



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**DISFUNCIÓN SEXUAL Y ESQUIZOFRENIA
HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN**

2021

**PRESENTADO POR
DWIGHT DENIS HERRERA DEL AGUILA**

**ASESOR
GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

LIMA- PERÚ

2022



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**DISFUNCIÓN SEXUAL Y ESQUIZOFRENIA
HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN
2021**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTADO POR
DWIGHT DENIS HERRERA DEL AGUILA**

**ASESOR
DRA. GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ**

**LIMA, PERÚ
2022**

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	2
1.3.1 Objetivo general	2
1.3.2Objetivos específicos	2
1.4 Justificación	2
1.5 Viabilidad y factibilidad	3
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	3
2.1 Antecedentes	3
2.2 Bases teóricas	9
2.3 Definición de términos básicos	14
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	14
3.1 Formulación de la hipótesis	14
3.2 Variables y su definición operacional	15
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	17
4.1 Diseño metodológico.	17
4.2 Diseño muestral	17
4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos	17
4.4 Procesamiento y análisis de datos	19
4.5. Aspectos éticos	19
CRONOGRAMA	20
PRESUPUESTO	21
FUENTES DE INFORMACIÓN	22
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	
3. Consentimiento informado	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

Si bien existen varios estudios publicados a nivel internacional que evalúan la performance sexual de los pacientes con esquizofrenia estos aún son insuficientes para comprender la magnitud del problema. Habiendo mencionado esto, debemos decir que América Latina no es ajena a esta situación. Practicamente no existen trabajos que evalúen el grado de disfunción sexual en este tipo de pacientes. Actualmente en el Perú no contamos con estudios que nos permitan caracterizar de forma adecuada la vida sexual del paciente con esquizofrenia peruano.

La esquizofrenia es una enfermedad crónica que afecta múltiples áreas de la vida del paciente. Con el progreso del tratamiento antipsicótico ha sido posible mejorar el pronóstico y la calidad de vida del paciente.(1)

Durante mucho tiempo el estudio de esta patología se ha centrado en el diverso abanico de manifestaciones psicóticas y tratamiento más no en el área de la sexualidad. La sexualidad es inherente a la vida humana y está asociada tanto al placer, al disfrute y la reproducción, por esto cumple un rol importante en la vida del ser humano. (2)

La disfunción sexual en pacientes con esquizofrenia, al igual como en otros trastornos mentales graves, propicia que el paciente no se adhiera al tratamiento y por ende genera una disminución importante en su calidad de vida. Esta dificultad a la adherencia terapéutica se deriva a que todos los antipsicóticos, ya sean típicos o atípicos, se relacionan con alguna alteración de la función sexual. (2-4)

Se ha visto que en pacientes con esquizofrenia la prevalencia de disfunción sexual es mayor con respecto a la población en general. Se calcula que la incidencia en este tipo de pacientes se encontraría entre el 30-60% de casos, según la tesis doctoral de Chada Castro. En un estudio realizado en Francia en el año 2020 se encontró que la prevalencia se encontraba entre el 30-82%, otro

estudio realizado en Egipto durante el mismo año señala una prevalencia del 75%. (3-6)

Actualmente el estudio de la sexualidad en pacientes con esquizofrenia ha suscitado un mayor interés debido a la poca investigación en este rubro. Esto último se explicaría por los preconceptos que tienen los investigadores con respecto a cómo estos pacientes desarrollan sus vidas sexuales. Por ejemplo, podemos citar la imposibilidad del paciente para decidir sobre su vida sexual o desencadenar comportamientos inadecuados como producto de hacerle recodar sus problemas de tipo sexual, entre otras cosas. Cabe resaltar que la discusión actual del problema se basa en una buena caracterización de la problemática, ya que la etiología aparenta ser diversa, para tomar las mejores decisiones en cuanto a la terapéutica y al abordaje multidisciplinario. (3)

(Por todo lo expuesto es importante formularnos la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores asociados a la disfunción sexual en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el 2021?)

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las características de los factores asociados a la disfunción sexual en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el 2021?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar los factores asociados a la disfunción sexual en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el 2021.

1.3.2 Objetivos específicos

Describir las características de los pacientes con esquizofrenia.

Describir la frecuencia y tipos de disfunción sexual en los pacientes con esquizofrenia.

Establecer si existe diferencias entre la disfunción sexual según las variables sociodemográficas.

Establecer si existe correlación entre la disfunción sexual y las variables clínicas.

1.4 Justificación

El presente trabajo es importante debido a que permitirá conocer los factores asociados a la disfunción sexual en los pacientes con esquizofrenia en nuestro medio, así como conocer la frecuencia, los tipos de disfunción sexual, diferencias entre la disfunción sexual según las variables sociodemográficas y si existe una correlación entre la disfunción sexual y las variables clínicas. La falta de esta información en nuestro medio impide que esta problemática sea valorada en su real magnitud perpetuando no sólo una mala calidad de vida sexual en nuestros pacientes si no también contribuye con el estigma de minimizar la vida sexual de estos pacientes. Si bien es cierto que existen estudios como los de por Marion Dumontaud en Francia, Abdelatti en Egipto o Posada en Colombia y Alves Nuñez en Brasil, estos no han sido replicados por estas latitudes por lo que se desconoce el real impacto de la disfunción sexual en los pacientes con esquizofrenia peruanos. Estos estudios resaltan la importancia de variables como la clínica, demográficas y terapéuticas, ya que están fuertemente asociadas con la disfunción sexual en pacientes con esquizofrenia.

Los resultados del presente estudio ayudarán a caracterizar mejor a los pacientes con esquizofrenia que sufren de disfunción sexual y los beneficiarán debido a que permitirá un mejor abordaje terapéutico y holístico, romper tabúes y estigmas sobre la sexualidad e impulsar otras investigaciones de mayor extensión o de diseños más complejos que permitan mejorar tomar medidas para mejorar la disfunción sexual en estos pacientes. Este trabajo además tendrá una

importante utilidad metodológica debido a que se utilizará como herramienta una encuesta que posteriormente podrá ser utilizada para futuros trabajos de investigación.

