prevalencia variable entre el 46% y el 73% (17). En América se ha informado que fluctúa entre el 43% y el 65% (17). Por otra parte, se estima que alrededor del 40% de las mujeres experimentará algún tipo de trastorno sexual a lo largo de su vida (17). La frecuencia de disfunción sexual varía según la edad, la presencia de condiciones mórbidas, antecedentes de violencia sexual, problemas interpersonales, etc.; por lo que se considera un fenómeno multifactorial (17). Entre los factores de riesgo asociados de forma significativa con el trastorno sobresalen: baja frecuencia de relaciones sexuales, bajo nivel educativo, desempleo, edad mayor a 40 años mala comunicación con la pareja, matrimonio de 10 o más años, presencia de enfermedad médica de base, y presentar una pareja con disfunción sexual (17).

Las estimaciones indican que el 54-88% de los varones y el 30-94% de las mujeres con esquizofrenia experimentarán disfunción sexual mientras toman medicamentos antipsicóticos (16). Además: a) la mayoría de los individuos con esquizofrenia tendrán disfunción sexual, incluso cuando no tomen antipsicóticos; b) las personas no tratadas muestran una disminución del deseo sexual; c) los deterioros en la excitación y el orgasmo durante el sexo están asociados con el tratamiento antipsicótico, y d) el

tratamiento neuroléptico se correlaciona con la normalización del deseo sexual, pero conduce a problemas de la excitación, el orgasmo y la satisfacción sexual (16). Así, 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 (16).

La relación entre sexualidad y esquizofrenia es compleja. Aunque la etiología de la esquizofrenia sigue siendo desconocida, la edad de inicio es similar a la del período reproductivo (15). Por ejemplo, durante este tiempo, la secreción de la hormona luteinizante aumenta más de 30 veces en los niños y 100 veces en las niñas. Se ha demostrado que los niveles de estrógeno en mujeres con esquizofrenia son más bajos que los controles normales al inicio de la psicosis. Se han informado niveles más bajos de gonadotropinas totales y testosterona en pacientes con esquizofrenia masculina no medicados en relación con los controles. Muchos informes de investigaciones epidemiológicas, clínicas y básicas han demostrado que los estrógenos ejercen efectos protectores en la esquizofrenia (15). Además, los niveles bajos de estrógenos se han correlacionado con la disfunción sexual. Por lo tanto, aunque es importante examinar la relación entre la medicación y los trastornos sexuales en pacientes con esquizofrenia, estos pacientes pueden tener trastornos hormonales subyacentes que preexisten o contribuyen a los trastornos sexuales que ocurren (15).

La falta de actividad sexual puede ser el resultado directo o indirecto de una baja confianza social, pocas relaciones personales, una pérdida de control de los impulsos y síntomas de déficit como falta de interés y anhedonia (15). Algunos estudios han encontrado que incluso antes del inicio de la enfermedad, la falta de interés en formar relaciones sexuales es más común en hombres con esquizofrenia que en hombres sanos. Sin embargo, la mayoría de los estudios han informado que los medicamentos antipsicóticos convencionales causan la mayoría de los problemas con la libido, la excitación y el orgasmo en personas con esquizofrenia (15). Varios mecanismos pueden causar disfunción sexual durante la terapia antipsicótica. Los efectos inespecíficos, como la sedación y el aumento de peso, pueden disminuir el interés sexual. Los efectos secundarios extrapiramidales y la discinesia tardía también pueden reducir la movilidad para el funcionamiento sexual. Se ha demostrado que la serotonina facilita o inhibe el comportamiento sexual dependiendo del receptor estimulado. El antagonismo colinérgico y el bloqueo alfa-adrenérgico se han implicado

en la disfunción orgásmica y las alteraciones de la eyaculación. El bloqueo de los canales de calcio también puede contribuir a la disfunción sexual (15). La disfunción sexual es una de las principales causas de incumplimiento del tratamiento antipsicótico, con una prevalencia en algunos estudios de un 41% de hombres y 15% de mujeres que habían interrumpido la toma de medicación por esta causa (8).

En un estudio realizado en el 2018 en Quito, Ecuador, en una institución psiquiátrica con pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, se determinó que el 95.7% de los pacientes presenta ausencia de deseo sexual, el 95.7% presenta incapacidad de lograr excitación en el caso de las mujeres y disfunción eréctil en el caso de los hombres, el 95.7% presenta anorgasmia en el caso de las mujeres y eyaculación precoz en el caso de los hombres, y a nivel general el 82.6% de pacientes presenta cambios en la función sexual(18). En cuanto a la prevalencia en Colombia, solo unos pocos estudios informan la prevalencia e incidencia de disfunciones sexuales. Un estudio realizado por Acuña y Ceballos (2005) mostró que el 54.5% de la población masculina tiene disfunciones sexuales, y las más frecuentes son la disfunción eréctil con 43.27% y la eyaculación precoz con 14.93%; otro estudio informó una prevalencia del 55,8% en mujeres (19).

Además, los niveles elevados de prolactina también pueden contribuir a la disfunción sexual. Se sabe que la hiperprolactinemia causa hipogonadismo y disminuye los niveles de testosterona (15). La prolactina parece tener un efecto directo sobre la actividad sexual; se ha demostrado que la normalización de los niveles de prolactina con bromocriptina restablece el funcionamiento sexual antes de que aumenten los niveles de testosterona. En sujetos sin enfermedad mental, Faiman afirmó que el 80 por ciento de los hombres con niveles de prolactina en suero > 50 ng / ml se quejaron de libido e impotencia deteriorados. Las elevaciones de prolactina del tratamiento antipsicótico se producen principalmente por el bloqueo de dopamina a nivel de la hipófisis (15). La disfunción sexual relacionada con hiperprolactinemia podría deberse no solo al efecto hipogonadal de ésta, sino también a un efecto directo de la prolactina en el sistema dopaminérgico, y podría estar modulada por un polimorfismo genético en los receptores D2(8). La hiperprolactinemia podría no ser secundaria al tratamiento con antipsicóticos, pues diferentes estudios evidencian niveles de prolactina alta incluso en pacientes que nunca habían recibido tratamiento antipsicótico (8). Las altas tasas de hiperprolactinemia se encuentran en las primeras etapas de los trastornos

psicóticos; con 43% con hiperprolactinemia al momento del primer contacto para psicosis, y 27% a los 12 meses de seguimiento. Las tasas de prevalencia de hiperprolactinemia con uso de antipsicóticos en la esquizofrenia de episodios múltiples en varios ensayos clínicos varían del 28% al 69% (20). Además, los antipsicóticos podrían causar disfunción sexual disminuyendo el flujo sanguíneo peneano por bloqueo periférico α -adrenérgico y también por el efecto sedante de algunos de ellos, que disminuiría la actividad sexual (8).

La hiperprolactinemia se asocia con amenorrea, galactorrea, hirsutismo, ginecomastia, impotencia, pérdida de libido e infertilidad. La hiperprolactinemia a largo plazo puede inducir un estado de hipogonadismo crónico, lo que puede aumentar el riesgo de osteoporosis y fracturas de huesos (21). Los datos sobre el aumento del riesgo de cáncer de mama en mujeres con hiperprolactinemia son cuestionables. Los antipsicóticos inducen hiperprolactinemia mediante el bloqueo de los receptores D2 en las células lactotróficas, evitando así la inhibición de la secreción de prolactina (21). Como grupo, los Antipsicóticos Atípicos causan una elevación menor de los niveles plasmáticos de Prolactina que los antipsicóticos típicos. Lo que complica aún más el problema es el hecho de que varios estudios informaron un aumento en los niveles de prolactina en pacientes esquizofrénicos sin tratamiento previo. Sin embargo, también debe tenerse en cuenta que muchos pacientes con altos niveles de prolactina pueden no tener síntomas (21).

En estudios se ha encontrado que existe una asociación significativa entre los niveles de prolactina sérica y los subtipos de esquizofrenia en pacientes libres de drogas con tasas "bajas-normales" para el subtipo paranoide, intermedio para el subtipo esquizoafectivo y "alto-normal" para los desorganizados (22). Estos hallazgos sugieren diferencias en el tono dopaminérgico entre los subtipos de esquizofrenia y respaldan la individualidad clínica y neuropsicológica de los subtipos de enfermedades. Un estudio reciente en individuos con un estado mental de riesgo para la psicosis (ARMS), encontró hiperprolactinemia en más del 20% de los pacientes con un estado mental de riesgo para la psicosis (ARMS) neuroléptica y en más del 30% de los pacientes con primer episodio de psicosis (FEP) sin tratamiento neuroléptico (22). Esto indica que la hiperprolactinemia en la esquizofrenia no es necesariamente causada por el tratamiento antipsicótico, sino que ya puede estar presente en el primer episodio de psicosis (FEP) neuroléptica e incluso en etapas prodrómicas (22).

Algunos estudios anteriores realizados en pacientes con esquizofrenia tratados con antipsicóticos típicos sugieren que, con el tiempo, después de un aumento inicial, el nivel de prolactina tiende a estabilizarse o incluso a disminuir (21). Estudios más recientes parecen indicar que la prolactina aumentó inicialmente después del tratamiento con antipsicóticos atípicos (en este caso, olanzapina) y luego desarrolló tolerancia con el tiempo. Sin embargo, en el caso de la risperidona, la investigación indica que el fenómeno de tolerancia a la prolactina no apareció y, después de un rápido aumento, generalmente durante los primeros meses, el nivel de prolactina se mantuvo alto (21). Los datos de amisulprida parecen bastante contradictorios, con un estudio que informa que el 100% de los pacientes desarrollan hiperprolactinemia a los 12 meses, mientras que otro estudio indica que, después de un aumento inicial a las 8 semanas, a los 12 meses el nivel de prolactina disminuyó, pero aún permanece mayor en comparación con la línea de base (21).

La mayoría de los estudios sugieren que la quetiapina no interfiere con el nivel de prolactina o está interfiriendo ligeramente (22% de los pacientes que desarrollan hiperprolactinemia) (21). En pacientes a largo plazo tratados con antipsicóticos atípicos tienden a tener un pico de nivel plasmático de prolactina a los 6 meses seguido de una disminución (que aún no alcanzó el nivel basal). Los resultados fueron similares para quetiapina y ziprasidona(21). Otro estudio más no mostró cambios significativos en el nivel de prolactina después de la administración de ziprasidona. Con respecto al género, muchos datos parecen indicar que las pacientes femeninas tienen más riesgo de desarrollar hiperprolactinemia cuando se exponen a antipsicóticos en comparación con los pacientes masculinos (21).

Hay que considerar también otras posibles causas de disfunción sexual. La prevalencia de síndrome metabólico es alta en los pacientes con esquizofrenia, oscilando según los estudios entre el 28,8 al 44,6%, y una reciente revisión del tema muestra que en población general casi se triplica (2,6 de incremento) la disfunción eréctil en personas con síndrome metabólico (8). Otra posible causa podría ser la propia psicopatología esquizofrénica, asociándose la disfunción sexual con una mayor severidad de sintomatología positiva y negativa. Para complicar más la cuestión, antes del diagnóstico de esquizofrenia, en personas con riesgo severo de padecer psicosis, se ha encontrado la existencia de disfunción sexual (8).

Los estudios de pacientes con esquizofrenia generalmente se han centrado en los efectos disfuncionales de los medicamentos antipsicóticos y su impacto residual en la sexualidad (4). Un hallazgo controvertido que surgió sostiene que los pacientes con esquizofrenia tienden a mostrar menos interés en la sexualidad y una mayor incompetencia sexual que la población general, así como una disfuncionalidad mucho más allá de los niveles encontrados en una población normal (4). Estudios recientes indican que los médicos tienden a dudar en abordar los problemas sexuales cuando tratan a personas con una enfermedad mental grave, a pesar de saber que la mayoría de los pacientes con esquizofrenia experimentan disfunciones sexuales como un efecto secundario de la medicación antipsicótica (4). Además, las encuestas confirman que las personas con esquizofrenia identifican la falta de asesoramiento sobre las relaciones personales e íntimas como una necesidad de tratamiento seriamente insatisfecha (4). Sin embargo, la disfunción sexual de los pacientes suele ser poco abordada por sus psiquiatras, siendo escasa la frecuencia de preguntas respecto de su sexualidad (8). El problema se complica porque además es pequeño el número de pacientes que comunica espontáneamente esta disfunción, menos del 38% en algunos estudios (8). Todo lo anterior sugiere que por el momento dista mucho de estar clara la etiopatogenia de la importante disfunción sexual que presentan los pacientes con esquizofrenia, y que ésta puede estar asociada con variados y diferentes factores (8).

Es por eso que en el presente estudio se propone medir las distintas alteraciones de la sexualidad, haciendo uso de una escala que involucra la medición del compromiso del deseo sexual y de la disfunción. Hay disponibles varias herramientas de evaluación del funcionamiento sexual más largas, incluido el Cuestionario sobre cambios en el funcionamiento sexual, un instrumento en versiones paralelas para hombres (36 artículos) y mujeres (35 artículos) que proporciona evaluaciones del funcionamiento sexual actual y de por vida (23). El Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual (CSFQ) es un instrumento clínico y de investigación de 36 ítems que identifica cinco escalas de funcionamiento sexual previamente validadas en español (24). Es una entrevista semiestructurada, pero si el paciente se siente incómodo con la entrevista, puede autoadministrarse. Aunque demuestra buenas propiedades psicométricas, la experiencia ha demostrado que es demasiado largo para su uso en la práctica clínica diaria (24). La versión en español de la forma

abreviada del CSFQ, el CSFQ-14, es un instrumento de autoinforme que ha sido previamente validado, demostrando una buena validez de constructo y confiabilidad interna (24). En comparación con el CSFQ, el CSFQ-14 es más adecuado para su uso en la práctica clínica diaria, ya que requiere menos tiempo para completarse y puntuarse, lo que permite a los médicos más tiempo para discutir con los pacientes y para una evaluación adicional si es necesario (24). El CSFQ-14 es el resultado de una revisión métrica del CSFQ, una entrevista con 36 preguntas. Las preguntas se agruparon semánticamente en cinco escalas diferentes: placer, deseo / frecuencia sexual, deseo / interés sexual, excitación / excitación y orgasmo / finalización (24).

Fue desarrollado para su uso con pacientes de orientación heterosexual y homosexual; los actos sexuales y las preguntas de frecuencia se expresan para ser igualmente adecuados para la actividad homosexual o heterosexual(23).Ambas versiones del CSFQ-14 producen una medida general del funcionamiento sexual, así como puntuaciones en dos conjuntos de escalas: un conjunto de cinco escalas correspondientes a dimensiones importantes del funcionamiento sexual y un conjunto de tres escalas correspondientes a las tres fases de la sexualidad y el ciclo de respuesta(23). El CSFQ-14 proporciona una breve medida del funcionamiento sexual con buena validez de constructo y confiabilidad interna que puede ser particularmente útil en entornos de práctica comunitaria.

