

J. M. Crespo Iglesias¹
V. Prado Robles²
M. Pérez García²

Valoración de la función sexual en pacientes psiquiátricos crónicos ingresados en una unidad de rehabilitación psicosocial

¹ Servicio de Psiquiatría
Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos
Ferrol (La Coruña)

² Servicio de Psiquiatría
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
Santiago de Compostela (La Coruña)

Introducción. La mayoría de pacientes crónicos ingresados en unidades de rehabilitación psicosocial en nuestro entorno padecen algún tipo de psicosis. La función sexual en estos pacientes está poco estudiada y la tasa de disfunción sexual estudiada en poblaciones similares es muy elevada.

Objetivos. Valorar la función sexual de los pacientes internados en una unidad de rehabilitación psicosocial y medir otras variables clínicas y demográficas de estos pacientes.

Métodos. Se obtiene una muestra de 46 pacientes ingresados en la unidad de rehabilitación. La función sexual se valora utilizando el Cuestionario para Cambios en la Función Sexual (CSFQ).

Resultados. Un elevado número de pacientes puntúa en el CSFQ por debajo de los puntos de corte propuestos como normalidad (87,9 % de los varones y 87,5 % de las mujeres), lo que implica una alta prevalencia de disfunción sexual.

Conclusiones. El alto porcentaje de pacientes con disfunción sexual puede estar en relación con la gravedad de la patología que padecen estos pacientes y con los efectos secundarios de la medicación.

Palabras clave:
Disfunción sexual. Paciente psiquiátrico crónico. Esquizofrenia.

Actas Esp Psiquiatr 2006;34(1):41-47

Assessing the sexual functioning of chronic inpatients at a psychosocial rehabilitation unit

Introduction. Most chronic inpatients at psychosocial rehabilitation units in our environment suffer some kind of psychosis. The sexual function in these patients has been studied little and the rate of sexual dysfunction studied in similar populations is very high.

Objectives. To assess the sexual function of the inpatients at a psychosocial rehabilitation unit and to measure other clinical and demographic variables of these patients.

Methods. A sample of 46 inpatients was obtained in the psychosocial rehabilitation unit. Sexual function was assessed using the Changes in the Sexual Function Questionnaire (CSFQ).

Results. A high number of patients scored below the minimal normal score in the CSFQ (males: 87.9 %; women: 87.5 %). This implies a high prevalence of sexual dysfunction.

Conclusions. The high percentage of patient with sexual dysfunction can be in connection with the severity of the disease that these patients suffer and with the side effects of the medication.

Key words:
Sexual dysfunction. Chronic psychiatric patient. Schizophrenia.

INTRODUCCIÓN

El deterioro de la función sexual entre los pacientes crónicos es un tema difícil de abordar debido a que diferentes factores pueden estar implicados, tales como el tratamiento psicofarmacológico, la propia evolución de la enfermedad¹ y en algunos casos la institucionalización del paciente.

La mayoría de trabajos realizados con enfermos mentales graves descuidaron los temas sexuales. Se sabe que en pacientes esquizofrénicos el comportamiento sexual difiere del de la población general, predominando una actividad autoerótica, y presentan menor número de parejas sexuales². En una muestra de pacientes psicóticos fueron encontradas distintas peculiaridades en la conducta sexual hasta en un 6,8 % de ellos (frotteurismo, voyeurismo, masoquismo y otras) y un 13,7 % no mostraba preocupación por el riesgo de enfermedades de transmisión sexual³.

Los pacientes crónicos con enfermedades tan graves como las psicosis son los que en más porcentaje ocupan las unidades de media y larga estancia en nuestro medio.

Algunos estudios tratan de averiguar las tasas de trastornos sexuales en la población psiquiátrica, pero surge el problema al tratar de comparar los datos debido a la variedad

Correspondencia:
José Manuel Crespo Iglesias
Unidad de Salud Mental I
Pl. de España, 19-20
15403 Ferrol (La Coruña)
Correo electrónico: josemanuel.crespoiglesias@psiquiatriagallega.org

de instrumentos elegidos para determinar la existencia de disfunción sexual, así como variaciones en las poblaciones y muestras estudiadas.