1.5 Viabilidad y factibilidad

El trabajo será posible de llevar a cabo ya que contamos con acceso a los pacientes del servicio de psiquiatría de adultos del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen así como a sus historias clínicas, contamos con el apoyo y autorización de la jefatura del Departamento de Psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Finalmente resaltar que no existen problemas éticos para la realización del presente trabajo de investigación.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Dumontaud M et al., en 2020, realizaron en Francia un estudio donde se empleó una búsqueda sistemática de literatura científica utilizando el método PRISMA y STROBE. Se analizaron 89 estudios y 25 490 pacientes. Tuvo por objetivo resumir los datos referidos a la prevalencia de disfunción sexual y los factores de riesgo asociados. Se evidenció una alta frecuencia de disfunción sexual (30%-82%), siendo para los hombres los más afectados, lo más resaltante en este grupo fue la disfunción eréctil (31-95%), y en mujeres la pérdida de la libido (31%-100%). Todo lo antes descrito estuvo asociado a los siguientes factores de riesgo: Gravedad de la enfermedad, síntomas depresivos, antipsicóticos (sobre todo los de primera generación, risperidona y politerapia antipsicótica). Las variables demográficas: divorciado(a), separado(a), soltero(a), desempleado(a) se relacionaron con un mayor riesgo de disfunción sexual. Las variables clínicas: depresión mayor y sintomatología psicótica también se asociaron a disfunción sexual.

El estudio concluye que la prevalencia de la disfunción sexual en pacientes con esquizofrenia es alta. Confirma el papel importante que juegan en la disfunción sexual los fármacos antipsicóticos de alta potencia dopaminérgica, que causan un aumento de la prolactina y cuyas dosificaciones sean altas. Sostienen que mejorando los síntomas depresivos podría haber una mejora con respecto a los síntomas de disfunción sexual y sugiere valorar otras variables tales como características demográficas, enfermedades físicas y síndrome metabólico en posteriores estudios ya que no se cuenta con la suficiente documentación al respecto. (6)

Abdelatti SI et al., en 2020, realizaron en Egipto un estudio en el Hospital de Salud Mental de Abbassia. Este estudio tuvo la finalidad de investigar la frecuencia de la disfunción sexual en pacientes con trastornos psiquiátricos hombres en comparación con otros pacientes con enfermedades médicas no psiquiátricas, además de dilucidar los factores subyacentes. El diseño del estudio fue transversal descriptivo-analítico. Incluyó a 80 pacientes psiquiátricos en un grupo y en el otro 100 pacientes con patologías médicas no psiquiátricas. El estudio encontró una mayor prevalencia de disfunción sexual en los pacientes psiquiátricos, sobre todo los pacientes con esquizofrenia, quienes presentaron disfunción sexual en un 75%, muy por encima del porcentaje de las enfermedades médicas no psiquiátricas, cuya tasa más alta se reportó en 25% y correspondía a pacientes cardiopatas. Los pacientes psiquiátricos en general tuvieron una mayor elevación de la prolactina a diferencia de sus pares no psiquiátricos. Se observó que aquellos pacientes con mayor elevación de prolactina tenían mayor nivel de disfunción sexual y que esta elevación era más frecuente en los pacientes con esquizofrenia. Pacientes psiquiátricos con mayor edad presentaron mayor disfunción sexual que sus pares psiquiátricos.

El estudio concluye en que se debe poner énfasis en el tratamiento de la patología psiquiátrica ya que el nivel de disfunción sexual es más alto que su contraparte no psiquiátrica. Además hacen referencia a que debe valorarse de forma temprana los síntomas de disfunción sexual ya que de persistir generaría la perpetuación de la sintomatología psiquiátrica, una significativa disminución de la calidad de vida y por ende una pobre adherencia al tratamiento.(5)

Zhao S et al., en 2020, llevaron a cabo un metanálisis en China. Realizaron una búsqueda en MEDLINE (Pubmed), Embase (Ovid), Cochrane y PsycINFO para obtener estudios que permitieran analizar la competencia sexual en los pacientes con esquizofrenia. El objetivo de dicho trabajo fue el de cuantificar la asociación entre la esquizofrenia y el deterioro de la función sexual. Se incluyeron 10 estudios observacionales (7 transversales y 3 de casos y controles). La muestra fue de 3570 pacientes, 1161 tenían diagnóstico de esquizofrenia, los demás eran pacientes sanos. Los resultados arrojaron que existía mayor riesgo de desarrollar disfunción sexual en pacientes con esquizofrenia independientemente de la edad y que las tasas de disfunción eran mucho más altas en estos pacientes que en individuos sanos del mismo sexo. El estudio concluye que este hallazgo corrobora la asociación que hay entre estos dos trastornos y plantea intervenciones psicológicas y farmacológicas para ayudar a los pacientes con esquizofrenia (7)

Posada Correa AM et al. en 2020, publicaron un estudio realizado en el Hospital Universitario San Vicente de Colombia. El diseño fue observacional, transversal donde incluyó 160 participantes, entre los cuales se encontraban pacientes del espectro psicótico y de los trastornos del humor, a los cuales se les aplicó una encuesta vía telefónica acerca de las características de su vida sexual, métodos anticonceptivos y reproductivos. El objetivo del trabajo de investigación era analizar las características de la muestra de estos pacientes en el ámbito de la funcionabilidad sexual, reproducción, uso de anticonceptivos y adiestramiento del psiquiatra durante la consulta médica. Se observó que la mayoría de los pacientes con esquizofrenia estaban solteros, desempleados, a lo sumo habían logrado avanzar académicamente más allá del bachillerato. Un poco menos del 50% de los pacientes con esquizofrenia dijeron no tener una vida sexual activa. También se evidenció que el porcentaje de pacientes con esquizofrenia que nunca habían tenido relaciones sexuales era mayor que el de los pacientes que padecían algún trastorno del humor. El 75% de mujeres con esquizofrenia no tenían hijos en comparación al 32% de pacientes con trastorno afectivo bipolar.

El 78% de los pacientes con esquizofrenia mencionaron estar informados sobre métodos de planificación familiar a pesar de afirmar que no habían recibido esta información en los consultorios de psiquiatría. Este estudio concluye que las

alteraciones conductuales y cognitivas de los pacientes con enfermedad mental afectan su salud sexual y reproductiva por lo que es importante trabajar con ellos en educación de anticoncepción, planeación de natalidad y riesgo de enfermedades de transmisión sexual. (8)