En España, el cuestionario fue validado en una muestra de 580 sujetos por Bobes et al., quienes encontraron una confiabilidad de consistencia interna de .81. El modelo original de cinco factores fue parcialmente confirmado por la estructura factorial obtenida en el estudio (24). Esta estructura explica el 82.6% de la varianza total. Se obtuvieron valores de confiabilidad test-retest de alrededor de .90, y se comprobó que el cuestionario tenía una capacidad de discriminación adecuada entre muestras clínicas y normales (25). Además, Vallejo-Medina et al. (2010) validaron el CSFQ-14 en usuarios de drogas masculinos e informaron una buena fiabilidad de consistencia interna, una estructura tridimensional (placer, deseo y excitación-orgasmo) y una validez convergente adecuada con el Inventario breve de la función sexual (26). La escala, si bien no ha sido validada en Colombia, los estudios anteriormente mencionados, demuestran que las diferentes validaciones la dotan de adecuadas características psicométricas, además de que ha sido traducida y validada al español.

3. Pregunta de investigación

- ¿Cuáles son las disfunciones sexuales en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en consulta externa que asisten a la Clínica de Nuestra Señora de la Paz, durante los años 2020-2021?

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

- Estimar la relación entre el deseo y el funcionamiento sexual con las características sociodemográficas y clínicas en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en consulta externa de la Clínica de Nuestra Señora de la Paz durante el 2020-2021.

4.2 Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas de la muestra poblacional.
2. Describir las características del tratamiento en todos los pacientes analizados en el estudio.
3. Caracterizar las alteraciones en el deseo sexual para todos los pacientes analizados en el estudio.
4. Caracterizar el funcionamiento sexual para todos los pacientes analizados en el estudio.
5. Explorar la asociación entre la funcionalidad sexual y las características de los sujetos en estudio

5. Metodología

5.1 Tipo y diseño de estudio

Se realizará un estudio de tipo Descriptivo de corte Transversal, con componente analítico exploratorio, en donde se aplicarán dos encuestas, una para mujeres y otra para hombres, que medirán el deseo y el funcionamiento sexual (*Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)*) (Anexos 2 y 3). Adicionalmente, se medirán las variables sociodemográficas, clínicas y farmacológicas. Los criterios diagnósticos de Esquizofrenia se tomarán del DSM-5 aplicando la entrevista estructurada SCID-IV, y además se medirá su severidad aplicando la PANSS. Todo lo anterior en los pacientes entre 18 y 55 años que padezcan de cualquier tipo de esquizofrenia y

asistan a controles por consulta externa de psiquiatría en la Clínica Nuestra Señora de La Paz, durante el año 2020-2021.

5.2 Población y muestra

La población objeto de estudio son todos los pacientes que padecen esquizofrenia, según criterios DSM-5 confirmados con el módulo de trastornos psicóticos de la entrevista SCID, y son tratados en consulta externa, en la Clínica de Nuestra Señora de La Paz, en el año 2020-2021.

La muestra está caracterizada por los pacientes hombres o mujeres, entre 18 y 55 años con diagnóstico de esquizofrenia que se encuentren en el momento del estudio en controles por consulta externa de psiquiatría llevados a cabo en la Clínica de Nuestra Señora de La Paz.

5.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

1. Ser hombre o mujer
2. Tener entre 18 y 55 años
3. Tener diagnóstico de esquizofrenia según criterios DSM-5 confirmados con el módulo de trastornos psicóticos de la entrevista SCID.
4. Llevar sus controles por consulta externa de psiquiatría en la Clínica de Nuestra Señora de La Paz
5. No haber sido hospitalizado por crisis agudas en los últimos 3 meses
6. No haber suspendido el tratamiento farmacológico por los últimos 3 meses

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con algún antecedente de déficit cognitivo, trastorno neurocognoscitivo mayor o bajo coeficiente intelectual que les impida el adecuado diligenciamiento de la escala que será aplicada.
2. Pacientes con alteraciones de disfunción sexual, disforia de género o algún trastorno parafílico que se hayan presentado previamente a ser diagnosticados con esquizofrenia.

3. Pacientes con antecedentes de alteraciones hereditarias y/o genéticas que puedan comprometer los niveles de prolactina y que se hayan manifestado previamente a ser diagnosticados con esquizofrenia.

5.4 Tamaño de muestra

El marco muestral corresponde a todos los pacientes entre 18 y 55 años que asistan a consulta externa de psiquiatría de la Clínica de Nuestra Señora de la Paz, que padezcan de Esquizofrenia y que acepten ser parte de la investigación durante el año 2020-2021. A continuación, se incluyen las prevalencias de disfunción sexual en la población general encontradas en diferentes países:

PAÍS	PREVALENCIAS
Europa	Se ha reportado entre el 28% y 53%
Asia	Variable, entre el 46% y el 73%
América	Fluctúa entre el 43% y el 65%

***(Espitia-De La Hoz FJ. Prevalence and characterisation of sexual dysfunctions in women, in 12 Colombian cities, 2009-2016. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2018;69(1):9–21.)*

Mientras que la prevalencia de disfunción sexual en pacientes con esquizofrenia: el 54-88% de los varones y el 30-94% de las mujeres con esquizofrenia experimentarán disfunción sexual mientras toman medicamentos antipsicóticos, resultando un porcentaje promedio de 66,5% (16).

Delimitando y considerando los recursos del presente estudio, además, por aspectos logísticos del recogimiento de los datos, sobre todo en la coyuntura social actual, se consideró que el tamaño de la muestra se calculará con la prevalencia de Asia, que corresponde a 73% (17). En la Clínica Nuestra Señora de la Paz en un semestre consultan aproximadamente 1116 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Manejando una proporción esperada del 73%, un nivel de confianza del 90% y de precisión del 5%, se calcula una muestra de, $n= 180$.

5.5 Definición y operacionalización de variables

Las variables: Sexualidad, Antipsicóticos, Esquizofrenia y medicamentos concomitantes serán tomadas como variables dependientes.

Variables sociodemográficas: se consideran edad, sexo, estrato socioeconómico y estado civil, las cuales serán tomadas como variables independientes.

5.5.1 Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Escala	Unidades o categorías
SEXO	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.	CUALITATIVA	NOMINAL	Femenino Masculino
EDAD	Tiempo en años que ha vivido una persona desde su nacimiento.	CUANTITATIVA	DISCRETA	Años
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	Es una medida económica y sociológica que determina la posición económica y social en relación con los ingresos, educación y empleo.	CUALITATIVA	ORDINAL	Estrato 1: Bajo-bajo Estrato 2: Bajo Estrato 3: Medio-bajo Estrato 4: Medio Estrato 5: Medio-alto Estrato 6: Alto
ESTADO CIVIL	Es la situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación, y que va a determinar la capacidad de obrar y los efectos jurídicos que	CUALITATIVA	NOMINAL	Soltero (a) Casado(a) Unión Libre Divorciado (a) Viudo (a) Separado (a)

	posee cada individuo.			
ESQUIZOFRENIA	Trastorno mental caracterizado principalmente por alteraciones en el pensamiento.	CUALITATIVA	NOMINAL	SI NO
SEXUALIDAD	Conjunto de características, actividades y comportamientos, físicas y psicológicas propias de cada individuo.	CUALITATIVA	NOMINAL	ALTERADA NO ALTERADA
ANTIPSICÓTICOS: Risperidona	Grupo de medicamentos que se usan para manejar los síntomas psicóticos.	CUALITATIVA	NOMINAL	SI NO
ANTIPSICÓTICOS Olanzapina	Grupo de medicamentos que se usan para manejar los síntomas psicóticos.	CUALITATIVA	NOMINAL	SI NO
ANTIPSICÓTICOS: Quetiapina	Grupo de medicamentos que se usan para manejar los síntomas psicóticos.	CUALITATIVA	NOMINAL	SI NO
ANTIPSICÓTICOS: Clozapina	Grupo de medicamentos que se usan para manejar los síntomas psicóticos.	CUALITATIVA	NOMINAL	SI NO

MEDICAMENTOS CONCOMITANTES	Número de medicamentos anexos que toman los pacientes que se incluyen en el estudio y durante el tiempo del mismo.	CUALITATIVA	NOMINAL	Se especificará el grupo farmacológico al que pertenezca cada grupo de medicamentos.
Comparado con la vez más placentera de su vida ¿cuánto disfrute o placer en su vida sexual experimenta ahora? (Mujeres).	Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i>	CUALITATIVA	NOMINAL	Ninguno Poco disfrute o placer Algo de disfrute o placer Mucho disfrute o placer Muchísimo disfrute o placer.
¿Con qué frecuencia mantiene actividad sexual (coito, masturbación) actualmente? (Mujeres).	Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i>	CUALITATIVA	NOMINAL	Nunca Rara vez (menos de una vez al mes). A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana). A menudo (2 veces/semana o más). Diariamente.
¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual? (Mujeres).	Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i> .	CUALITATIVA	NOMINAL	Nunca Rara vez (menos de una vez al mes). A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana). A menudo (2 veces/semana o más). Diariamente.

<p>¿Con qué frecuencia se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasías sexuales) ahora? (Mujeres).</p>	<p>Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i>.</p>	<p>CUALITATIVA</p>	<p>NOMINAL</p>	<p>Nunca Rara vez (menos de una vez al mes). A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana). A menudo (2 veces/semana o más). Diariamente.</p>
<p>¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual? (Mujeres).</p>	<p>Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i>.</p>	<p>CUALITATIVA</p>	<p>NOMINAL</p>	<p>Nunca Rara vez (menos de una vez al mes). A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana). A menudo (2 veces/semana o más). Diariamente.</p>
<p>¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar y fantasear acerca del sexo? (Mujeres).</p>	<p>Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i>.</p>	<p>CUALITATIVA</p>	<p>NOMINAL</p>	<p>Ningún disfrute o placer Poco disfrute o placer Algo de disfrute o placer Mucho disfrute o placer Muchísimo disfrute o placer.</p>
<p>¿Con qué frecuencia se encuentra excitada sexualmente? (Mujeres).</p>	<p>Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i>.</p>	<p>CUALITATIVA</p>	<p>NOMINAL</p>	<p>Nunca Rara vez (menos de una vez al mes). A veces (una vez al mes, pero menos de 2 veces/semana).</p>

				A menudo (2 veces/semana o más). Diariamente.
¿Se excita fácilmente? (Mujeres).	Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i> .	CUALITATIVA	NOMINAL	Nunca Rara vez (la minoría de las veces). A veces (la mitad de las veces) A menudo (la mayoría de las veces). Siempre.
¿Tiene lubricación vaginal adecuada durante la actividad sexual? (Mujeres).	Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i> .	CUALITATIVA	NOMINAL	Nunca Rara vez (la minoría de las veces). A veces (la mitad de las veces) A menudo (la mayoría de las veces). Siempre.
¿Con qué frecuencia llega a la excitación y luego pierde el interés? (Mujeres).	Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i> .	CUALITATIVA	NOMINAL	Nunca Rara vez (la minoría de las veces). A veces (la mitad de las veces) A menudo (la mayoría de las veces). Siempre.
¿Con qué frecuencia tiene un orgasmo? (Mujeres).	Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i> .	CUALITATIVA	NOMINAL	Nunca Rara vez (menos de una vez al mes). A veces (una vez al mes, pero menos de 2 veces/semana).

				A menudo (2 veces/semana o más). Diariamente.
¿Es capaz de alcanzar un orgasmo cuando quiere? (Mujeres).	Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i> .	CUALITATIVA	NOMINAL	Nunca Rara vez (la minoría de las veces). A veces (la mitad de las veces) A menudo (la mayoría de las veces). Siempre.
¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos? (Mujeres).	Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i> .	CUALITATIVA	NOMINAL	Ningún disfrute o placer Poco disfrute o placer Algo de disfrute o placer Mucho disfrute o placer Muchísimo disfrute o placer.
¿Con qué frecuencia tiene orgasmo doloroso? (Mujeres).	Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i> .	CUALITATIVA	NOMINAL	Nunca Rara vez (menos de una vez al mes). A veces (una vez al mes, pero menos de 2 veces/semana). A menudo (2 veces/semana o más). Diariamente.
Comparado con la vez mas placentera de su vida, ¿Cuánto disfrute o placer en	Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire</i>	CUALITATIVA	NOMINAL	Ninguno Poco disfrute o placer

<p>su vida sexual experimenta ahora? (Varones)</p>	<p><i>Short-Form (CSFQ-14).</i></p>			<p>Algo de disfrute o placer</p> <p>Mucho disfrute o placer</p> <p>Muchísimo disfrute o placer</p>
<p>¿Con que frecuencia mantiene actividad sexual (coito, masturbación) actualmente)? (Varones)</p>	<p>Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14).</i></p>	<p>CUALITATIVA</p>	<p>NOMINAL</p>	<p>Nunca</p> <p>Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p>A veces (una vez al mes, pero menos de 2 veces por semana)</p> <p>A menudo (2 veces a la semana o más)</p> <p>Diariamente</p>
<p>¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual? (Varones)</p>	<p>Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14).</i></p>	<p>CUALITATIVA</p>	<p>NOMINAL</p>	<p>Nunca</p> <p>Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p>A veces (una vez al mes, pero menos de 2 veces por semana)</p> <p>A menudo (2 veces a la semana o más)</p> <p>Diariamente</p>
<p>¿Con que frecuencia se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasías sexuales)? (Varones)</p>	<p>Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14).</i></p>	<p>CUALITATIVA</p>	<p>NOMINAL</p>	<p>Nunca</p> <p>Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p>A veces (una vez al mes, pero menos de 2 veces por semana)</p> <p>A menudo (2 veces a la semana o más)</p> <p>Diariamente</p>

<p>¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual? (Varones)</p>	<p>Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i>.</p>	<p>CUALITATIVA</p>	<p>NOMINAL</p>	<p>Nunca Rara vez (menos de una vez al mes) A veces (una vez al mes, pero menos de 2 veces por semana) A menudo (2 veces a la semana o más) Diariamente</p>
<p>¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar y fantasear acerca del sexo? (Varones)</p>	<p>Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i>.</p>	<p>CUALITATIVA</p>	<p>NOMINAL</p>	<p>Ningún disfrute o placer Poco disfrute o placer Algo de disfrute o placer Mucho disfrute o placer Muchísimo disfrute o placer</p>
<p>¿Con que frecuencia tiene una erección? (Varones)</p>	<p>Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i>.</p>	<p>CUALITATIVA</p>	<p>NOMINAL</p>	<p>Nunca Rara vez (menos de una vez al mes) A veces (una vez al mes, pero menos de 2 veces por semana) A menudo (2 veces a la semana o más) Diariamente</p>
<p>¿Alcanza una erección fácilmente? (Varones)</p>	<p>Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i>.</p>	<p>CUALITATIVA</p>	<p>NOMINAL</p>	<p>Nunca Rara vez (la minoría de las veces) A veces (la mitad de las veces) A menudo (la mayoría de las veces)</p>