El tratamiento psicofarmacológico es un factor imprescindible a tener en cuenta para valorar la sexualidad en los pacientes crónicos. Los efectos de los psicofármacos sobre la función sexual son algo continuamente estudiado, sobre todo de los antipsicóticos y antidepresivos⁴⁻⁶. La presencia de disfunción sexual en pacientes tratados con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) supera el 50 % con cualquiera de ellos⁷ y los antidepresivos con menor prevalencia de disfunción sexual fueron mirtazapina (24,4 %), nefazodona (8 %), amineptino (6,9 %) y moclobemida (3,9 %)⁸.

Los antipsicóticos también provocan una elevada incidencia de efectos secundarios sexuales. Los resultados en un estudio realizado con 25 pacientes mostraron una elevadísima prevalencia de efectos secundarios de tipo sexual aunque deban tomarse los resultados con precaución debido al escaso tamaño de la muestra: 71 % de los que recibía risperidona, 67 % con haloperidol y flufenazina y 40 % de los tratados con clozapina⁹. La comparación de efectos secundarios sexuales causados por risperidona y olanzapina beneficia a este último fármaco tanto en el corto plazo de 6 semanas (50 frente a 11 %, respectivamente)¹⁰ como al cabo de 1 año de tratamiento (21,1 frente a 7,3 %, respectivamente)¹¹.

Por otra parte, la valoración de la función sexual puede realizarse actualmente mediante diferentes tipos de cuestionarios, unos autoaplicados, otros heteroaplicados, algunos diseñados específicamente para medir el efecto secundario de los fármacos. La versión española del Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (CSFQ) está considerado como un instrumento válido para medir la función sexual en la práctica clínica¹², con la característica de que valora diferentes aspectos de la actividad sexual mediante varias subescalas.

OBJETIVOS

Evaluar la función sexual de los pacientes que se encuentran internados en una unidad de rehabilitación psicosocial y comparar prevalencia de disfunción sexual entre los pacientes varones y mujeres. Igualmente se investigan otros parámetros, como diagnóstico psiquiátrico principal, uso de tipos de psicofármacos, edad, tiempo de internamiento, con el fin de describir las características de estos pacientes.

MÉTODOS

La muestra se obtiene de la totalidad de los pacientes ingresados en la unidad de rehabilitación psicosocial de Santiago de Compostela (Galicia). Ésta es la única unidad existente de estas características en una comunidad de unos

2.700.000 habitantes. Tiene una capacidad de 50 camas y la ocupación en el momento de recogida de datos es del 100 %, lo que suele ser el índice de ocupación habitual, ya que numerosos pacientes se encuentran en espera para ingresar. Ninguna alta ni ingreso fueron efectuados durante el período de recogida de datos. Esta unidad de rehabilitación psicosocial es de referencia para toda la comunidad, por lo que cualquiera que sea la procedencia del paciente podrá ser internado en ella si cumple los criterios de ingreso (paciente crónico, estabilizado, con diagnóstico establecido, con objetivos de rehabilitación concretados). Los medios de personal con los que cuenta la unidad son dos psiquiatras, un psicólogo, una asistente social, una terapeuta ocupacional y personal de enfermería y auxiliares. Generalmente se trata de pacientes con una larga evolución de su enfermedad que a menudo han ingresado varias veces en una unidad de hospitalización de corta estancia y que en el momento de la estabilización y el alta no están en condiciones de vivir en la comunidad. El objetivo del internamiento en la unidad de rehabilitación habitualmente consiste en lograr una adecuación en los hábitos y en la conducta y desarrollar las habilidades adecuadas para poder vivir en la comunidad, generalmente con sus familias. En caso de ser inviable este objetivo el paciente es trasladado a unidades de pacientes crónicos.

Se diseña un estudio observacional transversal para valorar la función sexual de los pacientes, estando ingresados 50 pacientes durante el período de recogida de datos que se prolongó durante el mes de octubre de 2003. Todos los pacientes son mayores de 18 años. La edad es un factor de riesgo conocido para padecer disfunción sexual, y los datos recientes continúan apoyando esta premisa, independientemente de si se estudia en varones¹³⁻¹⁵, en mujeres¹⁶ o en muestras conjuntas en la población general¹⁷. Por este motivo para evitar la edad como factor de confusión en la prevalencia de disfunción sexual se excluye a los pacientes de edad superior a los 65 años. Se recogen los siguientes datos de cada paciente: sexo, edad, estado civil, tiempo de internamiento, diagnóstico psiquiátrico principal, uso de antipsicóticos, antidepresivos, benzodiazepinas y eutimizantes. El diagnóstico se clasifica según los criterios clínicos de la CIE-10¹⁸.