Osasona SO et al., en 2019, realizacon un estudio en Nigeria de tipo transversal. Se utilizaron 3 cuestionarios: Índice internacional de disfunción erectil (IIEF), datos clínicos y demograficos, y la escala de autoestima de Rosemberg.El objetivo del estudio era valorar la prevalencia de la disfunción sexual en los pacientes psiquiatricos en tratamiento con antipsicóticos que se atendían en la clínica psiquiatrica ambulatoria de un hospital de enseñanza en Benin, además de la asociación con otras variables de tipo clínico y demográfico. Además valoraron el impacto de la disfunción sexual en la autoestima de los pacientes asi como la adherencia al tratamiento. Entre los resultados se observaron que hasta un 45.3% de pacientes con trastornos psicóticos padecían de disfunción sexual, el 38.7% de los pacientes con disfunción erectil estaban recibiendo dos o más antipsicóticos y una inmensa mayoría, el 78.9%, nunca mencionó el tema a su medico tratante. Las variables: edad, estado civil, duración de tratamiento, polifarmacia y medicación antipsicótica se asociaron de manera significativa con disfunción sexual. El estudio concluye que la disfunción sexual es muy frecuente en los pacientes psiquiatricos en tratamiento con antipsicóticos y tiene un efecto negativo tanto en la autoestima del paciente como en la adherencia al tratamiento médico. (9)

Souaiby L et al., en 2019, realizaron un estudio en el Hospital de la Cruz del Líbano. El instrumento que se utilizó fue una encuesta descriptiva. El estudio fue de tipo transversal y se realizó en pacientes ambulatorios con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo en tratamiento antipsicótico. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de la disfunción sexual generada por el tratamiento antipsicótico en los pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, y como esta influye en la adherencia del paciente a la medicación antipsicotica. Se incluyeron farmacos de uso frecuente como: haloperidol, flufenazina, clorpromacina y perfenacina. La muestra fue 95 pacientes. En el estudio se encontro que el 81% de los encuestados era soltero, el 57.9% de los pacientes presentaron disfunción sexual, siendo esta mayor en mujeres (61.3%) que en

hombres (57.3%). Además no se encontró asociación entre la disfunción sexual y las variables clínicas o sociodemográficas. El 65.5% de pacientes atribuyó la disfunción sexual al uso del tratamiento antipsicótico. El estudio tampoco encontró asociación entre el número de antipsicóticos asociados y duración del tratamiento con el inicio de sintomatología disfuncional sexual y/o severidad. Concluyen que la prevalencia de disfunción sexual en pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo es alta por lo que el médico tratante debe ser conciente de los efectos adversos de la medicación antipsicótica, en particular sobre la disfunción sexual, y se debe preguntar en todo momento el grado de discomfort que pueda presentar el paciente para poder explicarle el origen de dicha disfunción, discutir opciones para reducirla y así evitar una mala adherencia al tratamiento. La alta tasa de disfunción sexual del estudio podría estar explicada por no incluir en el tratamiento quetiapina o aripiprazol, antipsicóticos con el que se reportan menor cantidad de efectos sobre el área sexual. Este estudio sin embargo tuvo varias limitaciones debido a que no contó con una encuesta para disfunción sexual previamente validada, los resultados del estudio no pueden extrapolarse a la población general debido a que el tamaño de la muestra resultó ser relativamente pequeña, lo cual tampoco permitió un mejor análisis de los medicamentos de forma individual.(10)

Huang Y-H et al., en 2019, publicaron un estudio realizado en el Centro de Salud Mental de Guangdong del Hospital Popular Provincial de Guangdong, en alianza con el Hospital de la Tercera Gente de Luoding en China. El diseño del estudio fue transversal. Se seleccionaron 21 centros de atención primaria en ciudades pequeñas. La muestra fue de 720 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Se utilizó el cuestionario ASEX para valorar disfunción sexual. Se emplearon otros cuestionarios más para recolectar otras variables: BPRS (para evaluar síntomas psicóticos) , MADRS (para evaluar sintomatología depresiva), SAS (para evaluar sintomatología extrapiramidal) y WHOQOL-BREF (versión china que evalúa calidad de vida). El objetivo del estudio era encontrar la prevalencia de disfunción sexual además de la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia del primer nivel de atención. Este estudio encontró una alta tasa de disfunción sexual en la muestra de pacientes (71.3%) , el mayor porcentaje de pacientes afectados fueron mujeres (82.7%), mientras que en hombres el

porcentaje fue menor (64.5%). También se encontró una asociación negativa entre la edad del paciente y la disfunción sexual, es decir a mayor edad mayor disfunción. Asociaron también una mayor disfunción sexual a una puntuación más alta en la escala psicótica breve (BPRS). La sintomatología negativa también estuvo asociada con disfunción sexual en estos pacientes. No encontraron asociación entre disfunción sexual y calidad de vida. El estudio concluye que los médicos de la atención primaria deben estar atentos a los casos de disfunción sexual en estos pacientes ya que es una patología extremadamente frecuente en esta población de riesgo. (11)

Esan O et al., en 2018, realizaron un estudio en Nigeria, tanto en el área de pacientes ambulatorios del University College Hospital y del Hospital General de Adeoyo en Ibadán. El objetivo era valorar la regularidad e índole de la disfunción sexual en pacientes con esquizofrenia además de los factores que determinan la presencia de dicha disfunción. La disfunción sexual fue valorada con la escala de Arizona (ASEX) en una población total de 90 pacientes con esquizofrenia. La severidad de la esquizofrenia fue valorada mediante la escala PANSS, la calidad de vida fue evaluada mediante la WHO Quality of Life-BREF, mientras que el estigma fue evaluado con la escala de estigma y discriminación (DISC 12). La prevalencia de disfunción sexual en esta población fue del 36.7%, reportándose en un 42.2% de las participantes femeninas y 31.1% para los participantes masculinos. La falta de placer y la incapacidad para alcanzar el orgasmo fueron las disfunciones sexuales más puntuadas en dicho estudio. También encontraron que la disfunción sexual estaba asociada con antecedentes de enfermedad mental en la familia, y puntuaciones altas en las subescalas negativas y positivas del PANSS. Concluyen que el estudio revela la alta frecuencia de disfunción sexual en pacientes con esquizofrenia así como una comorbilidad importante a ser tomada en cuenta debido a que podrían impactar en la adherencia al tratamiento del paciente. (12)

Dembler et al., en 2018, realizaron un estudio en el Hospital Charité University en Berlín, Alemania. El objetivo del estudio fue el comprarar la disfunción sexual entre los pacientes con esquizofrenia sin tratamiento antipsicótico con sus controles sanos. El tipo de estudio fue de casos y controles. Los medios de evaluación llevados a cabo fueron la versión alemana del inventario de Derogatis

para la función sexual (DISF-SR), la escala PANSS, y una breve anamnesis que abarcaba el área sexual del paciente. 17 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia fueron evaluados junto a 38 controles sanos. Los resultados evidenciaron deterioro en la presencia del orgasmo en pacientes con esquizofrenia, también se evidenció un mayor compromiso en la función sexual en aquellos pacientes que puntuaron más alto en la gravedad de la psicosis. El estudio concluye que la esquizofrenia como tal tiene un impacto per se sobre la disfunción sexual muy aparte del tratamiento antipsicótico.(13)