				Siempre
¿Es capaz de mantener una erección? (Varones)	Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i> .	CUALITATIVA	NOMINAL	Nunca Rara vez (la minoría de las veces) A veces (la mitad de las veces) A menudo (la mayoría de las veces) Siempre
¿Con qué frecuencia experimenta erecciones dolorosas y prolongadas? (Varones)	Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i> .	CUALITATIVA	NOMINAL	Nunca Rara vez (menos de una vez al mes) A veces (una vez al mes, pero menos de 2 veces por semana) A menudo (2 veces a la semana o más) Diariamente
¿Con qué frecuencia tiene una eyaculación? (Varones)	Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i> .	CUALITATIVA	NOMINAL	Nunca Rara vez (menos de una vez al mes) A veces (una vez al mes, pero menos de 2 veces por semana) A menudo (2 veces a la semana o más) Diariamente
¿Es capaz de eyacular cuando quiere? (Varones)	Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i> .	CUALITATIVA	NOMINAL	Nunca Rara vez (la minoría de las veces) A veces (la mitad de las veces) A menudo (la mayoría de las veces)

				Siempre
¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos? (Varones)	Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i> .	CUALITATIVA	NOMINAL	Ninguno Poco disfrute o placer Algo de disfrute o placer Mucho disfrute o placer Muchísimo disfrute o placer
¿Con qué frecuencia tiene orgasmo doloroso? (Varones)	Pregunta del <i>Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)</i> .	CUALITATIVA	NOMINAL	Nunca Rara vez (menos de una vez al mes) A veces (una vez al mes, pero menos de 2 veces por semana) A menudo (2 veces a la semana o más) Diariamente

5.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos de la recolección de datos

Para la recolección de datos inicialmente se solicitará el aval del comité de ética de la Clínica de Nuestra Señora de La Paz y de la Universidad del Rosario. Una vez se verifique y se avale el estudio, según la muestra de pacientes, se implementarán dos escalas, una para mujeres y otra para hombres: *Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)*. La versión en español de la forma abreviada del CSFQ, el CSFQ-14, es un instrumento de autoinforme que ha sido previamente validado, demostrando una buena validez de constructo y confiabilidad interna (24). En comparación con el CSFQ, el CSFQ-14 es más adecuado para su uso en la práctica clínica diaria, ya que requiere menos tiempo para completarse y puntuarse, lo que permite a los médicos más tiempo para discutir con los pacientes y para una evaluación adicional si es necesario (24). Las preguntas se agruparon semánticamente en cinco escalas diferentes: placer, deseo / frecuencia sexual, deseo / interés sexual, excitación / excitación y orgasmo / finalización (24).

Antes de aplicar dicha escala se aplicará el módulo de síntomas psicóticos y asociados de la *Structured Clinical Interview for DSM-4* (SCID-IV). Esta es una entrevista semiestructurada de confirmación diagnóstica basada en los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* de la Asociación Americana de Psiquiatría (29). Consta de un primer apartado de 15 ítems orientado a la evaluación de los principales síntomas y un segundo apartado de 7 ítems con el objetivo de descartar diagnósticos diferenciales. Dicha entrevista fue elegida debido a la alta prevalencia de su uso en la literatura según un metaanálisis del 2018 (27), solo siendo inferior al criterio clínico del experto, donde su alta heterogeneidad imposibilita su análisis epidemiológico, y la Entrevista Diagnóstica Compuesta de la Organización Mundial de la Salud (WHO WMH-CIDI), la cual ha calibrado sus mediciones a través de los años teniendo como referente la SCID-IV (28). No obstante, en el 2013 se publicó la nueva versión de la entrevista a usar, la SCID-V, formulada a partir del nuevo manual DSM-5 (30). Debido a la escasa literatura que utiliza esta herramienta en la evaluación diagnóstica y los escasos cambios en cuanto a los criterios diagnósticos de la esquizofrenia en ambos manuales diagnósticos, no se consideró el uso de la SCID-V. Cabe aclarar que debido a la ausencia de un estándar de oro para la confirmación de dicha patología se consideran las diferentes entrevistas y escalas conocidas como una aproximación a la medición ideal (28). El proceso que se realizará será básicamente una verificación de los criterios diagnósticos consignados en el DSM-5 en un cuadernillo de respuestas que dará un resultado según los síntomas presentes en el paciente.

Posteriormente, la implementación de la escala *CSFQ-14* tomará aproximadamente 15 minutos y se iniciará una vez el paciente haya leído y firmado el consentimiento informado escrito (Anexo 1). El consentimiento escrito le será otorgado y leído antes de contestar las escalas, para participar del estudio debe dar aprobación a lo consignado en el consentimiento informado. Tanto el consentimiento como las escalas se implementarán posterior a la consulta control por consulta externa de psiquiatría.

Se evaluará también el tratamiento que maneje el paciente en el momento de la consulta, que es cuando se realizará el diligenciamiento de las escalas. Y se tipificará cada medicamento, en la medida en que sea o no un antipsicótico; además de mediciones paraclínicas si es necesario.

Y finalmente la información recolectada será almacenada en una memoria USB codificada y encriptada que tendrá como responsable a la investigadora principal del estudio para su posterior análisis.

Resumen paso a paso de la recolección de datos física
1. En consulta externa de la Clínica Nuestra Señora de la Paz y con ayuda de los profesionales en psiquiatría, se abordarán a cada uno de los pacientes que figuren con diagnóstico de Esquizofrenia durante los días del tiempo estipulado.
2. Posterior a la asistencia a la consulta externa regular, se les llevará, en compañía del familiar o acompañante, a un consultorio o un lugar afín en donde haya privacidad para mostrarles y leerles el consentimiento informado.
3. Una vez acepten hacer parte del estudio, se les aplicará inicialmente la escala SCID-IV para confirmar el diagnóstico de Esquizofrenia.
4. Seguidamente se aplicará la PANSS para medir la severidad de los síntomas en las últimas semanas.
5. Finalmente, según sea mujer u hombre, se aplicará la escala CSFQ-14. Esta última escala idealmente debe ser leída y contestada sólo por el paciente, en caso de que se presente alguna eventualidad al respecto, contará con el apoyo de los residentes y con el de su acudiente o acompañante.
6. Se resolverán dudas finales, y se les entregará un refrigerio, en agradecimiento por su colaboración y su tiempo.

Considerando la coyuntura actual, en relación con las medidas sociales y de salud, que ha traído consigo la infección por el COVID-19 en nuestro país, elaboramos una ruta de recolección de datos de manera virtual, en caso de que no se logre realizarlo físicamente, como se tenía inicialmente previsto. A continuación, el paso a paso de la intervención virtual:

Paso a paso de la recolección de datos virtual

<p>1. Con apoyo de los profesionales en psiquiatría que realizan consulta externa en La Clínica de Nuestra Señora de La Paz y con la base de datos de la institución, se recolectarán los e-mails y número de contacto, de los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que vean cada semana.</p>
<p>2. Se llamarán a los pacientes al número de contacto, se les explicará acerca de la investigación, se les leerá el consentimiento informado, y si aceptan hacer parte de la investigación, se les enviará un e-mail con un link que los dirige directamente al diligenciamiento de las escalas correspondientes.</p>
<p>3. Según si el formato de la escala lo permite, se encontrarán en formato de Google Docs, y además dependiendo de la característica que cada escala ofrezca tendrá una respuesta única o no. Se aplicarán en el mismo orden de la toma de datos física. Al contactarnos con cada paciente por vía telefónica también ofreceremos ayuda, si la requieren, para llenar las escalas vía internet.</p>
<p>4. Finalmente, una vez realizado el diligenciamiento de las escalas, les daremos agradecimientos por su participación en el estudio.</p>

5.7 Plan de manejo de datos

Para asegurar la confiabilidad y el almacenamiento seguro de los datos se almacenarán en una memoria USB codificada y encriptada y el titular será el responsable y encargado. En el mismo, el acceso será restringido, por lo que sólo podrán acceder el investigador principal, y sus asesores temático y metodológico; esto con el fin de proteger el uso de los datos recogidos. El responsable y encargado del tratamiento de los datos serán los investigadores principales, Angela Rocío Villazón Criollo y Pablo Cortés Moreno, y se almacenarán por un periodo de cinco años.

Estos datos serán almacenados de forma tabulada y en forma gráfica para dar un orden de almacenamiento a los mismos. Se almacenará además el proceso y la forma de recolección de datos, los ítems de la encuesta y el protocolo de investigación.

6. Aspectos éticos

El tipo de datos que se manejarán en el estudio se consideran potencialmente sensibles pues la sexualidad es un tema que puede llegar a afectar la integridad de

la persona. Sin embargo, el proceso de manejo de datos será enteramente bajo la privacidad de la consulta de control, se solicitará el nombre del paciente pues requerimos datos como el tratamiento, y los medicamentos que está tomando. Los responsables del manejo de estos datos serán Angela Rocío Villazón Criollo y Pablo Cortés Moreno, quien además recolectará los datos de manera directa con el paciente, y a su vez implementará códigos de reconocimiento de la información suministrada para garantizar el anonimato.

Se usará un consentimiento informado por escrito que se le leerá de manera personalizada al paciente antes de que resuelva las escalas a responder, e informará de forma clara los aspectos relevantes del estudio como los objetivos, riesgos, beneficios, el manejo de los datos y de la información que se recolectará, dejando en claro que en ningún momento este proceso influirá en el tratamiento o en los controles subsecuentes por el psiquiatra tratante, e información y contacto tanto de los investigadores así como de la institución en la que se realizará la recolección de la información (Ver anexo 1). El paciente se identificará en el momento de la llamada y se le explicarán los objetivos del estudio, la metodología, los riesgos, beneficios y el manejo de los datos del mismo. Al final de esto se le preguntará si la información fue entendida o no; y se considerará válido siempre y cuando el paciente refiera “si acepto”. Posteriormente el paciente llenará las escalas.

Para asegurar la confiabilidad y el almacenamiento seguro de los datos se almacenarán en una USB encriptada que sólo usará el responsable y encargado. En el mismo, el acceso será restringido, por lo que sólo podrán acceder el investigador principal, y sus asesores temático y metodológico; esto con el fin de proteger el uso de los datos recogidos.

Con respecto al riesgo, se considera que el presente estudio tiene un riesgo mínimo, definiendo la investigación con riesgo mínimo según la Resolución 8430 de 1993. Lo anterior se explica porque es un tipo de estudio en población vulnerable que usará mediciones por medio de escalas usada y/o validadas en Colombia, además de un consentimiento informado verbal, en donde el paciente acepta o no el tratamiento de sus datos y sus respuestas. Por otro lado, no se realizarán procedimientos invasivos físicos en los sujetos encuestados.

La población objeto de estudio, son los pacientes entre 18 y 55 años que padecen de esquizofrenia y son tratados por consulta externa de psiquiatría en la Clínica de Nuestra Señora de La Paz; consideramos que es una población altamente vulnerable, debido a que padecen una enfermedad crónica e incapacitante. Este estudio se considera que tendrá un impacto positivo para nuestra población objeto de estudio, pues les brindará herramientas para dialogar con el profesional tratante acerca de su sexualidad, de una manera mucho más confiable y abierta. En cuanto a la titularidad del trabajo, se otorgará a los investigadores principales: Angela Rocío Villazón Criollo y Pablo Cortés Moreno, y a sus tutores temáticos y metodológicos.

7. Administración del proyecto

7.1 Presupuesto

RUBROS	FUENTE DE FINANCIACIÓN	TOTAL
	INVESTIGADOR	
Personal	\$8.280.000	\$33.120.000
Software	\$160.000	\$160.000
Materiales y suministros	\$100.000	\$100.000
Material Bibliográfico	\$50.000	\$50.000
Transporte del personal	\$100.000	\$400.000
TOTAL	\$8.690.000	\$33.830.00

7.2 Cronograma

	MESES
--	--------------

resultados en revistas indexadas														
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8. Análisis

8.1 Análisis estadístico

El análisis descriptivo de las variables se realizó de acuerdo con su naturaleza; las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas, y las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central y dispersión; para definir estas últimas, fue necesario ejecutar prueba de normalidad de Shapiro Wilk con alfa de comparación de 0,05.

Para el análisis bivariado se realizaron tablas de contingencia para variables cualitativas y se calculó el valor de p a partir de la prueba de χ^2 ; para la asociación entre variables cualitativas y cuantitativas, se realizaron pruebas de hipótesis de acuerdo con la normalidad de la variable continua, y para establecer la relación entre variables cuantitativas se realizaron correlaciones de Spearman. Todas las comparaciones fueron contrastadas con un alfa de 0,05 con el fin de determinar su significación estadística. El software utilizado para el análisis fue el SPSS v27.

9. Resultados

9.1 Características sociodemográficas de la población de estudio

Se tamizaron 189 pacientes de los cuales 86 cumplieron los criterios de inclusión, 22 rechazaron su participación, 24 no cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, y 61 no respondieron al llamado telefónico para realizar la entrevista. Bajo este escenario la precisión del muestreo corresponde a 7,6%.

Se incluyeron en el estudio 86 pacientes de los cuales 19 (22,1%) eran mujeres y 67 (77,9%) fueron hombres. Todos cumplieron con los criterios de inclusión, aceptaron el consentimiento informado leído a través de la llamada telefónica. De estos pacientes 10 (11,6%) correspondieron a estrato 1, 35 (40,7%) a estrato 2, 34 (39,5%) a estrato 3, y 7 (8,1%) estrato 4.

En cuanto a su grado de escolaridad, 41 (47,7%) pacientes realizaron su bachillerato completo, 22 (25,6%) bachillerato incompleto, 9 (10,5%) técnico completo, 5 (5,8%) pregrado incompleto, 4 (4,7%) pregrado completo, 3 (3,5%) técnico incompleto y 2 (2,3%) primaria incompleta.

Respecto a su estado civil, 75 (87,4%) pacientes se encontraban solteros en el momento del estudio, 3 (3,5%) casados, 1 (1,2%) divorciado, 4 (4,8%) separados, 2 (2,4%) en unión libre y 1 (1,2%) viuda.

En relación con la variable edad se obtuvo una mediana de 35.

9.2 Caracterización del tratamiento y del funcionamiento sexual en los sujetos

Del total de pacientes (86), en relación con la toma de medicamentos, los subdividimos en 4 grupos: los que tomaban antipsicóticos, los que tomaban antidepresivos, los que tomaban moduladores del ánimo, y los que tomaban otros medicamentos (Benzodiacepinas, anticolinérgicos y antihistamínicos); se obtuvo que, 2 pacientes no tomaban ningún medicamento, 84 (97,6%) tomaban antipsicótico, con una mediana de 26 ; 18 (20,9%) pacientes del total tomaban algún tipo de antidepresivo, 65 (75,5%) pacientes no tomaban algún antidepresivo, con una mediana de 31. En cuanto a moduladores del ánimo, 9 (10,4%) pacientes tomaban algún modulador del ánimo, mientras que 74 (86%) no tomaban algún modulador del ánimo, con una mediana de 30. Finalmente, en cuanto al grupo de otros medicamentos se encontró que 25 (29%) pacientes tomaban otros medicamentos, y 59 (68,6%) no tomaban otros medicamentos, con una mediana de 30.