Para la evaluación de la función sexual se utiliza la versión traducida y validada al español del CSFQ. El cuestionario valora diferentes dimensiones (deseo/frecuencia, deseo/interés, placer, *arousal*/excitación y orgasmo), además de obtener una puntuación en la función sexual global. A mayor puntuación, mejor funcionalidad sexual. Están establecidos unos puntos de corte por debajo de los cuales la función sexual sería anormal y estos puntos de corte tienen distinto valor en varones y en mujeres. El CSFQ se compone de una valoración basal y una valoración de seguimiento. Debido al diseño del estudio (transversal) se aplicó únicamente la parte basal del test.

El cuestionario se realizó de manera heteroaplicada posteriormente a una entrevista de introducción en la que se

explicó la finalidad del estudio y se recogieron los datos indicados anteriormente. Los pacientes que rechazaban participar se volvieron a requerir al cabo de 1 semana por la misma persona que les entrevistó inicialmente, y en el caso de que rechazaran participar nuevamente se realizó un tercer y último intento al cabo de otra semana.

RESULTADOS

De los 50 pacientes que en el momento de realizar el estudio se encuentran ingresados, 46 de ellos cumplen los criterios de selección, ya que los otros 4 son mayores de 65 años y son excluidos. De estos 46, rechazan participar 5 (todos ellos varones). Todos los participantes aceptaron durante la primera entrevista y ninguno de los 5 que rechazaron participar aceptó al cabo de los tres intentos de reclutamiento. Participan finalmente 41 pacientes (33 varones y 8 mujeres). Las características de los participantes y de los pacientes que rechazaron responder al cuestionario son similares (tabla 1).

Las variables recogidas durante la entrevista previa a la aplicación del CSFQ se exponen en la tabla 2. No existen diferencias significativas en cuanto a la edad (U de Mann-Whitney: 99; $p = 0,27$) y al tiempo de internamiento (U de Mann-Whitney: 117,50; $p = 0,63$) aplicando esta prueba no paramé-

Tabla 1	Características de los pacientes según participación	
	Aceptan (n = 41)	Rechazan (n = 5)
Sexo		
Varón	33 (80,5 %)	5 (100 %)
Mujer	8 (19,5 %)	0 (0 %)
Estado civil		
Soltero	33 (80,5 %)	4 (80,0 %)
Casado	1 (2,4 %)	0 (0 %)
Separado	6 (14,6 %)	1 (20,0 %)
Divorciado	1 (2,4 %)	0 (0 %)
Tratamiento recibido		
Neurolepticos	41 (100 %)	5 (100 %)
Antidepresivos	6 (14,6 %)	1 (20,0 %)
Benzodiazepinas	34 (82,9 %)	5 (100 %)
Eutimizantes	5 (12,2 %)	0 (0 %)
Grupo diagnóstico CIE-10		
Adicciones	4 (10,0 %)	0 (0 %)
Psicosis	32 (80,0 %)	5 (100 %)
Trastornos afectivos	2 (5,0 %)	0 (0 %)
Trastornos de la personalidad	1 (2,5 %)	0 (0 %)
Retraso mental	1 (2,5 %)	0 (0 %)

Tabla 2	Características de los pacientes participantes según sexo		
	Varones (n = 33)	Mujeres (n = 8)	
Edad media (DE)	40,4 (10,59)	44,8 (11,53)	ns*
Tiempo de internamiento, meses media (DE)	36,33 (32,73)	31,50 (32,82)	ns*
Tratamientos recibidos			
Antipsicóticos	33 (100 %)	8 (100 %)	
Antidepresivos	4 (12,1 %)	2 (25,0 %)	ns**
Benzodiazepinas	26 (78,8 %)	8 (100 %)	ns**
Eutimizantes	3 (9,1 %)	2 (25 %)	ns**
Estado civil			
Soltero	29 (87,9 %)	4 (50,0 %)	
Casado	1 (3,0 %)	0 (0,0 %)	
Separado	2 (6,1 %)	4 (50,0 %)	
Divorciado	1 (3,0 %)	0 (0,0 %)	
Diagnóstico CIE-10			
Trastornos adictivos	3 (9,4 %)	1 (12,5 %)	
Trastornos psicóticos	26 (81,3 %)	6 (75,0 %)	
Trastornos afectivos	1 (3,1 %)	1 (12,5 %)	
Trastornos de la personalidad	1 (3,1 %)	0 (0,0 %)	
Retraso mental	1 (3,1 %)	0 (0,0 %)	