Ma et al., en 2018, llevaron a cabo un estudio en pacientes hospitalizados con diagnóstico de esquizofrenia en China. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de disfunción sexual en estos pacientes así como las asociaciones entre el desempeño sexual, las características sociodemográficas, actitudes sexuales, etc. Para esto se utilizó: un cuestionario demográfico, una escala de comportamiento sexual, la escala Arizona de experiencia sexual y una escala breve de calificación psiquiátrica. El estudio realizado fue de tipo transversal y admitió 317 participantes con diagnóstico de esquizofrenia. En este estudio se halló proporciones más altas de disfunción sexual en pacientes mujeres. También describieron que las mujeres del estudio presentaban proporciones más bajas de sentirse importantes para la vida sexual de los hombres. El estudio concluye que la disfunción sexual en los pacientes con esquizofrenia es frecuente y que la causa derivaría tanto de la enfermedad como del tratamiento. (14)

Martín et al., en 2018, realizaron un estudio en el Hospital Universitario de Valme en Sevilla, España. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de disfunción sexual en pacientes con esquizofrenia tratados con antipsicóticos de segunda generación, con monoterapia y sin uso concomitante de medicación antidepressiva y de estabilizadores del ánimo. También valoraron las causas de dicha disfunción. El tipo de estudio fue transversal, se seleccionaron 57 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Se utilizaron en el estudio la escala para la valoración de disfunción sexual debida a psicofármacos (PRSex DQ Salex), la escala del síndrome positivo y negativo, la escala de depresión de Hamilton, así como la valoración de analítica sanguínea (tetosterona, prolactina, estradiol, etc). Se evidenció que el 80% de pacientes presentaron algún tipo de

disfunción sexual. El 71% de los pacientes refirió no tener compañero sexual durante la realización del estudio. Se observó que los pacientes tuvieron un inicio de vida sexual heteroerótica tardía. Los investigadores concluyeron que los pacientes que reciben antipsicóticos de segunda generación en monoterapia tienen altos niveles de disfunción sexual incluso si estos no reciben otro tipo de psicofarmacos como estabilizadores del ánimo o antidepresivos. (15)

Fanta et al., en 2017, realizaron un estudio en Etiopia en el Hospital Mental Especializado de Amanuel. El estudio tuvo como objetivo valorar la prevalencia de la disfunción sexual en pacientes con esquizofrenia así como su asociación con factores clínicos o problemas físicos, demográficos y medicación antipsicótica. El estudio fue de tipo transversal, se llevó a cabo mediante encuesta. Se realizó en 422 pacientes con esquizofrenia. En los resultados observaron que la prevalencia de disfunción sexual en estos pacientes era elevada, 82.7%, además los varones eran los más afectados con un 84.5% de los casos, las mujeres presentaron un porcentaje menor pero también alto, 78.3%. En hombres la disfunción sexual más frecuente fue la disfunción eréctil (95.2%), seguida de disminución en el placer sexual (94.2%). En mujeres la principal queja fue la disminución del placer sexual (94.7%), seguida de disfunción en la excitación (93.2%). El antipsicótico más usado en este estudio fue la clorpromazina (43.6%), seguida de la risperidona (26.3%). El estado comorbido más frecuentemente asociado fue diabetes mellitus (2.4%), seguida de tuberculosis (1.9%). Se halló asociación para disfunción sexual el ser soltero, viudo o divorciado, ya que al no tener actividad sexual probablemente el deseo sexual en estos pacientes esté disminuido. Se encontró también asociación entre el uso de mayor dosis de tratamiento antipsicótico y disfunción sexual. Las recaídas fueron asociadas al doble de riesgo de padecer disfunción sexual, probablemente por el deterioro de la enfermedad per se, por los síntomas negativos que presentan con mayor intensidad y por requerir mayor dosis de medicación antipsicótica. Se vio asociación entre disfunción sexual y pobre calidad de vida. El estudio concluye en que la prevalencia de disfunción sexual es alta y que son factores asociados a este el recibir mayor terapia antipsicótica, no estar casado y tener una mala calidad de vida. Por este motivo exhortan a los médicos tratantes a valorar el área sexual de los pacientes durante consulta. (16)

Tharoor H et al. en 2015, realizó un estudio llevado a cabo en los servicios ambulatorios de la fundación de investigación para los pacientes con esquizofrenia (SCARF), en la India. Dicho estudio tuvo como objetivo evaluar la disfunción sexual en los pacientes con esquizofrenia a la vez que se observaba la actitud del equipo sanitario para valorar estos síntomas durante la práctica médica ambulatoria. Se realizó un estudio transversal con 136 pacientes diagnosticados de esquizofrenia que recibían tratamiento antipsicótico, por lo menos los últimos 3 meses previos al estudio, todos los participantes fueron seleccionados al azar. Para el estudio se diseñó un cuestionario semiestructurado para recolectar datos sociodemográficos y variables relacionadas con la enfermedad. Además se usaron cuestionarios de disfunción sexual asociada a antipsicóticos. El 60.4% de los pacientes en general refirieron tener síntomas leves de disfunción sexual. Además el 35% de los pacientes relacionaron la disfunción sexual con la medicación recibida. El 91% de pacientes indicó que toleraban los efectos secundarios de índole sexual de la medicación y muy pocos reportaron querer suspender la medicación por este motivo. En los resultados de la investigación se consigna que la mayoría de los profesionales de la salud no indagan sobre síntomas concernientes a disfunción sexual. El estudio concluye en que los síntomas relacionados a disfunción sexual no se informan frecuentemente durante la consulta y que deben ser abordados por el médico para disminuir y aliviar el discomfort en esta importante área de la vida de los pacientes. (17)

Chada Castro, realizó su tesis doctoral en 2015 para la Universidad de Salamanca de España. La tesis se basó en un estudio transversal comparativo y utilizó varios instrumentos de evaluación (escala Asex, Panss, Beck, Dai, Duku), incluyó una muestra de 80 pacientes con esquizofrenia que fueron seleccionados del Centro Hospitalario Psiquiátrico Monovalente de Francia. La tesis valoró las hipótesis de que la disfunción sexual en estos pacientes es alta a pesar de la evidente mejora de los síntomas característicos de la patología de base con el tratamiento antipsicótico. Valoró que la disfunción sexual atribuida al tratamiento antipsicótico aumenta la posibilidad de suspenderlo por propia iniciativa del paciente. El uso de determinados antipsicóticos pueden generar mayores estragos en la vida sexual de los pacientes que otros.