Tuvimos 47 (54,6%) pacientes en monoterapia con antipsicótico, ninguno en monoterapia con antidepresivo, modulador de ánimo o con otros medicamentos. Tuvimos 18 (20,9%) pacientes en manejo con antipsicótico y antidepresivo; 9 (10,4%) de los pacientes en manejo con antipsicótico y modulador del ánimo; 13 (15,11%) en manejo con antipsicótico y otros medicamentos; 2 (2,32%) pacientes en manejo con antipsicótico, antidepresivo y modulador de ánimo; 5 (5,81%) pacientes en manejo con antipsicótico, modulador de ánimo y otros medicamentos; 6 (6,97%) pacientes en manejo con antipsicóticos, antidepresivos y otros medicamentos; y finalmente un

(1,16%) paciente en manejo con antipsicótico, antidepresivo, modulador de ánimo y otros medicamentos.

Preguntamos además, con cuál medicamento psiquiátrico se encontraban en tratamiento, obteniendo lo siguiente: 23 (26,7%) pacientes se encontraban en tratamiento actual con Paliperidona, 25 pacientes (29,1%) con Risperidona, 21 (24,4%) con olanzapina, 2 (2,3%) con Quetiapina, 23 (26,7%) con Clozapina, 2 (2,3%) con Aripiprazol, 11 (12,8%) con Sertralina, 13 (15,1%) con Clonazepam, 8 (9,3%) con ácido valproico, 5 (5,8%) con Lorazepam, 1 (1,2%) con Carbamazepina, 13 (15,1%) con Levomepromazina, 2 (2,3%) con Fluoxetina, 3 (3,5%) con Biperideno, 2 (2,3%) con Difenhidramina, 1 (1,2%) con Amisulprida, 1 (1,2%) con Clomipramina, 1 (1,2%) con Carbonato de Litio, 1 (1,2%) con Trazodona, 2 (2,3%) con Pipotiazina.

Con respecto a la entrevista en relación con las alteraciones de la sexualidad, evaluamos las respuestas de cada una de las preguntas de la *Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)* en el grupo de pacientes en general, recolectando que, con respecto a la primera pregunta: “*Comparado con la vez más placentera de su vida ¿cuánto disfrute o placer en su vida sexual experimenta ahora?*”, 32 (37,2%) pacientes respondieron la segunda opción “*poco disfrute o placer*”, de ellos 26 hombres y 6 mujeres; 25 (29,1%) la primera opción que corresponde a “*Ninguno*”, de estos 17 hombres y 8 mujeres; 22 (25,6%) la opción 3 “*algo de disfrute o placer*”, de estos 18 hombres y 4 mujeres; y 7 pacientes (8,1%) la opción de “*Mucho disfrute o placer*”, de estos 6 hombres y una mujer. En cuanto a la segunda pregunta: “*¿Con qué frecuencia mantiene actividad sexual (coito, masturbación) actualmente?*”, 30 (34,9%) de los pacientes respondieron la opción 1 “*Nunca*”, de estos 17 hombres y 13 mujeres; 29 (33,7%) la opción 3 “*A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)*”, de estos 25 hombres y 4 mujeres; 20 (23,3%) la opción 2 “*Rara vez (menos de una vez al mes)*”, de estos 18 hombres y 2 mujeres; 5 (5,8%) la opción la opción 4 “*A menudo (2 veces/ semana o más)*”, de estos fueron todos hombres; y 2 (2,3%) la opción 5 “*Diariamente*”, sólo hombres. Con la tercera pregunta “*¿con qué frecuencia desea mantener actividad sexual?*”, se encontró: 29 (33,7%) pacientes respondieron la tercera opción “*A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)*”, de estos 25 hombres y 4 mujeres; 19 pacientes (22,1%) respondieron con la primera opción “*nunca*”, de estos 10 hombres y 9 mujeres; 18 (20,9%) de los pacientes respondieron la segunda opción “*Rara vez*

(*menos de una vez al mes*)”, de estos 14 hombres y 4 mujeres; 13 (15,1%) pacientes respondieron la opción la opción 4 “ *A menudo (2 veces/ semana o más)*”, de estos 12 hombres y una mujer; y 7 (8,1%) pacientes respondieron la opción 5 “ *diariamente*”, de estos 6 hombres y una mujer.

En la cuarta pregunta “ *¿Con qué frecuencia se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasías sexuales) ahora?*”, la mayoría, 25 (29,1%) de los pacientes respondió con la segunda opción “ *Rara vez (menos de una vez al mes)*”, de estos 22 fueron hombres y 3 fueron mujeres; seguido de 22 pacientes (25,6%) que respondieron con la tercera opción “ *A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)*”, de estos 20 hombres y 2 fueron mujeres; 21 (24,4%) pacientes que respondieron con la primera opción “ *nunca*”, de estos 9 fueron hombres y 12 fueron mujeres; 12 (14%) de los pacientes respondieron con la cuarta opción “ *A menudo (2 veces/ semana o más)*”, todos fueron hombres; 6 (7%) con la quinta opción “ *diariamente*”, de estos 4 fueron hombres y 2 mujeres. Con la quinta pregunta “ *¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual?*”, se encontró que 34 (39,5%) pacientes respondieron con la primera opción “ *Nunca*”, de estos 20 fueron hombres y 14 fueron mujeres; 22 (25,6%) con la segunda opción “ *Rara vez (menos de una vez al mes)*”, de estos 18 fueron hombres y 4 fueron mujeres; 19 (22,1%) con la tercera opción “ *A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)*”, 18 hombres y una mujer; 9 (10,5%) con la cuarta opción “ *A menudo (2 veces/ semana o más)*”, todos fueron hombres; y 2 (2,3%) hombres con la quinta opción “ *diariamente*”. Con respecto a la sexta pregunta “ *¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar y fantasear acerca del sexo?*”, 30 (34,9%) pacientes respondieron con la tercera opción “ *Algo de disfrute o placer*”, de estos 26 fueron hombres y 4 fueron mujeres; 23 (26,7%) respondieron con la primera opción “ *ningún disfrute o placer*”, de estos 12 fueron hombres y 11 fueron mujeres; 22 (25,6%) pacientes respondieron con la segunda opción “ *poco disfrute o placer*”, de estos 18 fueron hombres y 4 fueron mujeres; y 11 (12,8%) hombres respondieron con la cuarta opción “ *mucho disfrute o placer*”.

Con respecto a las preguntas 7 a 12, el cuestionario ofrece preguntas diferenciales en relación al sexo, entonces, en relación con la séptima pregunta en mujeres: “ *¿Con qué frecuencia se encuentra excitada sexualmente?*”, con la opción de las siguientes

respuestas: "1. *Nunca*. 2. *Rara vez*. 3. *A veces*. 4. *A menudo*. 5. *Diariamente*", 9 mujeres (47,4%) respondieron con la primera opción, 6 pacientes (31,6%) respondieron con la segunda opción, 3 (15,8%) y 1 una paciente (5,3%) respondió la quinta opción. En cuanto a los hombres, la séptima pregunta correspondió a: "¿*Con qué frecuencia tiene una erección?*", con las mismas opciones que las mujeres; 19 (22,1%) de ellos respondieron con la primera opción, 24 (27,9%) hombres, 23 (26,7%) pacientes respondieron con la tercera opción, 15 (17,4%) respondieron con la cuarta opción, y 5 (5,8%) pacientes respondieron con la quinta opción. Con la octava pregunta, que en las mujeres fue: "¿*Se excita fácilmente?*", con la siguiente opción de respuestas: "1. *Nunca*. 2. *Rara vez*. 3. *A veces*. 4. *A menudo*. 5. *Siempre*"; se obtuvo que 11 (57,9%) mujeres respondieron con la primera opción, 6 (31,6%) pacientes respondieron con la segunda opción, 2 (10,5%) respondieron con la tercera opción; en relación con los hombres, cuya pregunta correspondió a: "¿*Alcanza una erección fácilmente?*", con las mismas opciones de respuesta que las mujeres; 12 (17,9%) pacientes respondieron con la primera opción, 21 (31,3%) respondieron con la segunda opción, 14 (20,9%) respondieron la tercera opción, 16 (23,9%) hombres respondieron la cuarta opción y 4 (6%) pacientes respondieron con la quinta opción.

En relación con la novena pregunta, en mujeres correspondió a: "¿*Tiene lubricación vaginal adecuada durante la actividad sexual?*", con las siguientes opciones: "1. *Nunca*. 2. *Rara vez*. 3. *A veces*. 4. *A menudo*. 5. *Siempre*"; 9 (47,4%) mujeres respondieron la primera opción, 4 (21,1%) respondieron la segunda opción, 3 (15,8%) de las mujeres respondieron la tercera opción, 2 (10,5%) mujeres respondieron con la cuarta opción, y 1 (5,3%) mujer respondió con la quinta opción. En cuanto a los hombres, la novena pregunta correspondió a: "¿*Es capaz de mantener una erección?*"; 11 (16,4%) de ellos respondieron con la primera opción, 27 (40,3%) respondieron con la segunda opción, 11 (16,4%) respondieron con la tercera opción, 12 (17,9%) de los hombres respondieron con la cuarta opción, y 6 (9%) respondieron con la quinta opción. Con respecto a la décima pregunta, en mujeres: "¿*Con qué frecuencia llega a la excitación y luego pierde el interés?*", con las siguientes opciones de respuesta: "1. *Nunca*. 2. *Rara vez*. 3. *A veces*. 4. *A menudo*. 5. *Siempre*"; 11 (57,9%) de las mujeres respondió con la quinta opción, 6 (31,6%) de las mujeres respondió con la cuarta opción, una (5,3%) con la segunda y una (5,3%) con la tercera opción. Mientras que, la pregunta la pregunta que correspondió a los hombres fue:

“¿Con qué frecuencia experimenta erecciones dolorosas y prolongadas?”, con las mismas opciones de respuesta que las mujeres; 62 (92,5%) de los hombres respondieron con la quinta opción, 3 (4,5%) de ellos con la tercera opción y 2 (3%) respondieron con la cuarta opción.

Y con la onceava pregunta, la cual en mujeres fue: “¿Con qué frecuencia tiene un orgasmo?”, con las siguientes opciones: “ 1. Nunca. 2. Rara vez. 3. A veces. 4. A menudo. 5. Diariamente”; se encontró que, 11 (57,9%) de las mujeres respondieron con la primera opción, 4 (21,1%) respondieron con la segunda opción y 4 (21,1%) de ellas respondieron con la tercera opción; mientras que, la pregunta en hombres correspondió a: “¿Con qué frecuencia tiene una eyaculación?”, con las mismas opciones de respuesta que las mujeres; 22 (32,8%) de los hombres respondieron con la segunda opción, 18 (26,9%) con la tercera opción, 15 (22,4%) con la primera opción, 11 (16,4%) con la cuarta opción y uno (1,5%) de ellos respondió con la quinta opción. Respecto a la doceava pregunta, que en mujeres correspondió a: “¿Es capaz de alcanzar un orgasmo cuando quiere?”, con las siguientes opciones de respuesta: “1. Nunca. 2. Rara vez. 3. A veces. 4. A menudo. 5. Siempre”; resultó que, 12 (63,2%) de las mujeres respondieron con la primera opción, 4 (21,1%) con la segunda opción, una (5,3%) mujer para cada una de las opciones tercera, cuarta y quinta. Mientras que, dicha pregunta en hombres correspondió a: “¿Es capaz de eyacular cuando quiere?”, con las mismas opciones de respuesta que las mujeres; se evidenció que 21 (31,3%) hombres respondieron con la segunda opción, 19 (28,4%) con la primera opción, 15 (22,4%) respondieron con la tercera opción, 6 (9%) hombres con la cuarta opción y 6 (9%) con la quinta opción.

Finalmente, con la pregunta número 13 “¿cuánto placer o disfrute obtiene de sus orgasmos?” , la mayoría, 25 (29,1%) de los pacientes respondieron con la segunda opción “ poco disfrute o placer”, de estos 20 fueron hombres y 5 fueron mujeres; 21 (24,4%) respondieron con la primera opción “ningún disfrute o placer”, de estos 10 fueron hombres y 11 fueron mujeres; 17 (19,8%) hombres respondieron con la tercera opción “algo de disfrute o placer”, 16 (18,6%) con la cuarta opción “mucho disfrute o placer”, de estos 15 fueron hombres y una mujer, 7 (8,1%) respondieron con la quinta opción “muchísimo disfrute o placer”, de estos 5 fueron hombres y dos fueron mujeres. Y, con la última pregunta, número 14 “¿con qué frecuencia tiene un orgasmo doloroso?”, la mayoría de los pacientes, 82 (95,3%) respondieron con la quinta opción

“nunca”, de estos 63 fueron hombres y 19 fueron mujeres, 3 (3,5%) hombres respondieron con la cuarta opción “rara vez (menos de una vez al mes)”, y 1 (1,2%) hombre respondió con la segunda opción “a menudo (a veces/semana o más)”.

9.3 Evaluación de dimensiones de la CSFQ-14

La dimensión de *deseo* que corresponde a las preguntas 2 a la 6 obtuvo un valor promedio de 11,77 puntos, un valor de mediana de 12. Esta dimensión según la sumatoria de preguntas daría un máximo de 25 puntos y un puntaje mínimo de 5, entendiendo que a mayor puntaje mayor deseo sexual.

En cuanto a la dimensión de *excitación*, que corresponde a las preguntas 7 a la 9, se obtuvo un valor promedio de 7,5 puntos, con una mediana de 7. En esta dimensión se logra un puntaje máximo de 15 y mínimo de 3.

En la dimensión que evalúa el *orgasmo*, que corresponde a las preguntas 11 a 13, se identificó un valor promedio de 7,04, con una mediana de 6,5. En esta dimensión se logra un puntaje máximo de 15 y mínimo de 3.

Y finalmente, en la dimensión de *placer y satisfacción* que se evalúa con la primera pregunta, se obtuvo un promedio de 2,12 puntos, entendiendo que el puntaje máximo posible es de 5 y el mínimo posible de 1.

9.4 Resultados de aplicación de escalas

Respecto al resultado del cuestionario *Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)*, se obtuvo un valor de mediana de 30. En relación con la Escala para los Síndromes Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS por sus siglas en inglés *Positive and Negative Syndrome Scale*) que permite evaluar la severidad de los síntomas en el momento de realizar la entrevista, se identificó un valor de mediana de 68. Lo anterior se observa en la siguiente gráfica.