* U Mann-Whitney. ** Prueba exacta de Fisher.

trica ya que ninguna de las dos variables sigue una distribución normal. En cuanto a este dato, el tiempo de ingreso presenta una amplia distribución, con un mínimo de 1 mes, un máximo de 113 meses y mediana de 29 meses en el caso de los varones. En la muestra de mujeres se observó un tiempo de internamiento también ampliamente distribuido, con un mínimo de 1 mes, máximo de 88 meses y mediana de 21 meses.

En ambos grupos los diagnósticos más frecuentes son las psicosis, destacando la presencia de psicosis de tipo esquizofrenia.

Los tratamientos recibidos en ambos sexos son similares, y es destacable que tanto en varones como en mujeres se prescriben antipsicóticos al 100 % de los pacientes. No existen diferencias significativas (prueba exacta de Fisher bilateral) en la frecuencia de pacientes que reciben los distintos tipos de psicofármacos: antipsicóticos (constante), antidepresivos ($p = 0,33$), benzodiazepinas ($p = 0,19$) y eutimizantes ($p = 0,24$).

Todos los pacientes que aceptaron responder el cuestionario CFSQ lo hicieron en una sola entrevista. Ninguna pregunta fue rechazada por los pacientes, de modo que todos completaron la totalidad del cuestionario. Las dudas o dificultades para la comprensión fueron aclaradas por el entrevistador.

Los resultados obtenidos indican que un número muy elevado de pacientes puntúan por debajo de los puntos de corte aceptados como «normalidad», lo que indica una elevada presencia de disfunción sexual (tabla 3). No es procedente comparar las medias de la puntuación obtenida debido a la diferencia entre el valor de los puntos de corte para varones y para mujeres. Sin embargo, sí es posible comparar la frecuencia de disfunción sexual tanto en las correspondientes subescalas como en la función sexual global entre varones y mujeres. Los resultados en la puntuación de las subescalas presentan una distribución muy dispersa. El valor de la mediana para la muestra de varones en deseo/frecuencia es 5; deseo/interés, 10; placer, 1; excitación, 9; orgasmo, 7, y función sexual global, 36. En el caso de las mujeres se obtienen unos valores de la mediana para deseo/frecuencia, 4; deseo/interés, 4,5; placer, 1; excitación: 6,5; orgasmo, 4, y función sexual global, 27,5.

El número de pacientes que según el CSFQ presentan disfunción sexual es muy elevado tanto en varones como en mujeres. En total más del 87 % de los pacientes presentan una disfunción sexual global. Si se compara la frecuencia de disfunción en las distintas subescalas, únicamente existen diferencias significativas en el apartado de deseo/interés, donde un 60,6 % de los varones presentan puntuación por debajo del punto de corte frente a un 100 % de las mujeres que presentan una disfunción en este aspecto. Más varones que mujeres, en proporción, presentan alteraciones en el deseo/frecuencia en el placer y más mujeres obtienen puntuaciones alteradas en el apartado de excitación, aunque estas diferencias no son significativas estadísticamente. En la escala de orgasmo un porcentaje similar de varones y mujeres obtienen puntuaciones por debajo del punto de corte (tabla 3).

DISCUSIÓN

Los resultados arrojan una alta prevalencia de disfunción sexual entre los pacientes psiquiátricos crónicos objeto de estudio.

Ante estos hallazgos, son obligadas las siguientes reflexiones. En primer lugar, cabe preguntarse si hallazgos similares han sido referidos por otros estudios en muestras de pacientes similares o qué datos de disfunción sexual aparecen en otro tipo de pacientes. Otra cuestión a plantear es qué factores se pueden relacionar con este resultado, y se plantean tres posibles causas: *a)* factores relacionados con la muestra; *b)* factores relacionados con el instrumento utilizado para la valoración de la función sexual, y *c)* factores relacionados con el tratamiento psicofarmacológico. Por último, es preciso valorar las posibles soluciones al problema de la disfunción sexual en pacientes psiquiátricos crónicos que reciben tratamientos psicofarmacológicos.