Se observó que el 68% de mujeres y el 50.91% de hombres sufrían de disfunción sexual. La queja por parte de los hombres fue la disfunción eréctil (34%). Un 22% de los entrevistados declaró no tener relaciones y un 23% indicó que tenía relaciones sexuales de forma infrecuente. La prevalencia de disfunción sexual en pacientes tratados con antipsicóticos llegó a un 56% utilizando la escala Asex. El 75% de pacientes asoció su disfunción sexual con el tratamiento, mientras que el 55.76% lo atribuyó a la propia enfermedad. La queja más frecuente de parte de los pacientes fue la dificultad para conseguir el orgasmo, 40%. El estudio también observó una diferencia significativa entre la edad media (43.4 años) de los pacientes que padecen trastornos de la función sexual en contraposición a la edad media de quienes no sufren de estos trastornos (33.4 años). El nivel de estudio y la situación profesional no se relacionaron con disfunción sexual. También se observó que aquellos pacientes con trastornos en la función sexual tuvieron puntajes elevados tanto en la escala PANSS positiva como PANSS psicopatológica. El 82.86% de pacientes que no presentaban disfunción sexual tenían buena adherencia al tratamiento, mientras que este porcentaje disminuía a 66.67 si había presencia de disfunción sexual.

La tesis concluye que a pesar de tener una muestra pequeña, esta permite evaluar a grandes rasgos la problemática sexual de estos pacientes. Concluye también que la prevalencia puede ser elevada debido a la edad del paciente, la cronicidad de la enfermedad, el tipo de sintomatología propia de la esquizofrenia y otros factores sociales y demográficos. (3)

2.2 Bases teóricas.

Antecedentes del estudio sobre la sexualidad en pacientes con esquizofrenia.

La esquizofrenia es considerada una enfermedad multifactorial donde intervienen factores tales como: ambientales, genéticos y culturales, los cuales interactúan en el modelo de vulnerabilidad frente al estrés. (3)

En el año de 1911 Freud postuló que el factor involucrado más importante en la génesis de la patología en los pacientes con esquizofrenia era la falta de “energía libidinal” en las relaciones interpersonales. Además planteó que la esquizofrenia era el resultado de fijaciones del desarrollo que se generaban antes que aquellas que producían neurosis. Estas producirían defectos en el desarrollo del yo, los cuales contribuirían a provocar los síntomas de la esquizofrenia. Esto explicaría que al estar afectado el yo las interpretaciones de la realidad y al control de los instintos por ende estarían alteradas.(1, 3)

Harry Stack Sullivan, de la misma escuela de Freud, identificó a la esquizofrenia como una perturbación en las relaciones interpersonales. (1)

Verhulst y Schneidman en el año 1981 refieren que durante la década de 1960 varios artículos de la escuela psicoanalítica postulaban una asociación entre la paranoia y la homosexualidad como causa de la esquizofrenia. (18)

Para Lacan, otro autor del movimiento psicoanalítico, la diferencia entre psicosis y neurosis radicaba en el rechazo de la figura del padre, la ausencia de esta no permitiría una organización como la del tipo neurótico (centrado en el complejo de Edipo) por lo que en la psicosis no habría ningún tipo de anclaje que permitiera una referencia simbólica con el mundo. Este es el motivo por el cual los pacientes con una “enfermedad mental” la libido permanecería bloqueada por lo cual la satisfacción sexual a la que podría recurrir sería de tipo infantil: perversión, represión, culpabilidad, inhibición y abolición”. Para los neuróticos la disfunción sexual sería interpretada como un síntoma o un conflicto en alguna etapa durante el estadio psicosexual. (3)

Interés por la sexualidad en los pacientes esquizofrénicos.

Antes del año 1950 la vida sexual de los pacientes con esquizofrenia estaba restringida debido a que las relaciones sexuales pre matrimoniales estaban mal vistas, la institucionalización del matrimonio en el mundo occidental aportó para la inactividad sexual o incluso prohibir la práctica sexual.(19)

Con la llegada y difusión de los anticonceptivos orales, los hospitales y centros psiquiátricos cambiaron algunas de sus regulaciones y empezaron a permitir que sus pacientes pudieran tener mayores actividades sociales así como continuar

el tratamiento en sus propios domicilios. Gracias a la desinstitucionalización la fertilidad de las mujeres con trastornos psiquiátricos aumentó ya que la comunidad permitía mayores oportunidades para encuentros sexuales. (19)

Aún así, Kely et al. mencionan que los trabajos que abordaban la sexualidad en la esquizofrenia fueron pocos o nulos hasta finales de la década de 1960. (4)

Pinderhuges et al. Refieren en una trabajo publicado en 1972 que la mayoría de psiquiatras y hasta un tercio de los pacientes pensaban que una actividad sexual regular podría disminuir el éxito de la terapia antipsicótica. (20)

Segraves en 1988, Sullivan y Lukoff en 1990 refieren que la mayoría de estudios sobre sexualidad en pacientes con esquizofrenia tenían poca muestra y a su vez estaban centralizados en la problemática masculina. (21, 22)

Lilleleht y Leiblum en 1993, mencionan que para inicios de los años 90 había poca información en la literatura científica sobre el comportamiento sexual en la esquizofrenia. Estos autores, y posteriormente Rowlands en 1995, consideraron la esfera sexual como un área sensible que podría provocar descompensación psicótica. (23, 24)

Tipos de actividad sexual en pacientes con esquizofrenia

Autoerotismo

Es la conducta sexual más frecuente encontrada en pacientes esquizofrénicos, la cual es explicada por algunos autores como Lilleleht y Leiblum como la imposibilidad del paciente de mantener buenas relaciones interpersonales. (3, 23)

Según Nestoros et al. la masturbación correspondería a un 76% de la totalidad de la conducta sexual en el estadio pre mórbido y Verhlost y Schneidman plantearon que la masturbación aliviaba los efectos secundarios extrapiramidales de la medicación (disquinesia y acaticia). (18, 25)

Hiposexualidad coital

Numerosos autores coinciden que los pacientes con esquizofrenia presentan hiposexualidad coital con respecto a la población sana, tal y como concluyeron Mitchell y Popkin . En una encuesta realizada por Rozensky y Berman en 1984

se encontró que en el 80% de pacientes esquizofrénicos tenían relaciones sexuales una vez por mes, mientras que el 33% indicó tener una vida sexual inactiva. (26, 27)

Nestoros et al en 1981 encontró que en la población general la frecuencia de actividad sexual disminuía a partir de los 40 años, mientras que en los pacientes con esquizofrenias esto iniciaba en la adolescencia. (25)

Perry y Wright en el año 2006 publicaron un estudio donde indicaban que un 75% de la población general tenía una pareja sexual estable mientras que esto sólo ocurría en el 22% de los pacientes con esquizofrenia. (28)

Hipersexualidad.