La Escala para el síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS por sus siglas en inglés *Positive and Negative Syndrome Scale*) se subdivide en tres dimensiones esenciales, síntomas positivos, síntomas negativos y psicopatología general (P.G), estas tres dimensiones configuran a su vez el puntaje total de la escala, y permite evidenciar de manera detallada la presencia de severidad en cada uno de estos síntomas específicos. Por lo anterior, analizamos cada uno de los resultados de

estas tres dimensiones, de tal manera que con respecto a los síntomas positivos se encontró un valor de mediana de 13.

En cuanto a los resultados de la dimensión de síntomas negativos, PANSS negativa, se obtuvo un valor de mediana de 21 con un rango intercuartil de 5,0. Con la dimensión de psicopatología general (PG) identificó un valor de mediana de 35,5, con un rango intercuartil de 10,3. Todo lo anterior lo resumimos en la siguiente tabla.

Variables	Q1	Mediana	Q3	Rango intercuartil	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Sig.
Edad	26,0	35,0	49,0	23,0	37,2	12,2	18	59	0,000
PANSS Total	60,5	68,0	78,0	17,5	70,2	13,2	42	106	0,144
PANSS Positivo	10,0	13,0	16,0	6,0	13,5	3,9	8	26	0,001
PANSS Negativo	18,0	21,0	23,0	5,0	20,8	4,4	10	34	0,223
PANSS PG	30,8	35,5	41,0	10,3	35,9	7,0	21	57	0,492
CSFQ-14 Putaje total	21,0	30,0	41,3	20,3	30,8	11,6	14	60	0,004

Tabla 2. Resumen de medidas de resultados de las principales variables analizadas.

9.5 Resultados de correlación de variables

Población total

Con respecto a la asociación de variables entre la PANSS Total versus la CSFQ-14 total se determinó que, según la correlación de Pearson entre ambas variables, hay una relación inversamente proporcional, puesto que el sig bilateral no es menor a 0.05 (0.059), por lo anterior se entiende que hay una tendencia de asociación que no es significativa.

Con la asociación de las variables PANSS Positivo versus CSFQ 14 total, la correlación de Pearson evidencia una interacción inversamente proporcional, donde

el sig bilateral no es menor a 0.05 (0.172), por lo que no es una correlación significativa.

Según la variable PANSS PG versus la variable CSFQ 14, en términos de la correlación de Pearson, la relación es inversamente proporcional, por lo anterior, tampoco es estadísticamente significativa, debido a que el sig bilateral no es menor a 0.05 (0.294).

Finalmente, con respecto a las variables PANSS Negativo versus la variable CSFQ-14, se evidencia una correlación inversamente proporcional, con un sig bilateral de 0.005, por lo que, esta asociación si es significativa, debido a que es un valor menor a 0.05. Lo anterior se evidencia en el siguiente gráfico.

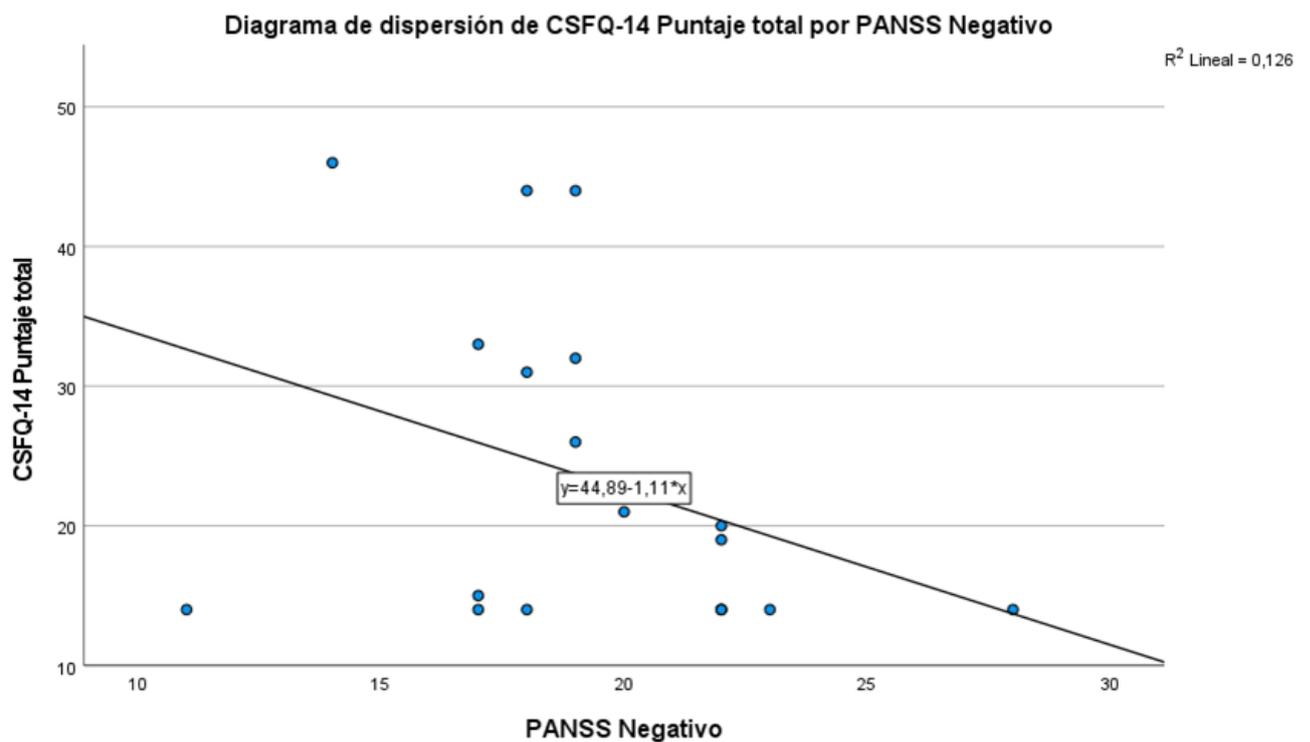


Gráfico 1. Correlación de variables CSFQ-14 total versus PANSS Negativo.

Se realizó un análisis de los componentes de la CSFQ-14 (deseo, excitación, orgasmo, etc) y PANSS negativo, evidenciando una relación inversa entre el orgasmo y los síntomas negativos, la cual tiene un sig. bilateral menor a 0.05 (0.017). También la asociación con la excitación fue inversa teniendo una sig. bilateral menor a 0.05

(0.018). En cuanto al deseo, su relación también fue inversa, pero con un sig. bilateral mayor a 0.05 (0.056).

Hombres

En el análisis estadístico entre el resultado PANSS Total y la CSFQ 14 se evidencia una correlación inversa según la Correlación de Pearson, donde el sig. bilateral es menor a 0.05 (0.014) haciendo de esta estadísticamente significativa. De esta misma forma el PANSS Negativo tiene una correlación inversamente proporcional a la CSFQ-14 estadísticamente significativa con un sig. bilateral menor a 0.05 (0.001).

Por otro lado, el PANSS PG tiene correlación inversa con la CSFQ-14 con un sig bilateral que no es menor a 0.05 (0.117), por lo que no es significativo. Al igual que esta, el PANSS Positivo tiene una correlación inversa y un sig. mayor a 0.05.

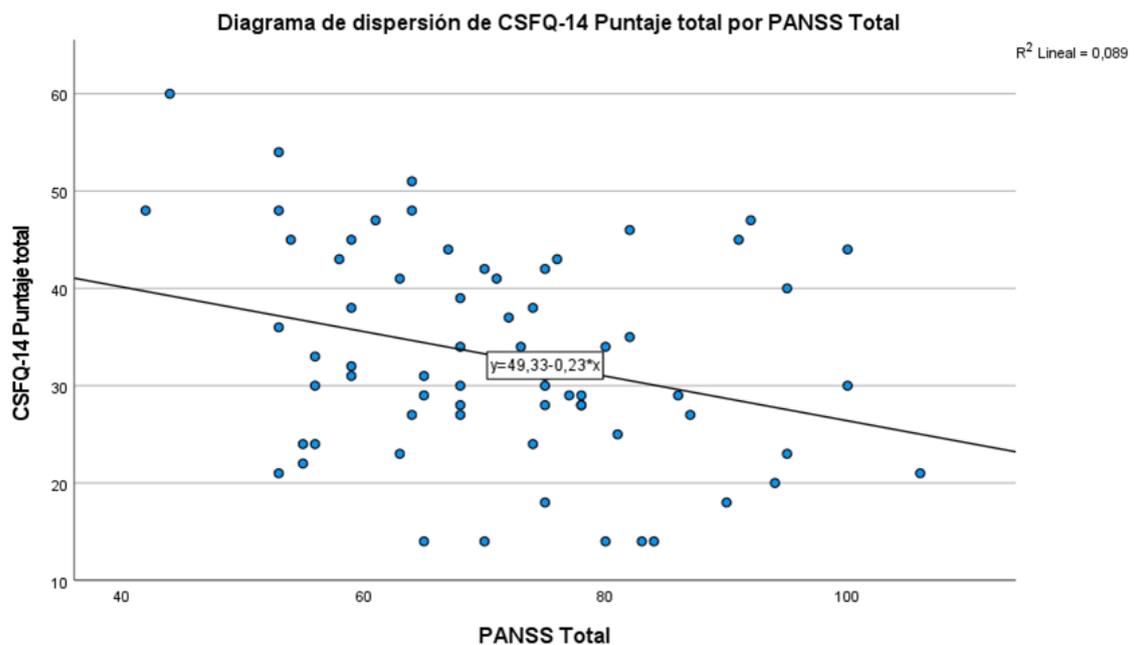


Gráfico 2. Correlación de variables CSFQ-14 total versus PANSS Total en hombres.

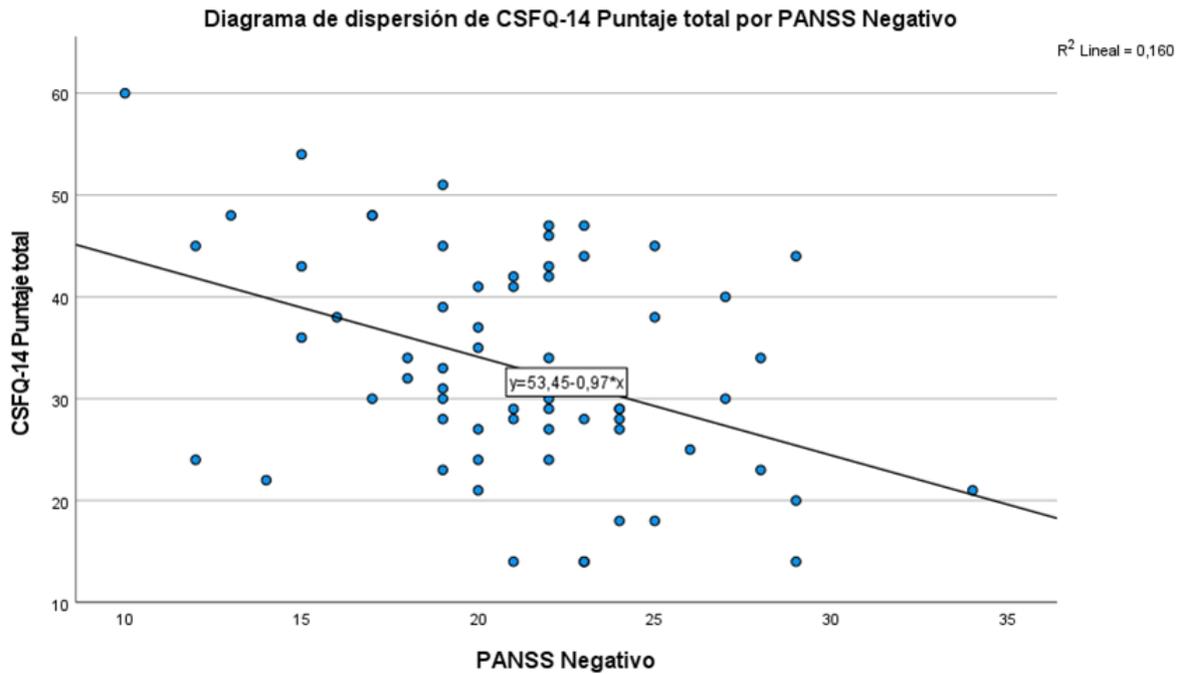


Gráfico 3. Correlación de variables CSFQ-14 total versus PANSS Negativo en hombres.

Mujeres

Con respecto a las mujeres, la correlación entre las variables PANSS Total y CSFQ 14 total, muestra una relación inversamente proporcional, según la correlación de Pearson, con un sig bilateral que no es menor a 0.05 (0.373), por lo que no es estadísticamente significativa.

En relación con las variables PANSS Positivo y la CSFQ-14, se evidenció una interacción directamente proporcional, con un sig bilateral mayor a 0.05 (0.943), por lo que se considera no significativo.

Con las variables PANSS PG versus CSFQ-14, existe una correlación inversamente proporcional, mediante la asociación de Pearson, con un sig bilateral que es mayor a 0.05 (0.569), considerándose por ende no significativo.

Finalmente, relacionando la variable PANSS Negativo con la variable CSFQ-14, se encontró una correlación inversamente proporcional según la correlación de Pearson, y no es estadísticamente significativo, porque el sig bilateral es mayor a 0.05 (0.136).

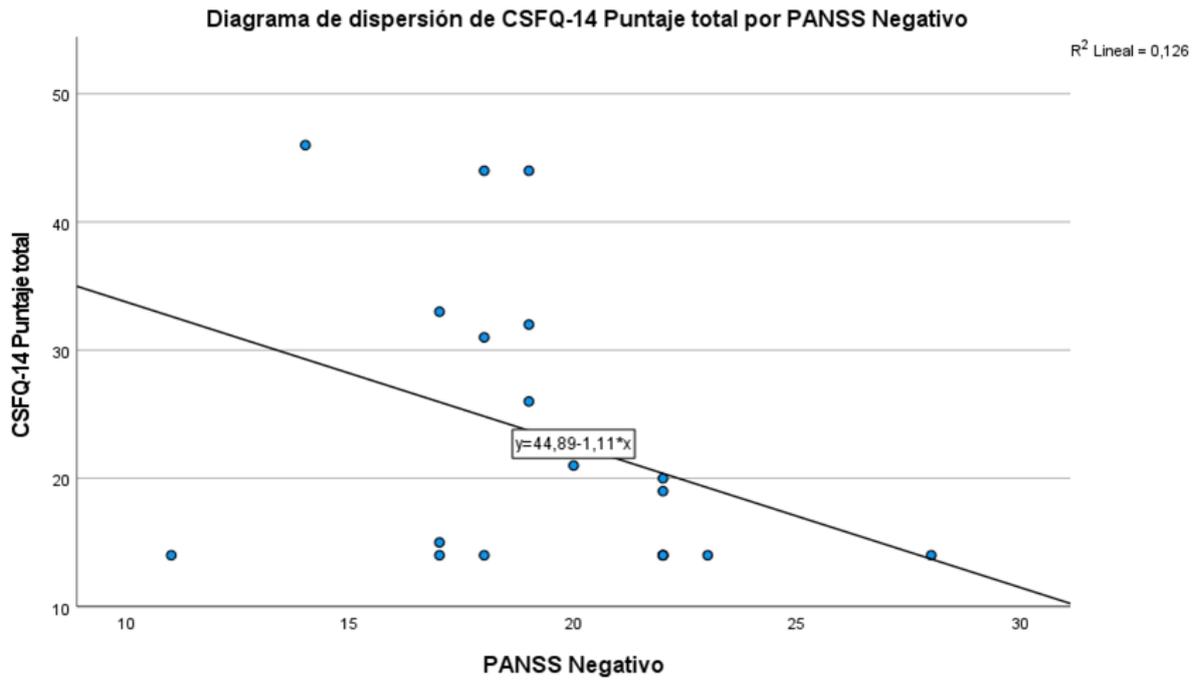


Gráfico 4. Correlación en mujeres de variables PANSS Negativo versus CSFQ-14.