La prevalencia de disfunción sexual en pacientes psiquiátricos en estudios previos varía ampliamente dependiendo de la muestra y los métodos utilizados. En pacientes con diagnóstico de algún tipo de psicosis según criterios del DSM-IV encuentra un 60 % de individuos con algún tipo de disfunción sexual¹⁹. Es mayor la prevalencia hallada por el estudio realizado en Nithsdale²⁰, donde se incluyen pacientes esquizofrénicos no sólo ambulatorios, sino también hospitalizados, en hospital de día, con resultados de un 82 % de varones y un 96 % de mujeres con disfunción sexual. En el trabajo de Teusch tratando de comparar el patrón de disfunción sexual entre diferentes tipos de pacientes observa que un 100 % de los que se encuentran en tratamiento con metadona para adictos a opiáceos presentan disfunción sexual. Entre los pacientes con esquizofrenia, el 86,7 % de los varones y el 93,3 % de las mujeres padecían disfunción sexual. Los pacientes con neurosis arrojaban menor porcentaje, con un 58,3 % de los varones y 76,9 % de las mujeres, padeciendo disfunción sexual²¹. En pacientes con trastornos afectivos, un 72 % de los pacientes bipolares y un 77 % de los unipolares muestran disfunción sexual según datos que figuran en la completa revisión de Baldwin⁴. En ese mismo trabajo señalan los autores la variación en la proporción de pacientes con disfunción sexual dependiendo del método utilizado para identificarla; solamente el 14 % de los pa-

Tabla 3

Resultados de puntuaciones en el CSFQ clasificados por sexos

	Varones (n = 33)			Mujeres (n = 8)			Exacta de Fisher Valor p
	Media (DE)	Punto de corte	Frecuencia de disfunción	Media (DE)	Punto de corte	Frecuencia de disfunción	
Deseo/frecuencia	5,5 (1,5)	8	28 (84,8 %)	4,63 (2,3)	6	6 (75,0 %)	0,606
Deseo/interés	9,0 (2,8)	11	20 (60,6 %)	5,0 (2,0)	9	8 (100 %)	0,040
Placer	1,2 (0,6)	4	32 (97,0 %)	2,2 (1,8)	4	6 (75,0 %)	0,092
Excitación	8,3 (4,7)	13	25 (75,8 %)	6,6 (4,0)	12	7 (87,5 %)	0,659
Orgasmo	7,3 (4,3)	13	29 (87,9 %)	6,1 (4,3)	11	7 (87,5 %)	> 0,999
Función sexual global	33,6 (10,0)	47	29 (87,9 %)	27,8 (12,6)	41	7 (87,5 %)	> 0,999

CSFQ: Cuestionario de Cambios en la Función Sexual. DE: desviación estándar.

cientos refieren espontáneamente este problema, y la cantidad asciende al 58 % cuando es el médico quien interroga. En cualquier caso, la mayoría de trabajos que tratan de averiguar la prevalencia de disfunción sexual, independientemente del diagnóstico y del tratamiento recibido por los pacientes, obtienen cifras superiores a las tres cuartas partes de pacientes con disfunción. Precisamente estas variaciones pueden ser debidas, entre otros factores, a la heterogeneidad de las muestras.

Factores dependientes de la muestra

Los pacientes institucionalizados tienen una evidente dificultad para mantener relaciones sexuales. De hecho, los pacientes esquizofrénicos crónicos presentan más frecuentemente problemas sociales, familiares y con la comunidad debido al mayor riesgo de embarazo, además de menor habilidad para conseguir interrelaciones sociales, incluido el conseguir una pareja²². Hasta el 35 % de los pacientes de una muestra que incluía a psicóticos crónicos no utilizaba ningún método anticonceptivo³.

Otro problema presente en los pacientes institucionalizados es la posibilidad de mantener relaciones sexuales entre ellos. En general no están permitidas las relaciones entre pacientes y supone un problema de manejo para el personal sanitario. La cuestión es cómo evaluar la capacidad de un paciente (generalmente esquizofrénico, crónico y con deterioro) para consentir una relación sexual. En un simple estudio llevado a cabo en diferentes estados de Norteamérica los resultados fueron claros: solamente algunos centros mantenían políticas concretas y regladas sobre el manejo de las relaciones sexuales entre los pacientes internados y en más del 50 % de éstos contenían una prohibición o actitudes punitivas hacia las relaciones sexuales entre los pacientes ingresados²³.