El inicio de la patología esquizofrénica puede manifestarse como un aumento en la actividad de índole sexual. Lukianowicz fue el primero en estudiar este aspecto en pacientes esquizofrénicos. El indicó una actividad sexual mayor en pacientes esquizofrénicos que en otro grupo control de pacientes con síntomas depresivos, su hipótesis se basa en que el aumento de la libido sería un mecanismo de defensa relacionado a la ansiedad que la propia enfermedad produce.(29)

Tipos de disfunción sexual en pacientes con esquizofrenia

Deseo sexual:

No hay un criterio fisiológico para definir el deseo, este usualmente es valorado en base a la frecuencia de pensamientos de contenido erótico, fantasías, sueños, deseo de iniciar algún tipo de vivencia sexual. (19)

Excitación sexual : Disfunción eréctil

Es la incapacidad para empezar o mantener la erección. En la evaluación de la excitación sexual se usa a menudo cuestionarios donde se valora de forma cuantitativa (tiempo de erección y frecuencia) y cualitativa (rigidez durante la erección). (19)

Excitación sexual: Priapismo

Es la condición patológica caracterizada por la erección peneana sostenida que persiste más allá o no está relacionada al estímulo sexual. El priapismo es

raramente producido por la medicación antipsicótica y está registrado es escasos reportes de casos. (19)

Excitación sexual: Lubricación vaginal

La lubricación vaginal facilita la penetración durante las relaciones sexuales. Ha sido poco estudiada a pesar de fisiológicamente hablando ser el similar de la erección en las mujeres. Algunos estudios han evidenciado que la frecuencia en que se presenta la disminución de lubricación vaginal es similar a la disfunción en la erección peneana en pacientes tratados con los mismos antipsicóticos. (19)

Orgasmo:

El orgasmo es el pico de placer y además de la liberación de la tensión sexual que va acompañado de una serie de contracciones musculares de los órganos sexuales, músculos pélvicos, cambios en el aparato cardiovascular y respiratorio. El orgasmo suele ser evaluado como un acápite aparte en los cuestionarios de disfunción sexual. Estudios han revelado que ciertos antipsicóticos, como clozapina, mejoran la experiencia del orgasmo. (19)

Eyaculación:

Es la expulsión de un fluido biológico llamado semen. La alteración más común de la eyaculación suele ser la disminución del volumen. La disminución del volumen eyaculatorio y la eyaculación seca, están relacionados con el uso de varios antipsicóticos. El mecanismo de acción no se conoce exactamente. (19)

Trastornos menstruales, galactorrea y ginecomastia

Suelen estar relacionadas con el aumento del nivel de prolactina. (19)

Etiología y factores asociados a la disfunción sexual en pacientes con esquizofrenia

La propia esquizofrenia

La esquizofrenia como enfermedad crónica, que evoluciona en forma de accesos (deficitarios o productivo-delirantes), tiene un impacto en la vida del sujeto así como también en la vida sexual. (3)

Fisiológica

El sistema dopaminérgico juega un rol importante en la patológica esquizofrénica al relacionarse con la fase del deseo, motivación y en los mecanismos de recompensas. (3)

Signos positivos:

Algunos pacientes con esquizofrenia piensan que la actividad sexual está determinada por el delirio en el cual están imbuidos, es por esto que en función de esta ideas la sexualidad podrá ser repimida o deshinibida. (3)

Anhedonia:

Los síntomas negativos son más estables y suelen presentarse de forma persistente luego de la fase psicótica. Tal como lo describe Nestoros et al. Una vez la Esquizofrenia se instala en el paciente por largo tiempo, la anhedonia toma un lugar muy importante dentro de los síntomas negativos.(3, 25)

Consecuencias neurológicas:

Debido al deterioro cognitivo que produce la misma enfermedad. (3)

Tratamiento antipsicótico

Aún no existe un entendimiento completo del tipo de mecanismo que usan los antipsicóticos para propiciar la disfunción sexual. Se han propuesto 3 mecanismos por los cuales un antipsicótico puede causar disfunción sexual: (19)

- El bloqueo de la dopamina es un importante elemento en la disfunción sexual. Involucrada en los mecanismos de recompensa ahora se señala que su papel estaría más relacionada con la anticipación de la recompensa. Además los antagonistas de la dopamina permiten la disminución de esta por lo que la prolactina aumenta. (19)
- Los antipsicóticos tienen una afinidad variable para con los neurotransmisores serotoninérgicos, noradrenérgicos, histámicos y colinérgicos. Por ejemplo, cuando interactúan con los receptores

(agonistas) 5HT2 hay dificultad para lograr el orgasmo, por el contrario los efectos agonistas en los receptores 5HT1a y aparentemente también los receptores 5HT2a y 5HT2c aumentan el rendimiento sexual. Se piensa que los receptores alfa 1 están ligados a la erección. El efecto de los antipsicóticos en los receptores histaminicos todavía es desconocido, se postula sin embargo que los efectos antagonistas de dichos receptores disminuirían la función sexual. (19)

- El aumento de prolactina sérica por uso de antipsicóticos puede generar galactorrea, trastornos menstruales, amenorrea y disfunción sexual. (19)

Comienzo de la patología en la adolescencia y funcionamiento sexual pre mórbido

Los hombres son los más afectados por la aparición de los primeros síntomas de esquizofrenia, los cuales aparecen entre los 15 y 25 años de edad. (en promedio 16 y 23 para hombres y 22 y 26 mujeres. Por esta razón los varones tienen un relacionamiento social más limitado que las mujeres ya que inician la enfermedad de forma precoz. (30)

La conducta sexual en la etapa premorbida de un paciente con esquizofrenia es muy diferente al de las personas sanas. Nestoros et al. Determinó que los pacientes sanos tenían más apetito sexual al final de la adolescencia que los pacientes con esquizofrenia. A su vez Verhulst y Schneidman señalaron una disminución en el apetito sexual de los pacientes con esquizofrenia al final de la adolescencia. (18, 25)

Keefe et al, relacionó un peor funcionamiento sexual premorbido con una mayor severidad de sintomatología negativa posterior. Mc Glashan y Bardenstein reportan que las mujeres tienen un mejor comportamiento sexual pre morbido que los hombres. (31, 32)