Medicamentos y la CSFQ-14

En cuanto al estudio bivariado entre la escala CSFQ-14 y los grupos de medicamentos usados por los pacientes, se evidencia una asociación inversa entre el uso de antidepresivos y el funcionamiento sexual evaluado (estadístico de prueba estandarizado -2.613). Además, se encuentra que la significación estadística de esta es significativa (sig. asintótica 0.009).

Prueba U de Mann-Whitney para muestras ...

Antidepresivo

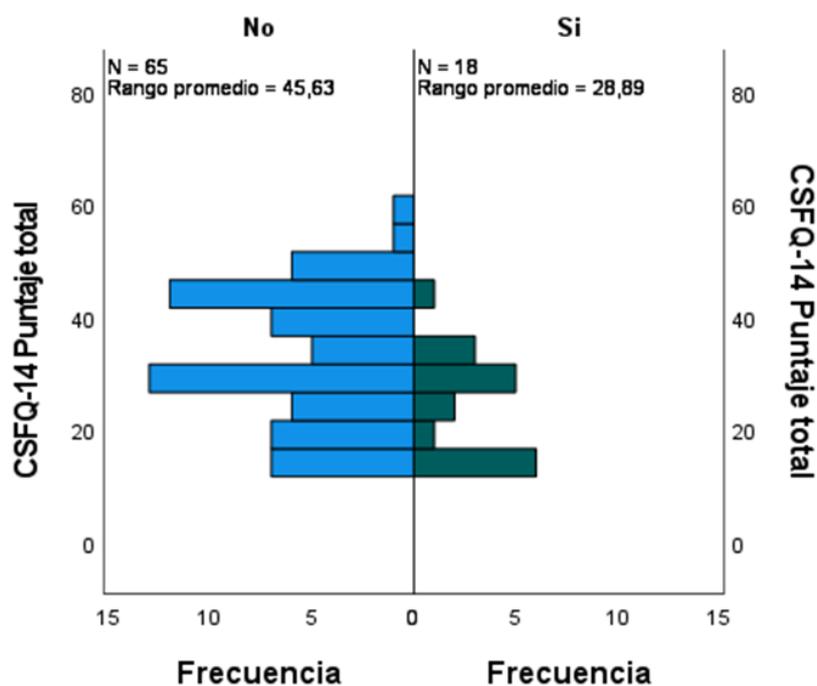


Gráfico 5. Correlación entre puntaje de CSFQ-14 y uso de antidepresivos.

La comparación con los antipsicóticos evidencia una asociación directa con el puntaje de CSFQ-14 (estadístico de prueba estandarizada 0.704) el cual no tiene una significación estadística (sig. asintótica 0.509). Con respecto a los moduladores del ánimo, su asociación fue inversa con la CSFQ-14 (estadístico de prueba estandarizada -0.286) sin evidenciar una significación estadística (sig. asintótica 0.775). Por último, el grupo de otros medicamentos en asociación con la CSFQ-14 no tuvo significación estadística (sig. asintomática 0.593) ante una asociación inversa entre ambas (estadístico de prueba estandarizada -0.534).

En cuanto al uso de antidepresivos se realizó una comparación con los componentes de la CSFQ-14 (deseo, excitación, orgasmo, etc). Se determinó en el deseo sexual una asociación inversa y estadísticamente significativa pues el sig. bilateral era menor a 0.05 (0.041). Respecto a la excitación la relación con el uso de estos medicamentos fue inversa y estadísticamente significativa con un sig. bilateral de 0.05. De igual

forma el orgasmo también obtuvo una relación inversa con el uso de antidepresivos y una adecuada significación estadística teniendo el sig. bilateral menor a 0.05 (0.008).

9.6 Asociación entre disfunción sexual y las características de los sujetos

En cuanto a la presencia de disfuncionalidad sexual, la escala CSFQ-14 muestra que a menor puntaje mayor disfuncionalidad y a mayor puntaje menor disfuncionalidad. Sin embargo, existe un puntaje de corte específico para mujeres y para hombres: siendo un puntaje menor a 47 en hombres y menor a 41 en mujeres, un indicador que sugiere disfunción sexual global.

Según lo anterior, del total de los hombres (67), 61 (91%) presentaron una disfunción sexual global, mientras que sólo 6 (8,9%) no presentaron disfunción sexual global. En relación con las mujeres, del total de ellas (19), 16 (84,2%) presentaron disfunción sexual global, mientras que sólo 3 (15,7%) no presentaron disfunción sexual global.

Quisimos correlacionar estos resultados con algunas variables sociodemográficas, y otras como con el grupo de pacientes que tomaban antidepresivos, antipsicóticos y finalmente con los síntomas negativos evaluados por la escala PANSS.

Hombres

En relación con la edad, los hombres que presentaron disfunción tuvieron un promedio de 36,92 años (33,75- 40,08), una mediana de 35 años. Mientras que los hombres que no presentaban disfunción tuvieron un promedio de edad de 30,67 años (26,65 – 34,69), y una mediana de 30,50. La relación del puntaje en hombres con la edad tiene una relación inversamente proporcional, con una significación estadística en los pacientes con disfunción teniendo el sig. bilateral menor a 0.050 (0,040); mientras que en los pacientes sin disfunción no tuvo significación estadística pues el sig. bilateral no fue menor a 0.050 (0.200). Lo anterior se muestra en la siguiente gráfica.

Prueba U de Mann-Whitney para muestras ...

CSFQ 14 Puntaje Total dicotomizado hombres

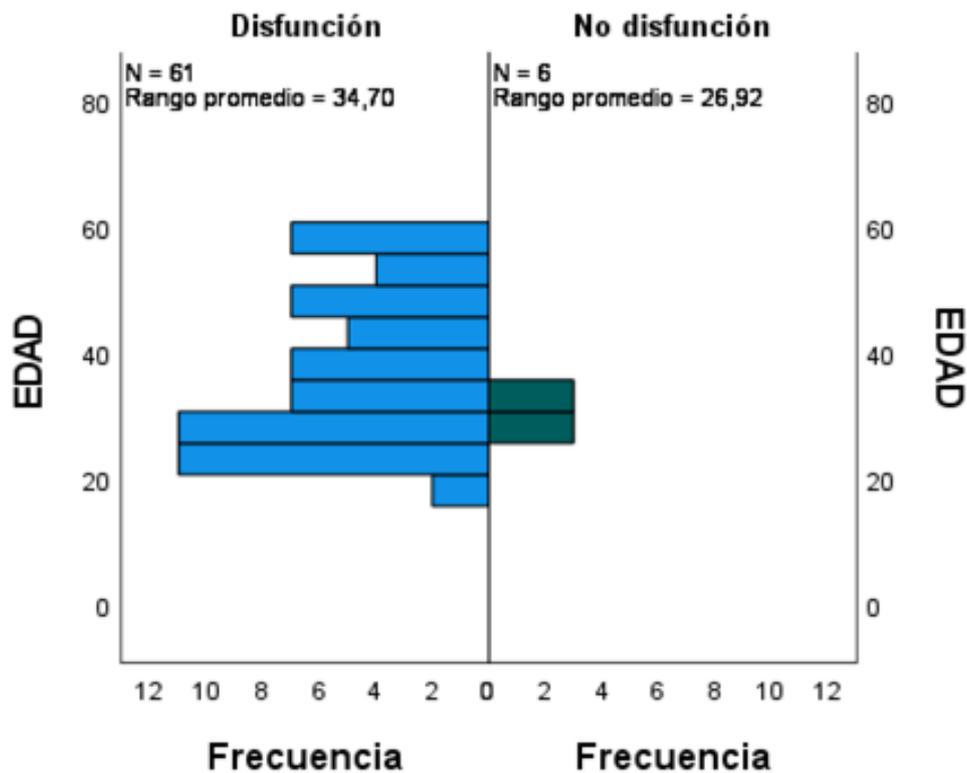


Gráfico 6. Relación pacientes hombres con y sin disfunción sexual según CSFQ-14 y edad.

En relación con la escolaridad, de los pacientes con disfunción 29 (47,5%) realizaron el bachillerato completo, 18 (29,5%) bachillerato incompleto, 3 (4,9%) pregrado completo, 3 (4,9%) pregrado incompleto, 6 (9,8%) técnico completo y 2 (3,3%) técnico incompleto. Mientras que los pacientes sin disfunción, 2 (33,3%) realizaron el bachillerato completo, 1 (16,7%) pregrado completo, 2 (33,3%) pregrado incompleto y 1 (16,7%) técnico completo. No hubo asociación con escolaridad y el puntaje en hombres que indica disfunción, además no es significativamente estadística según la prueba de chi-cuadrado de Pearson debido a que no presenta una sig. bilateral menor a 0.050 (0,087).

En cuanto a la variable de estado civil, se obtuvo que, en los pacientes con disfunción, 1 (1,6%) se encontraba divorciado, 4 (6,4%) separados, 56 (91,9%) solteros. Mientras

que, en los pacientes sin disfunción, 5 (83,4%) eran solteros, y 1 (16,7%) se encontraba en unión libre. No hubo ningún grado de asociación entre la variable de estado civil y el valor de puntaje dicotomizado. Según la prueba de chi-cuadrado de Pearson la relación tuvo una adecuada significación estadística pues presentó un sig. bilateral menor a 0.050 (0.011).

En relación con la toma de antipsicóticos, 59 (96,7%) de los pacientes tomaba algún antipsicótico, y 2 (3,3%) no tomaba antipsicótico. Mientras que, todos los pacientes sin disfunción, 6 (100%) tomaban algún antipsicótico. No hubo correlación entre estas variables, según prueba de chi-cuadrado de Pearson tampoco hubo significación estadística pues no tuvo un sig. bilateral menor de 0,050 (0,652). Respecto a la toma de antidepresivos, de los pacientes con disfunción sexual: 46 (78%) no tomaban algún antidepresivo, mientras que 13 (22%) si tomaban algún antidepresivo. Mientras que, en los pacientes sin disfunción, 6 (100%), ninguno de ellos tomaba antidepresivo. No hubo correlación entre ambas variables, ni significación estadística según Chi-cuadrado de Pearson pues tuvo un sig. bilateral mayor de 0,050 (0,199).

Finalmente, en relación con el puntaje de PANSS Negativo, los pacientes con disfunción sexual global tuvieron un puntaje promedio de 21,77 (20,71-22,83), con una mediana de 22. Mientras que en los pacientes sin disfunción sexual global hubo un puntaje promedio de 15,17 (11,76-18,58), una mediana de 16. Estas variables tuvieron una correlación inversamente proporcional (estadístico de prueba estandarizado $-3,340$) con una significación estadística con un sig. bilateral menor a 0,050 (0,001). Lo anterior se muestra en la siguiente gráfica.

Prueba U de Mann-Whitney para muestras ...

CSFQ 14 Puntaje Total dicotomizado hombres

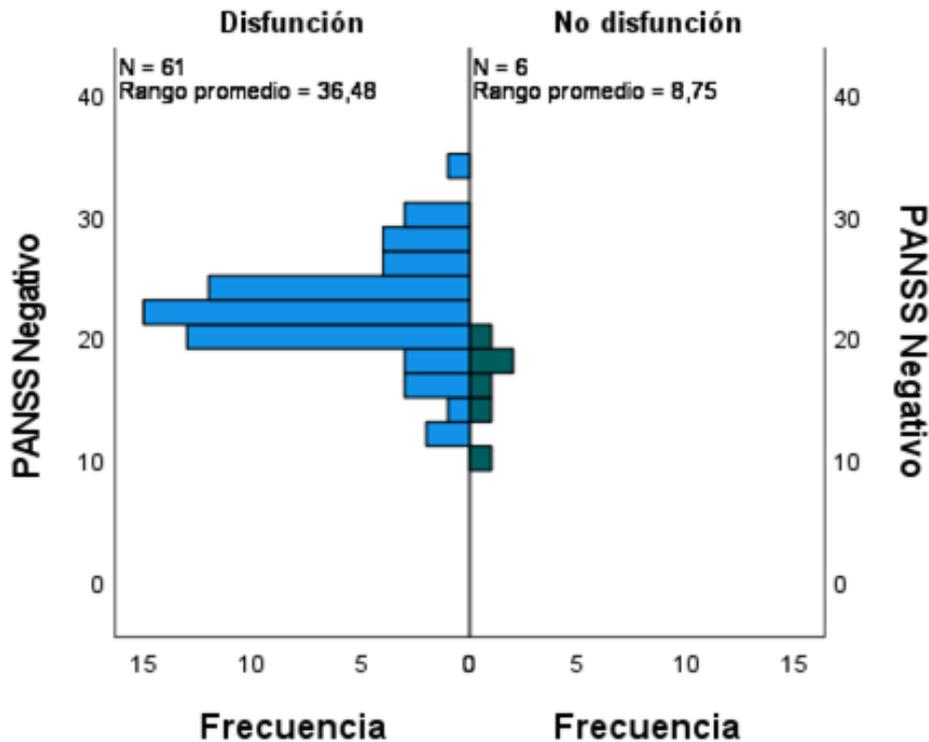


Gráfico 7. Relación entre pacientes hombres con o sin disfunción y puntaje de PANSS Negativo.

Mujeres

En relación con la edad, las mujeres que presentaron disfunción tuvieron un promedio de edad de 41,81 (34,88- 48,75), con una mediana de 48,50. Mientras que las que no presentaron disfunción tuvieron un promedio de edad de 31 (3,01 – 58,99), una mediana de 37. Debido al bajo número de muestra en las mujeres no se puede calcular si hay o no una asociación o comparación entre las variables.

En cuanto a la escolaridad, en pacientes con disfunción, 9 (56,3%) realizaron el bachillerato completo, 3 (18,8%) bachillerato incompleto, 2 (12,5%) primaria incompleta, 1 (6,3%) técnico completo, y 1 (6,3%) técnico incompleto. No se encontró una comparación ni una relación estadística significativa según chi-cuadrado de Pearson, pues no tuvo una sig. bilateral menor de 0,050 (0,587).