Factores dependientes del test

El tipo de instrumento utilizado para evaluar la función sexual puede determinar variaciones en los resultados. Un test adecuado debe cumplir las características de fiabilidad, validez, capacidad para diferenciar entre efectos de medicación y placebo, discriminar entre diferentes respuestas dosis-dependientes y discriminar entre efectos de distintos fármacos²⁴. El CSFQ es un instrumento que cumple estos requisitos^{25,26}, que ha demostrado ser sensible a los cambios cuando se tienen en cuenta las diferentes dimensiones²⁷ y ha sido validado en español¹². El hecho de ser un test que puede ser heteroaplicado permite una mayor comprensión por parte del paciente²². En el estudio de Labbate, el CSFQ arroja un mayor porcentaje de individuos con disfunción sexual (90 %) comparando los resultados del cuestionario de función sexual del Hospital General de Massachussets (77 %), según los autores debido a la utilización de unos estrictos criterios, lo cual le hace un test altamente sensible²⁵.

Factores dependientes del tratamiento psicofarmacológico

El efecto secundario de los fármacos sobre la función sexual puede empeorar la adherencia al tratamiento, y aunque los clínicos tienden a preocuparse más sobre otro tipo de secundarismos como los efectos extrapiramidales, al paciente puede preocuparle más el desarrollo de efectos secundarios sexuales⁵. Sin embargo, el hecho de hablar con los pacientes de este tema e intentar aplicar estrategias para tratar el problema puede disminuir el incumplimiento²⁸.

Los fármacos más utilizados en los pacientes en la muestra del presente trabajo fueron antipsicóticos y antidepresivos, cuyos efectos secundarios de tipo sexual son bien conocidos. En un trabajo que comparaba haloperidol con clozapina no se hallaron diferencias significativas en cuanto a la presencia de efectos secundarios de tipo sexual²⁸, y en un estudio llevado a cabo en nuestro medio sólo la quetiapina mostró menor incidencia que otros nuevos antipsicóticos en efectos sexuales, pero estos resultados están referidos por ahora al corto plazo⁶. Estas diferencias pueden estar en relación con el incremento de prolactina provocado sobre todo por los antipsicóticos clásicos, la risperidona y la amisulprida, los cuales se asociarían a un mayor padecimiento de disfunción sexual^{29,30}. En este sentido el cambio a un fármaco que se acompañe de una menor concentración plasmática de la hormona prolactina, por ejemplo, de risperidona a olanzapina, repercutió en una mejoría de la función sexual^{29,31}.

Los estudios de prevalencia de disfunción sexual en pacientes en tratamientos con antidepresivos muestran resultados muy diversos y contradictorios según la revisión de Baldwin³². La influencia de los antidepresivos en la disfunción sexual es variable en función del fármaco utilizado y puede llegar al 70 % de los pacientes en el caso de la paroxetina⁸. El cambio de tratamiento puede modificar el porcentaje de pacientes que sufren disfunción sexual. En un grupo de pacientes tratados con distintos antidepresivos, todos con algún tipo de disfunción sexual, se observó una normalización de la función sexual en el 45 % de ellos al cabo de 6 meses después de modificar el tratamiento a amitriptilina³³.

Manejo de la disfunción sexual

Las estrategias propuestas para mejorar la función sexual de los pacientes que siguen un tratamiento psicofarmacológico son diversas: esperar al desarrollo de tolerancia, reducción de la dosis, retraso en la toma o supresión de alguna de las tomas (administrar la dosis después del coito), cambio de fármaco, estrategias conductuales, psicoterapia individual o de pareja o la administración de tratamientos para paliar los efectos secundarios^{4,34,35}. Los tratamientos ensayados en este sentido son diversos: ciproheptadina, granisetron, ginkgo biloba, yohimbina, amantadina, buspirona, olanza-

pina, dexanfetamina, neostigmina, prostagladina E y sildenafil, aunque únicamente este último ha demostrado eficacia en pacientes que seguían tratamiento con antidepresivos, mejorando su disfunción eréctil, eyaculación, orgasmo y satisfacción³⁶. Otros estudios en desarrollo están valorando la eficacia de este fármaco en el tratamiento de la disfunción sexual en pacientes esquizofrénicos crónicos²⁰.