2.3. Definición de términos básicos

Esquizofrenia: Trastorno mental grave y complejo. Comprende dentro de su sintomatología delirios, alucinaciones, alteración del lenguaje, desorganización del comportamiento y alteraciones en la capacidad cognitiva.(1)

Disfunción sexual: Es la dificultad para tener una respuesta sexual adecuada y abarca o compromete cualquiera de las etapas del acto sexual (como deseo, orgasmo, etc.).(3)

Deseo: También denominado libido, es el impulso que estimula la conducta sexual que se produce con la intención.(33)

Orgasmo: Es el punto culminante de la relación sexual. Es un pico sensorial y transitorio de placer intenso. Incluye procesos de contracción muscular pélvica.(3)

Eyacuación: Expulsión del semen a través del pene durante el orgasmo, masturbación o emisión nocturna.(33)

Erección: Levantamiento y endurecimiento del órgano viril masculino debido a la mayor irrigación sanguínea producto de la estimulación sexual.(33)

Lubricación Vaginal: Se produce por la segregación de un líquido viscoso y transparente que favorece la relación sexual.(34)

Antipsicóticos: También llamados neurolepticos. Conjunto de moléculas con distintas propiedades, tienen como fin común disminuir la sintomatología psicótica.(35)

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

El presente estudio no llevará hipótesis por ser de carácter cuantitativo, descriptivo-observacional.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación	
Edad	Tiempo de vida de una persona contando desde su nacimiento.	Cuantitativa	años	Razón	18-100	Ficha de recolección de datos (Variables sociodemográficas)	
Sexo	Condición orgánica referida a la anatomía del sistema reproductivo y caracteres sexuales secundarios.	Cualitativa	Género	Nominal dicotómica	Masculino femenino	Ficha de recolección de datos (Variables sociodemográficas)	
Educación	Grado más alto de estudios desarrollados o llevándose a cabo por una persona.	cualitativa	Grado de instrucción	Ordinal	Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnica incompleta Técnica completa Superior Incompleta Superior completa	Ficha de recolección de datos (Variables sociodemográficas)	
Estado civil	Situación legal de cada persona en relación con derechos y obligaciones civiles	cualitativa	Estado civil	Nominal	Soltero Casado Viudo Divorciado	Ficha de recolección de datos (Variables sociodemográficas)	
Trabajo	Actividad manual o intelectual realizada a cambio de una compensación económica.	Cualitativa	Estado actual de ocupación	Nominal dicotómica	Si No	Ficha de recolección de datos (Variables sociodemográficas)	
Funcionamiento cognitivo	Aprendizaje verbal inmediato (VLT-I)	Tres ensayos de una tarea de aprendizaje de una lista de 10 palabras con recuerdo inmediato después de cada presentación de la lista	Cuantitativa	Suma del número total de palabras recordadas en los tres ensayos	Ordinal	Bajo (0 a 15) Moderado (16 a 19) Alto (20-23) Muy alto (24-30)	Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP)
	Memoria de trabajo (VMT)	Ocho combinaciones de 3 letras, con distracción del recuerdo de 0, 3, 9 y 18 segundos	Cuantitativa	Suma de las letras correctamente recordadas	Ordinal	Muy bajo (0 a 11) Bajo (12 a 16) Moderado (17 a 20) Alto (21 a 24)	Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP)
	Fluencia verbal (VFT)	Dos ensayos de 30 segundos durante los cuales el paciente genera palabras que comiencen con una letra dada del alfabeto	Cuantitativa	Suma del número de palabras generadas aceptables en los dos ensayos	Ordinal	Muy bajo (0 a 7) Bajo (8 a 13) Moderado (14 a 18) Alto (\geq 19)	Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP)
	Aprendizaje verbal diferido (VLT-D)	Prueba de recuerdo diferido de las palabras del VLT-I	Cuantitativa	Suma del número de palabras recordadas correctamente	Ordinal	Muy bajo (0 a 2) Bajo (3 a 4) Moderado (5 a 6) Alto (7 a 8)	Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP)

						Muy alto (9 a 10)	
	Velocidad de procesamiento (PST)	Tarea en 30 segundos que requiere que el sujeto traduzca los equivalentes del código Morse de seis letras del alfabeto en recuadros debajo de una secuencia de letras distribuidas aleatoriamente	Cuantitativa	Suma del número de traducciones secuenciales correctas	Ordinal	Bajo (0 a 6) Moderado (7 a 10) Alto (11 a 15) Muy alto (16 a 30)	Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP)
Disfunción sexual	Problemas que abarcan alguna de las fases de placer del acto sexual.	Cualitativa	Tipos de disfunción sexual	Nominal	Deseo sexual Eyacuación/orgasmo Erección y lubricación vaginal	Cuestionario de disfunción secundaria al tratamiento con psicofarmacos (Escala SaSex)	
Edad 1er síntoma inespecífico	Edad en años cumplidos en la cual aparecieron los primeros síntomas inespecíficos (cambios afectivos, cognitivos, etc)	Cuantitativa	Años	Razón	1 a 59	Ficha de recolección de datos (Historia de la enfermedad)	
Edad 1er síntoma psicótico	Edad en años cumplidos en la cual aparecieron los primeros síntomas psicóticos claros (alucinaciones, desorganización, etc)	Cuantitativa	Años	Razón	1 a 59	Ficha de recolección de datos (Historia de la enfermedad)	
Edad 1er tratamiento antipsicótico	Edad en años cumplidos en la cual recibió el primer psicofarmacológico	Cuantitativa	Años	Razón	1 a 59	Ficha de recolección de datos (Historia de la enfermedad)	
Duración de la enfermedad no tratada (DUI)	Tiempo en semanas desde el primer síntoma inespecífico hasta recibir el primer tratamiento antipsicótico	Cuantitativa	Semanas	Razón	1 a más	Ficha de recolección de datos (Historia de la enfermedad)	
Duración de la psicosis no tratada (DUP)	Tiempo en semanas desde el primer síntoma psicótico hasta recibir el primer tratamiento antipsicótico	Cuantitativa	Semanas	Razón	1 a más	Ficha de recolección de datos (Historia de la enfermedad)	
Tiempo de enfermedad	Tiempo en años desde el primer síntoma psicótico hasta la edad actual	Cuantitativa	Años	Ordinal	0-5 años 6-10 años 10-15 años 16-20 años >21 años	Ficha de recolección de datos (Historia de la enfermedad)	
Número de episodios previos	Número total de episodios claros de síntomas psicóticos activos	Cuantitativa	Número total de episodios previos	Razón	1 a más	Ficha de recolección de datos (Historia de la enfermedad)	
Síntomas negativos	Implica la disminución del funcionamiento normal y la conducta. Implica síntomas como anhedonia, insociabilidad, abulia, apatía, etc.	Cualitativa	Síntomas negativos	Nominal	Aplanamiento afectivo Abulia-apatía Alogia Anhedonia-insociabilidad Abulia	Ficha de recolección de datos (Historia de la enfermedad)	
Tratamiento antipsicótico	Drogas psicótropas que tienen como función aliviar la sintomatología psicótica.	Cualitativa	Adherencia al tratamiento	Ordinal	Buena Parcial Mala	Ficha de recolección de datos (Historia de la enfermedad)	