En cuanto al estado civil, de las pacientes que presentaron disfunción, 3 (18,8%) estaban casadas, 12 (75,2%) se encontraban solteras, y 1 (6,3%) era viuda. Mientras que, en las pacientes sin disfunción sexual, 2 (66,6%) eran solteras y 1 (33,3%) se encontraba en unión libre. No se encontró comparación entre variables ni significación estadística medida por Chi-cuadrado de Pearson pues no tenía una sig. bilateral menor a 0,05 (0,440).

En relación a la toma de antipsicóticos, todas las pacientes con disfunción y sin disfunción tomaban antipsicóticos, es decir, es una constante. No se encontró comparación alguna entre variables ni significación estadística. En cuanto a los antidepresivos, de las pacientes con disfunción 10 (66,7%) no tomaban antidepresivos, mientras que 5 (33,3%) si tomaban algún antidepresivo. Mientras que ninguna de las pacientes sin disfunción (3) tomaba algún antidepresivo. No se encontró relación entre variables, ni significación estadística medida por Chi-cuadrado de Pearson pues no tenía una sig. bilateral menor a 0,05 (0,239).

Finalmente, en relación con el puntaje de PANSS Negativo, en las pacientes con disfunción hubo un puntaje promedio de 19,81 (17,82-21,81), con una mediana de 19,50. En las pacientes sin disfunción se obtuvo un puntaje promedio de PANSS Negativo de 17 (10,43-23,57), mediana de 18. En ambos grupos, pacientes con disfunción y sin disfunción, no hubo correlación, y tampoco fue estadísticamente significativa, en el grupo con disfunción no se obtuvo significación estadística medida por Chi-cuadrado de Pearson pues no tenía una sig. bilateral menor a 0,05 (0,200), y en el grupo sin disfunción no se logró medir por un bajo número de pacientes en esa categoría.

De los pacientes con disfunción sexual, la mayoría tomaba algún antidepresivo, mientras que de los pacientes hombres que no presentaron disfunción sexual, ninguno tomaba antidepresivo; dichos hallazgos sugieren que el uso combinado de antipsicóticos y antidepresivo tiene mayor impacto en la función sexual, pues hubo pacientes en combinación con antipsicótico en un mayor porcentaje.

10. Discusión

Se obtuvo una muestra total de 86 pacientes donde no se alcanzó el "n" propuesto en primer lugar. Sin embargo, se obtuvieron resultados sugerentes y con significación que permite pensar en posibles asociaciones. De dichos pacientes 78% eran

hombres, con una edad promedio de 35 años, donde la mayor parte de la muestra tenía escolaridad con estudios de bachillerato completo, eran solteros y correspondían al estrato socioeconómico 2 de Colombia. Esta población deja entrever, como en estudios previos, un predominio en pacientes esquizofrénicos de estado civil soltero o divorciado, y tender a tener mayor edad. Lo anterior como una variable a tener en cuenta en el compromiso del funcionamiento sexual, debido a la dificultad en la integración social y el convivir en pareja⁸.

Las mujeres incluidas en el estudio correspondieron al 22%, siendo una menor proporción a la prevista en la muestra de la problemática estudiada. Por ende, se requieren estudios cuya muestra femenina sea significativa para dilucidar hipótesis, lo cual se puede obtener obteniendo una muestra ideal específica para hombres y mujeres.

Los estudios que utilizan entrevistas estructuradas o cuestionarios de autoinforme han demostrado que entre el 16 y 60% de los pacientes que utilizan antipsicóticos experimentan disfunciones sexuales²⁹. La mayoría de los pacientes tomaba algún tipo de antipsicótico, de éstos los 4 más usados en orden fueron: Risperidona, Clozapina, Paliperidona y Olanzapina; que a su vez son de los antipsicóticos que más se asocian con alteraciones en la sexualidad en distintos estudios²⁹. En un estudio realizado en España, con una muestra de 57 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia en manejo con monoterapia con antipsicótico, se evidenció que los antipsicóticos que más comprometían la función sexual fueron Risperidona, Paliperidona, Olanzapina y Clozapina, asociado además a una alta concentración de prolactina en sangre⁸.

En cuanto a la escala CSFQ-14 se obtuvo un valor de mediana de 30, el cual es por debajo del esperado tanto en hombres (un score por debajo de 47) como en mujeres (score menor de 41), sugiriendo por ende una disfunción sexual global en el total de la muestra obtenida. Se observa además disfunción en cada una de las dimensiones evaluadas por la escala (deseo, orgasmo, placer y satisfacción), con puntajes por debajo del 50% del total esperado, excepto para la dimensión de excitación que alcanza el 50% del puntaje total. Un metaanálisis muestra que del 12 al 38% de los pacientes que usan antipsicóticos experimentan una reducción del deseo sexual (mayor con Clozapina en comparación con el Aripiprazol)³⁰. En este mismo

metaanálisis se evidencia que entre el 4% y el 49% de los pacientes que utilizan antipsicóticos experimentan un compromiso en el orgasmo.

Con respecto a la escala PANSS, la mediana del puntaje total fue de 68, el cual fue bajo, lo que significa que la severidad de los síntomas en nuestros pacientes no fue significativo, es decir, eran pacientes cuyos controles se realizaban por consulta externa y no se encontraban en un rango temporal de menos de un mes de egreso de hospitalización. En cuanto al PANSS Negativo y Positivo, con resultados de mediana de 21 y 13 respectivamente, también se obtuvieron puntajes bajos para ambas subdivisiones de la escala, mostrando así poca severidad en la presencia de síntomas positivos y negativos en nuestra muestra.

Al correlacionar diversas variables anteriormente mencionadas, nuestro primer hallazgo fue una relación inversamente proporcional pero significativa entre la variable de la entrevista CSFQ-14 y la subdivisión de síntomas negativos del PANSS, demostrando una clara correlación entre la presencia de síntomas negativos y de disfunción sexual global. Lo mismo sucede con el PANSS Total y el PANSS Negativo versus la CSFQ-14 en hombres, ambas son significativas, e inversamente proporcionales. Mientras que en las mujeres ninguna correlación del PANSS con la CSFQ-14 fue de significación estadística. Lo anterior puede deberse a que nuestra población femenina en el estudio fue de menor proporción, como mencionamos previamente.

Lo anterior lleva a considerar que el diagnóstico de esquizofrenia, y en especial los síntomas negativos que conlleva, se relacionan con la disfunción sexual en las áreas de deseo, excitación y orgasmo en nuestra muestra. Estos hallazgos se pueden sumar al conocimiento previo en la reducción del deseo sexual en estos pacientes mediada por los síntomas negativos²⁹.

También se encontró que en el estudio bivariado entre la escala CSFQ-14 y los grupos de distintos psicofármacos, existía una importante significación estadística con una asociación inversa, en los pacientes que tomaban algún tipo de antidepresivo. Contrario a los pacientes que tomaban antipsicóticos, en donde, a pesar de que la asociación fue directa, no fue significativa.

Respecto a la asociación entre antidepresivos y la disfunción sexual se detalló cuales componentes de la CSFQ-14 eran más afectados por la medicación. Se estableció entonces que el orgasmo y el deseo eran afectados negativamente por estos fármacos, siendo la excitación un componente con la significación estadística justo en el punto de corte, por lo cual una muestra mayor podría esclarecer su repercusión. Estos resultados son relevantes puesto que se ha establecido previamente que los antidepresivos con acción serotoninérgica llevan a variables niveles de disfunción sexual (leve-severo) donde predomina la anorgasmia o el orgasmo retardado con más del 60% de prevalencia, y la alteración en la excitación con 30% de prevalencia ³². Específicamente, la disfunción sexual inducida por ISRS puede llegar a tener una incidencia de hasta 80% ³³, una clase de antidepresivos predominantes en nuestra muestra.

En relación con los estabilizadores del estado de ánimo, se han utilizado para aumentar los efectos de los fármacos antipsicóticos para la esquizofrenia, sin embargo la evidencia en torno a este uso en específico es limitada. Su uso se asocia a fracaso en la monoterapia con antipsicóticos y síntomas de enfermedad más grave, además la mayoría de los pacientes requerían una dosis mayor de los antipsicóticos con los que se encontraban en manejo³¹. Es por lo anterior que el uso de los moduladores del ánimo se asocia con disfunción sexual³¹. En nuestro estudio, sucedió que la relación con los pacientes que tomaban moduladores de ánimo y otro tipo de medicamentos, tampoco tuvo significación estadística.

Según el punto de corte de la escala, sólo 6 (8,9%) pacientes hombres de 67 no presentaron disfunción sexual global, mientras que sólo 3 (15,7%) mujeres de 19, no presentaron disfunción sexual. Lo anterior muestra la baja proporción en nuestra muestra de pacientes sin disfunción sexual, en el caso de las mujeres, este bajo número no permitió medir de manera adecuada otras correlaciones.

Los hombres que no presentaron disfunción sexual fueron más jóvenes que los que si presentaron disfunción, teniendo los primeros una mediana de 30,5, mientras que los segundos una mediana de 35, teniendo sólo significación estadística en los pacientes con disfunción. La mayoría de los pacientes con disfunción 29 (47,5%) realizaron el bachillerato completo, al igual que los pacientes sin disfunción 2 (33,3%),

sin embargo, no se encontró ninguna asociación estadísticamente significativa en alguno de los dos grupos. La mayoría de los pacientes con y sin disfunción se encontraban solteros, la mayoría de los pacientes con disfunción tomaba algún antipsicótico, y todos los pacientes sin disfunción tomaban algún antipsicótico, lo que también lleva a pensar en otras causas asociadas a la presencia de disfunción en la sexualidad, además del uso del antipsicótico. Además, los pacientes con disfunción tuvieron un puntaje mayor en la escala PANSS Negativo, con una relación estadísticamente significativa, lo que demuestra que la relación entre la severidad de los síntomas negativos y el compromiso de la funcionalidad sexual persiste en este punto de corte.

El promedio de las mujeres que no presentaron disfunción fue de menor edad que las que presentaron disfunción; la mayoría de las pacientes con y sin disfunción se encontraban solteras y realizaron el bachillerato completo, todo lo anterior sin evidencia de correlación ni con significación estadística en nuestro estudio. En relación con la toma de antipsicóticos, todas las pacientes con disfunción y sin disfunción tomaban antipsicóticos, es decir, es una constante. En cuanto a la toma de antidepresivo, ninguna de las pacientes sin disfunción sexual tomaba antidepresivo, y la mayoría de las pacientes con disfunción tampoco tomaban antidepresivos. Esto, de nuevo, detalla que la relación entre la toma de antipsicótico junto a la toma de antidepresivo es lo que en su mayoría comprometió el funcionamiento sexual en nuestros pacientes asociado a un peor puntaje en la CSFQ-14. En cuanto al puntaje PANSS Negativo, en promedio, las pacientes con disfunción tuvieron un mayor puntaje que las pacientes sin disfunción. Sin embargo, debido a la baja muestra femenina en nuestro estudio, no hubo significación estadística ni correlación entre estas variables.

En este orden de ideas el campo de la sexualidad, específicamente en la población detallada, tiene múltiples variables a ser consideradas e investigadas. Esta área de estudios debe ser tenida en cuenta por una mayor cantidad de clínicos para favorecer el abordaje integral de los pacientes en su proceso salud enfermedad y tener una adecuada adherencia.

11. Limitaciones

En la realización del presente estudio se encontraron inconvenientes más allá de los previstos debido a los acontecimientos en salud pública por la pandemia de SARSCOV2. Dichos acontecimientos y las restricciones en la movilidad en las ciudades de Colombia limitaron el reclutamiento de pacientes tal y como estaba previsto. Aunque pudimos solventar esta dificultad virando hacia el reclutamiento virtual, esta transición significó gran incertidumbre y una disminución en el reclutamiento de individuos.

Debido a lo anterior, el número de pacientes a ser captados no fue alcanzado y especialmente el número de mujeres en el estudio fue escaso. En este orden de ideas las asociaciones y los datos obtenidos deben analizarse bajo estas consideraciones puesto que ante una muestra más representativa las asociaciones y la significación de las mismas pueden variar. Esta situación modificó la precisión de la estimaciones a 7,6%. Es importante tener en cuenta que los resultados del presente trabajo solo son inferibles a la población objeto de estudio y que por las características del muestreo, el uso de esta información para tomar decisiones en escenarios diferentes no está sustentada.

Por otro lado, los análisis bivariados realizados con los medicamentos usados por los pacientes tuvieron en cuenta el tipo de fármaco, pero no su dosis o la cronicidad de su uso. Esto hubiera podido brindar un análisis más detallado de su asociación con la disfunción sexual puesto que muchos antipsicóticos, por ejemplo, pudieron ser usados con dosis hipnóticas y no antipsicóticas.

12. Conclusiones

En conclusión, el funcionamiento sexual es un componente poco estudiado y abordado en la práctica clínica y es una instancia importante en la calidad de vida de las personas. Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tienen múltiples dificultades en el funcionamiento personal, social y laboral, por lo cual abordarlos integralmente, incluido el funcionamiento sexual, puede favorecer su bienestar y disminuir el padecimiento.

En la muestra de pacientes obtenidos de la consulta externa de la Clínica Nuestra Señora de La Paz de Bogotá se encontró la mayoría de estos presentaban algún grado de disfunción sexual. Se encontró que el 91% de los hombres presentaron esta condición al igual que el 84,2% de las mujeres entrevistadas. Además se encontró

una asociación significativa entre la mayor presencia de síntomas negativos y la disfunción sexual medible por la escala CSFQ-14. De igual forma, el uso de antidepresivos en los pacientes de esta muestra, de los cuales más del 90% tomaban antipsicóticos, se asocia con el empeoramiento del funcionamiento sexual.

Por último, dado que la muestra deseada fue parcialmente obtenida, y se obtuvo una disminuida proporción de mujeres, la fiabilidad de nuestros resultados para algunas poblaciones debe ser interpretada con precaución.