En otro sentido, el desarrollo de programas de rehabilitación puede suponer un avance para la solución de este problema en pacientes crónicos. Es destacable el programa propuesto por Lukoff, desarrollado en ocho sesiones, tratando de lograr objetivos concretos: mejorar el conocimiento de la sexualidad, identificar y aclarar actitudes hacia la sexualidad y adquirir habilidades para la toma de decisiones³⁷.

CONCLUSIONES

La alta prevalencia de disfunción sexual observada en los resultados puede estar en relación con el uso de psicofármacos ya que todos los pacientes reciben algún antipsicótico. Estos resultados deben tomarse de forma general y no comparativa, ya que no se ha diseñado este estudio para medir diferencias en la disfunción sexual entre los distintos antipsicóticos. Además debe tenerse en cuenta la gravedad y cronicidad de la patología que sufren la mayoría de los pacientes, con una elevada prevalencia de trastornos psicóticos. Independientemente de la gravedad del paciente, de su patología y de su tratamiento, el clínico debe valorar activamente la presencia de disfunción sexual, ya que no es referida espontáneamente por un número elevado de pacientes. La sexualidad es un tema que preocupa a los pacientes y es posible que sean necesarios más estudios para averiguar la prevalencia de disfunción sexual en muestras de pacientes psiquiátricos.

Aunque las soluciones a este problema todavía no son muy eficaces, deben aplicarse las medidas más adecuadas a cada caso para paliar la disfunción. Es conveniente el desarrollo de programas específicos en la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos, contrastando previamente y de modo riguroso su eficacia.

BIBLIOGRAFÍA

- Kockott G, Pfeiffer W. Sexual disorders in nonacute psychiatric outpatients. *Comprehens Psych* 1996;37:56-61.
- Lieberman RP, Vaccaro JV, Corrigan PW. Rehabilitación Psiquiátrica. En: Kaplan HI, Sadock BJ, editores. *Tratado de Psiquiatría*. Baltimore: Williams Wilkins, 1995; p. 2640-62.
- Raja M, Azzoni A. Sexual behavior and sexual problems among patients with severe chronic psychoses. *Europ Psych* 2003;18:70-6.
- Baldwin D, Mayers A. Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Advanc Psych Treat* 2003;9:202-10.
- Smith SM, O'Keane V, Murray R. Sexual dysfunction in patients taking conventional antipsychotic medication. *Br J Psych* 2002; 181:49-55.
- Bobes J, García-Portilla MP, Rejas J, Hernández G, García-García M, Rico-Villademoros F, et al. Frequency of sexual dysfunction and other reproductive side-effects in patients with schizophrenia treated with risperidone, olanzapine, quetiapine or haloperidol: the results of the eire study. *J Sex Marit Ther* 2003; 29:125-47.
- Montejo A, Llorca G, Izquierdo J, Ledesma M, Bousoño M, Calcedo J, et al. Disfunción sexual secundaria a ISRS. Análisis comparativo en 308 pacientes. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1996; 24:311-21.
- Montejo A, Llorca G, Izquierdo J, Rico-Villademoros F. Incidence on sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psych* 2002;62(Suppl. 3): 10-21.
- Wirshing D, Pierre J, Marder S, Saunders C, Wirshing W. Sexual side effects of novel antipsychotic medications. *Schizophr Res* 2002;56:25-30.
- Knegtering H, Blijd C, Boks M. Sexual dysfunctioning and prolactin levels in patients using risperidone or olanzapine. *Schizophr Res* 2000;41:196.
- Ciudad A, Álvarez E, Bousoño M, Cuesta M, Gómez J, Olivares J. Olanzapine versus risperidone: safety results of a one year randomized trial in outpatients with schizophrenia with prominent negative symptoms. Presented at the 24th Collegium Internationale Neuro-Psycopharmacologicum, June 20-24, 2004, Paris, France.
- Bobes J, González MP, Rico-Villademoros F, Bascarán MT, Sarasa P, Clayton A. Validation of the Spanish version of the Chages in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). *J Sex Marit Ther* 2000; 26:119-31.
- Nicolosi A, Moreira EJ, Shirai M, Bin Mohd Tambi M, Glasser D. Epidemiology of erectile dysfunction in four countries: cross-national study of the prevalence and correlates of erectile dysfunction. *Urology* 2003;61:201-6.
- Bacon C, Mittleman M, Kawachi I, Giovannucci E, Glasser D, Rimm E. Sexual function in men older than 50 years of age: results from the health professionals follow-up study. *Ann Intern Med* 2003;139:161-8.
- Kessel B. Sexuality in the older person. *Age Ageing* 2001; 30:121-4.
- Kadri N, McHichi Alami K, McHakra Tahiri S. Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study. *Arch Women Ment Health* 2002;5:59-63.
- Laumann E, Paik A, Rosen R. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537-44.
- OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a revisión. Ginebra, 1992.
- Fortier P, Mottard JP, Trudel G, Even S. Study of sexuality-related characteristics in young adults with schizophrenia treated with novel neuroleptics and in a comparison group of young adults. *Schizophr Bull* 2003;29:559-72.
- MacDonald S, Halliday J, MacEwan T, Sharkey V, Farrington S, Wall S, et al. Nithsdale Schizophrenia Surveys 24: sexual dysfunction. *Br J Psych* 2003;182:50-6.

21. Teusch L, Scherbaum N, Böhme H, Bender S, Eschmann-Mehl G, Gastpar M. Different patterns of sexual dysfunctions associated with psychiatric disorders and psychopharmacological treatment. *Pharmacopsychiat* 1995;28:84-92.
22. Martín Navarro N, Vega Fernández FM, Montejo González AL. Sexualidad en la esquizofrenia. En: Montejo González AL, editor. *Sexualidad y salud mental*. Barcelona: Gloxa, 2003; p. 117-27.
23. Buckley PF, Robben T. A content analysis of state hospital policies on sex between inpatients. *Psychiatric Services* 2000;51:243-5.
24. Meston CM, Derogatis LR. Validated instruments for assessing female sexual function. *J Sex Mar Ther* 2002;28:155-64.
25. Labbate LA, Lare SB. Sexual dysfunction in male psychiatric outpatients: Validity of the Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire. *Psychoter Psychosom* 2001;70:221-5.
26. Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ, Piazza L. Comparison of sexual functioning in clinical and nonclinical populations using the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). *Psychopharmacol Bull* 1997;33:747-53.
27. Bobes J, González MP, Bascarán MT, Clayton A, García M, Rico-Villademoros F, et al. Evaluating changes in sexual functioning in depressed patients: sensitivity of change of the CSFQ. *J Sex Mar Ther* 2002;28:93-103.
28. Hummer M, Kemmler G, Kurz M, Kurzthaler I, Oberbauer H, Fleischhacker W. Sexual disturbances during clozapine and haloperidol treatment for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999; 156:631-3.
29. Knegtering R, Castelein S, Linde J, Bous J, Bruggeman R, Bosch R. Sexual dysfunctions and prolactin levels in patients using classical or modern antipsychotics. *Schizophr Res* 2003;60 (Suppl. 1): 358-9.
30. Knegtering H, van der Moolen A, Castelein S, Kluiters H, van der Bosch R. What are the effects of antipsychotics on sexual dysfunctions and endocrine functioning? *Psychoneuroendocrinology* 2003;23:109-23.
31. Kinon B, Liu H, Ahl J. Sexual dysfunction associated with neuroleptic-induced hyperprolactinemia improves with reduction in prolactin levels. 156th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 2003 May 17-22, San Francisco, USA.
32. Baldwin D. Depression and sexual dysfunction. *Br Med Bull* 2001;57:81-99.
33. Montejo A, Llorca G, Izquierdo J, Carrasco J, Daniel E, Pérez-Sola EA. Disfunción sexual con antidepressivos. Efecto del cambio a amineptino en pacientes con disfunción sexual secundaria a ISRS. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27:23-34.
34. Masand PS, Gupta S. Long-term side effects of newer generation antidepressants: SSRIS, venlafaxine, nefazodone, bupropion, and mirtazapine. *Ann Clin Psychi* 2002; 14:175-82.
35. Keltner NL, McAfee KM, Taylor CL. Mechanisms and treatments of SSRI-induced sexual dysfunction. *Biolog Perspect Psychiatric Care* 2002;38:111-6.
36. Nurnberg AH, Hensley PL, Gelenberg AJ, Fava M, Lauriello J, Paine S. Treatment of antidepressant-associated sexual dysfunction with sildenafil. *JAMA* 2003;289:56-64.
37. Lukoff D, Gioia-Hasick D, Sullivan G, Golden JS, Nuechterlein KH. Sex education and rehabilitation with schizophrenic male outpatients. *Schizophr Bull* 1986;12:669-77.