13. Referencias

1. Tambiah Y. SEXUALIDAD Y DERECHOS HUMANOS. 1995;41–59.
2. Campo-arias A. Novedades, críticas y propuestas al DSM-5: el caso de las disfunciones sexuales, la disforia de género y los trastornos parafílicos. 2016;7(1):56–64.
3. Colón Vilar G, Concepción E, Galynker I, Tanis T, Ardalán F, Yaseen Z, et al. Assessment of Sexual Fantasies in Psychiatric Inpatients With Mood and Psychotic Disorders and Comorbid Personality Disorder Traits. *J Sex Med* [Internet]. 2016;13(2):262–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.020>
4. Östman M, Björkman AC. Schizophrenia and relationships: The effect of mental illness on sexuality. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2013;7(1):20–4.
5. Jimenez R. La génesis de las parafilias sexuales y la homosexualidad egodistónica: El modelo de los Mecanismos tensionales. *Av en Psicol Latinoam*. 2012;30(1):14.
6. Montiel A F. RESPUESTA SEXUAL HUMANA, CURSO OPTATIVO DE FORMACIÓN GENERAL “SEXUALIDAD, FERTILIDAD Y PROCREACIÓN”. Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile- Escuela de Medicina;
7. Posada Correa AM, Andrade Carrillo RA, Suarez Vega DC, Gómez Cano S, Agudelo Arango LG, Tabares Builes LF, et al. Sexual and Reproductive Health in Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2018;(x x):1–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.04.007>

8. Blanco M. Factores de disfunción sexual en pacientes con esquizofrenia tratados con antipsicóticos de segunda generación: no solo prolactina. 2018;46(6):1–9.
9. Bocarejo JD, Hernández FG, Del A, Vargas P. “Poder y placer: ¿cuál es el impacto que la interseccionalidad entre género y clase social tiene sobre las prácticas sexuales? Un estudio comparativo en torno a la infidelidad, sexo casual, uso de lencería, ataduras e inmovilizaciones, piropos, sexo oral, . 2011;
10. Jager J, McCann E. Psychosis as a Barrier to the Expression of Sexuality and Intimacy: An Environmental Risk? *Schizophr Bull.* 2017;43(2):sbw172.
11. Lara JLT. Historia de la sexualidad en México. Secuencia. 2008. p. 255.
12. Toro MPC, Macías MÁ, Pedroza MEM. Sexuality: From Taoism to Chinese medicine. *Rev Int Acupunt* [Internet]. 2018;12(2):62–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.acu.2018.07.001>
13. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. *Hum Reprod Program* [Internet]. 2013; Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
14. Legal I de M. Pericias Psiquiátricas O Sexuales. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2013.
15. Kelly DL, Conley RR. Sexuality and schizophrenia: A review. *Schizophr Bull.* 2004;30(4):767–79.
16. Díaz-Morfa J. The schizophrenic patients and their sexuality: Sexual behaviors and disorders. *Psiquiatr Biol* [Internet]. 2006;13(1):22–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1134-5934\(06\)75334-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1134-5934(06)75334-9)
17. Espitia-De La Hoz FJ. Prevalence and characterisation of sexual dysfunctions in women, in 12 Colombian cities, 2009-2016. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2018;69(1):9–21.
18. Napoleón VSA, Stefania CVE. Esquizofrenia y sexualidad en pacientes del instituto psiquiátrico “Sagrado Corazón”, Quito, 2018. *Univ Nac Chimborazo* [Internet]. 2018;1. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1381/1/UNACH-EC-AGR-2016-0002.pdf>

19. Marchal-Bertrand L, Espada JP, Morales A, Gómez-Lugo M, Soler F, Vallejo-Medina P. Adaptation, validation and reliability of the Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire in a Colombian sample and factorial equivalence with the Spanish version. *Rev Latinoam Psicol [Internet]*. 2016;48(2):88–97. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rlp.2016.01.001>
20. Lally J, Sahl A Bin, Murphy KC, Gaughran F, Stubbs B. Serum Prolactin and Bone Mineral Density in Schizophrenia: A Systematic Review. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2019;17(3):333–42.
21. Matei V. Prolactin Level in Patients with First Episode Schizophrenia Treated for One Year with Atypical Antipsychotics. *Acta Endocrinol*. 2018;14(4):483–90.
22. Wasnik V, Khess CRJ, Munda S, Bijali S. Serum prolactin level and its correlation with psychopathology in drug free/drug naïve schizophrenia a case control study. *Asian J Psychiatr [Internet]*. 2019;39(August 2018):1–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.11.002>
23. Keller A, McGarvey EL, Clayton AH. Reliability and construct validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14). *J Sex Marital Ther*. 2006;32(1):43–52.
24. Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Fonseca E, Al-Halabi S, Bobes-Bascaran MT, Arrojo M, et al. Psychometric properties of the spanish version of the changes in sexual functioning questionnaire short-form (CSFQ-14) in patients with severe mental disorders. *J Sex Med*. 2011;8(5):1371–82.
25. Vallejo-Medina P, Guillén-Riquelme A, Sierra JC. Psychometric properties of the spanish version of the changes in sexual functioning questionnaire-short-form (CSFQ-14) in a sample of males with drug abuse history. *Sex Disabil*. 2010;28(2):105–18.
26. Vallejo-Medina P, Sierra JC. Adaptation, equivalence, and validation of the changes in sexual functioning questionnaire-drugs in a sample of drug-dependent men. *J Sex Marital Ther*. 2013;39(4):368–84.
27. Castillejos MC, Martín-Pérez C, Moreno-Küstner B. Incidence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *Schizophr Res*. 2019; 204:458–9.

28. Kessler, R. C., Abelson, J., Demler et al. Clinical calibration of DSM -IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI). 2004. p. 13(2), 122–139.
29. Marrit K. de Boer, Stynke Castelein, Durk Wiersma, Robert A. Schoevers, Henderikus Knegtering, The Facts About Sexual (Dys)function in Schizophrenia: An Overview of Clinically Relevant Findings, *Schizophrenia Bulletin*, Volume 41, Issue 3, May 2015, Pages 674–686.
30. Serretti A Chiesa A. A meta-analysis of sexual dysfunction in psychiatric patients taking antipsychotics. *Int Clin Psychopharmacol*. 2011; 26: 130 – 140.
31. Lim, W. K., Chew, Q. H., He, Y.-L., Si, T.-M., Chiu, F.-K. H., Xiang, Y.-T., Kato, T. A., Kanba, S., Shinfuku, N., Lee, M.-S., Park, S.-C., Park, Y.-C., Chong, M.-Y., Lin, S.-K., Yang, S.-Y., Tripathi, A., Avasthi, A., Grover, S., Kallivayalil, R. A., ... Sim, K. (2020). Coprescription of mood stabilizers in schizophrenia, dosing, and clinical correlates: An international study. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 35(6), 1. <https://doi.org/10.1002/hup.2752>.
32. Montejo AL, Montejo L, Navarro-Cremades F. Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Curr Opin Psychiatry*. 2015 Nov;28(6):418-23. doi: 10.1097/YCO.000000000000198. PMID: 26382168.
33. Rothmore J. Antidepressant-induced sexual dysfunction. *Med J Aust*. 2020 Apr;212(7):329-334. doi: 10.5694/mja2.50522. Epub 2020 Mar 15. PMID: 32172535.

14. Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Angela Rocío Villazón y Pablo Cortés Moreno, residentes de psiquiatría, de la Universidad del Rosario. El objetivo de este estudio es:

Caracterizar el deseo y el funcionamiento sexual en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de consulta externa, en la Clínica de Nuestra Señora de la Paz.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas escritas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si decide no participar no se modificará su tratamiento ni la atención profesional brindada. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Angela Rocío Villazón y Pablo Cortés Moreno. He sido informado (a) del objetivo de este estudio: SI ___ NO ___

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una encuesta, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos: SI ___ NO___

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento, y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre su participación en este estudio, puedo contactar a **Angela Rocío Villazón al teléfono449 o Pablo Cortés Moreno789.**

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante -cédula Firma del Participante
Fecha

ACEPTO HACER PARTE DEL ESTUDIO: NO ACEPTO _____ SI ACEPTO _____

Anexo 2. Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14) en mujeres

MUJERES

1. Comparado con la vez más placentera de su vida ¿cuánto disfrute o placer en su vida sexual experimenta ahora?
 - 1 Ninguno
 - 2 Poco disfrute o placer
 - 3 Algo de disfrute o placer
 - 4 Mucho disfrute o placer
 - 5 Muchísimo disfrute o placer
2. ¿Con qué frecuencia mantiene actividad sexual (coito, masturbación) actualmente?
 - 1 Nunca
 - 2 Rara vez (menos de una vez al mes)
 - 3 A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 - 4 A menudo (2 veces/semana o más)
 - 5 Diariamente
3. ¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual?
 - 1 Nunca
 - 2 Rara vez (menos de una vez al mes)
 - 3 A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 - 4 A menudo (2 veces/semana o más)
 - 5 Diariamente
4. ¿Con qué frecuencia se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasía sexuales) ahora?
 - 1 Nunca
 - 2 Rara vez (menos de una vez al mes)
 - 3 A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 - 4 A menudo (2 veces/semana o más)
 - 5 Diariamente
5. ¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual?
 - 1 Nunca
 - 2 Rara vez (menos de una vez al mes)
 - 3 A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 - 4 A menudo (2 veces/semana o más)
 - 5 Diariamente
6. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar y fantasear acerca del sexo?
 - 1 Ningún disfrute o placer
 - 2 Poco disfrute o placer
 - 3 Algo de disfrute o placer
 - 4 Mucho disfrute o placer
 - 5 Muchísimo disfrute o placer
7. ¿Con qué frecuencia se encuentra excitada sexualmente?
 - 1 Nunca
 - 2 Rara vez (menos de una vez al mes)
 - 3 A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 - 4 A menudo (2 veces/semana o más)
 - 5 Diariamente
8. ¿Se excita fácilmente?
 - 1 Nunca
 - 2 Rara vez (la minoría de las veces)
 - 3 A veces (la mitad de las veces)
 - 4 A menudo (la mayoría de las veces)
 - 5 Siempre
9. ¿Tiene lubricación vaginal adecuada durante la actividad sexual?
 - 1 Nunca
 - 2 Rara vez (la minoría de las veces)
 - 3 A veces (la mitad de las veces)
 - 4 A menudo (la mayoría de las veces)
 - 5 Siempre
10. ¿Con qué frecuencia llega a la excitación y luego pierde el interés?
 - 1 Nunca
 - 2 Rara vez (la minoría de las veces)
 - 3 A veces (la mitad de las veces)
 - 4 A menudo (la mayoría de las veces)
 - 5 Siempre
11. ¿Con qué frecuencia tiene un orgasmo?
 - 1 Nunca
 - 2 Rara vez (menos de una vez al mes)
 - 3 A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 - 4 A menudo (2 veces/semana o más)
 - 5 Diariamente
12. ¿Es capaz de alcanzar un orgasmo cuando quiere?
 - 1 Nunca
 - 2 Rara vez (la minoría de las veces)
 - 3 A veces (la mitad de las veces)
 - 4 A menudo (la mayoría de las veces)
 - 5 Siempre
13. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos?
 - 1 Ningún disfrute o placer
 - 2 Poco disfrute o placer
 - 3 Algo de disfrute o placer
 - 4 Mucho disfrute o placer
 - 5 Muchísimo disfrute o placer
14. ¿Con qué frecuencia tiene orgasmo doloroso?
 - 1 Nunca
 - 2 Rara vez (menos de una vez al mes)
 - 3 A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 - 4 A menudo (2 veces/semana o más)
 - 5 Diariamente

ANEXO 3. Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14) en hombres.

VARONES	
1. Comparado con la vez más placentera de su vida, ¿cuánto disfrute o placer en su vida sexual experimenta ahora? 1 <input type="checkbox"/> Ninguno 2 <input type="checkbox"/> Poco disfrute o placer 3 <input type="checkbox"/> Algo de disfrute o placer 4 <input type="checkbox"/> Mucho disfrute o placer 5 <input type="checkbox"/> Muchísimo disfrute o placer	8. ¿Alcanza una erección fácilmente? 1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Rara vez (la minoría de las veces) 3 <input type="checkbox"/> A veces (la mitad de las veces) 4 <input type="checkbox"/> A menudo (la mayoría de las veces) 5 <input type="checkbox"/> Siempre
2. ¿Con qué frecuencia mantiene actividad sexual (coito, masturbación) actualmente? 1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes) 3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana) 4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más) 5 <input type="checkbox"/> Diariamente	9. ¿Es capaz de mantener una erección? 1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Rara vez (la minoría de las veces) 3 <input type="checkbox"/> A veces (la mitad de las veces) 4 <input type="checkbox"/> A menudo (la mayoría de las veces) 5 <input type="checkbox"/> Siempre
3. ¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual? 1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes) 3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana) 4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más) 5 <input type="checkbox"/> Diariamente	10. ¿Con qué frecuencia experimenta erecciones dolorosas y prolongadas? 1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes) 3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes o más pero menos de 2 veces/semana) 4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más) 5 <input type="checkbox"/> Diariamente
4. ¿Con qué frecuencia se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasía sexuales) ahora? 1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes) 3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana) 4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más) 5 <input type="checkbox"/> Diariamente	11. ¿Con qué frecuencia tiene una eyaculación? 1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes) 3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana) 4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más) 5 <input type="checkbox"/> Diariamente
5. ¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual? 1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes) 3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana) 4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más) 5 <input type="checkbox"/> Diariamente	12. ¿Es capaz de eyacular cuando quiere? 1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Rara vez (la minoría de las veces) 3 <input type="checkbox"/> A veces (la mitad de las veces) 4 <input type="checkbox"/> A menudo (la mayoría de las veces) 5 <input type="checkbox"/> Siempre
6. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar y fantasear acerca del sexo? 1 <input type="checkbox"/> Ningún disfrute o placer 2 <input type="checkbox"/> Poco disfrute o placer 3 <input type="checkbox"/> Algo de disfrute o placer 4 <input type="checkbox"/> Mucho disfrute o placer 5 <input type="checkbox"/> Muchísimo disfrute o placer	13. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos? 1 <input type="checkbox"/> Ningún disfrute o placer 2 <input type="checkbox"/> Poco disfrute o placer 3 <input type="checkbox"/> Algo de disfrute o placer 4 <input type="checkbox"/> Mucho disfrute o placer 5 <input type="checkbox"/> Muchísimo disfrute o placer
7. ¿Con qué frecuencia tiene una erección? 1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes) 3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana) 4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más) 5 <input type="checkbox"/> Diariamente	14. ¿Con qué frecuencia tiene orgasmo doloroso? 1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes) 3 <input type="checkbox"/> A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana) 4 <input type="checkbox"/> A menudo (2 veces/semana o más) 5 <input type="checkbox"/> Diariamente

Para cualquier síntoma psicótico o asociado se codifica 3, se tiene que determinar si este síntoma es primario o si es posible que exista en su etiología una condición médica o el efecto de una sustancia.

PREGUNTAS	
	(Delirios de referencia) ejemplo ¿recibe mensajes especiales de la tv? ¿Personas cercanas tienen un significado especial? DESCRIBA
	(Delirios persecutorios) describa
	(Delirios de grandeza) describa
	(Delirios somáticos que incluyen alteración en la apariencia y/o funcionamiento corporal) Describa
	(Otros: místicos, culpa, celotípico, erotomaniaco) describa
	¿Ha escuchado voces que otras personas no puedan escuchar?
	¿Las voces comentan lo que usted está pensando?
	¿Ha tenido visiones que otras personas no puedan ver? Describa
	¿Ha tenido sensaciones extrañas en su cuerpo o en su piel? Describa
	¿Puede oler o sentir sabores que otra persona no?