	reducen las recaídas e intensidad de síntomas.					
Comorbilidades	Dos o más enfermedades que se encuentran presentes al mismo tiempo.	cualitativa	Tipos de comorbilidades	Nominal	Diabetes Hipertensión Prolactinemia.	Ficha de recolección de datos (Historia de la enfermedad)

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

El presente estudio es observacional porque recolectará la data sin intervenir en los factores asociados a la disfunción sexual. Es Descriptivo ya que no habrá comparación entre grupos de pacientes. Es transversal porque se recolectará la data sólo una vez y prospectivo pues se recolectarán los datos de los pacientes ingresando al servicio de hospitalización a partir del año 2021.

4.2 Diseño muestral

No probabilístico por conveniencia.

Tamaño de la muestra: Se realizó la obtención de la muestra a partir de una población de 1910 pacientes con esquizofrenia atendidos en la consulta externa del HNGAI. Utilizamos el estudio de Souaiby L et al., en 2019 (10) para calcular el tamaño de la muestra. En dicha investigación se estimó una frecuencia esperada del 55% de problemas sexuales en los pacientes con esquizofrenia. Con este dato, y considerando un margen de error del 5%, con un efecto de diseño de 1 y un solo grupo, obtuvimos un total de 318 individuos con un 95% de confianza. La muestra se seleccionará a través de un muestreo aleatorio simple. Cada uno de los 1910 pacientes tendrá una codificación. A través del programa Epidat se procederá a realizar la selección de la muestra.

Población universo

Pacientes con diagnóstico esquizofrenia del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Población de estudio

Pacientes con esquizofrenia hospitalizados en el servicio de psiquiatría general del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el 2021.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Pacientes con edades entre 18-65 años.
- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia hospitalizados en el servicio de psiquiatría de adultos del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.
- Pacientes que cuenten con la presencia de un familiar u otra persona que permita cotejar la información brindada.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de enfermedad neurológica primaria.
- Pacientes con presencia de consumo de sustancias tóxicas.
- Pacientes hospitalizados en el servicio de psiquiatría de adultos del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen que no cuenten con diagnóstico de esquizofrenia.
- Pacientes que presenten dificultades para leer y escribir.

4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos

Se enviará una solicitud de permiso dirigida al director del “Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen” de la Victoria, Departamento de Psiquiatría del “Hospital Guillermo Almenara Irigoyen” de la Victoria en el periodo enero a diciembre del 2021.

Una vez obtenido el permiso se recolectará la información del Servicio de Psiquiatría de adultos durante los meses de enero a diciembre del 2021 del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Los datos serán recolectados por medio de la ficha de datos sociodemográficos (que incluirá la variable comorbilidad) , la encuesta Salsex y la escala SCIP (empleadas y validadas en España).

La recolección de datos se llevará a cabo posteriormente de verificar que los pacientes a evaluar cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente se procederá a explicar al paciente de forma sencilla y clara los datos a recoger y la importancia del estudio invitándolo a participar.

Si el paciente acepta participar se procederá a brindar el consentimiento informado destinado al presente estudio, luego se aplicará la ficha de recolección

de datos sociodemográficos y posteriormente la escala SCIP y la encuesta SALSEX.

Instrumentos de medición y medición de variables

Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP)

El Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP) se utilizará como método de evaluación cognitiva en los pacientes que cumplan los requisitos de inclusión y exclusión del estudio. Las ventajas del presente instrumento radica en que está diseñado para ser tomado en un corto periodo de tiempo, aproximadamente de 15 a 20 minutos. No genera un sobrecosto al proyecto debido a que puede ser aplicado por el mismo investigador principal y no requiere un Kit de prueba. El SCIP evalúa 5 dimensiones cognitivas a partir de 5 subtests: (36)

- 1) **Aprendizaje verbal inmediato (VLT-I):** Creado del RAVLT (Rey Audio Verbal Learning Test). Consta de una lista de 30 palabras divididas en 3 subgrupos. El encuestado escuchará estas 10 palabras leídas por el investigador. Habrá una separación de 3 segundos entre palabras. Al culminar el entrevistado mencionará los términos previamente dictados en el orden que considere apropiado. El investigador realizará el proceso 3 veces. La valoración se obtendrá del número de palabras que el paciente pueda evocar: Bajo (0 a 15), moderado (16-19), alto (20-23), muy alto (24-30).
- 2) **Memoria de trabajo (VMT):** Creado del CTT (Brown-Peterson Consonant Trigram TEST). Consta de 8 trigramas de consonantes los cuales son leídos al entrevistado. Los dos primeros trigramas no tendrán retraso, los dos siguientes tendrán un retraso de 3 segundos, los siguientes dos un retraso de 9 segundos y los dos finales un retraso de 18 segundos. El paciente deberá evocar el trigramas y contar hacia atrás, luego evocará las letras en el orden que él decida. El puntaje se medirá como: Muy bajo (0-11), bajo (12-16), moderado (17-20), alto (21-24).
- 3) **Fluides verbal (VTF):** Creado del COWAT (Controlled Oral Word Association Test). Se le brinda al paciente una letra con lo cual deberá generar todas las palabras que pueda durante 30 segundos. Luego se

repite la misma acción con la siguiente letra. Se debe explicar al paciente no decir números, nombres propios o palabras que se deriven de las ya mencionadas. El puntaje es calificado como: Muy bajo (0-7), bajo (8-13), moderado (14-18) y alto (Mayor igual a 19).

- 4) **Aprendizaje verbal diferido (VLT-D):** Se pide al entrevistado que mencione las palabras que pueda evocar de la prueba VLT-I. Se valorará: Muy bajo (0-2), bajo (3-4), moderado (5-6), alto (7-8), muy alto (9-10).
- 5) **Velocidad de procesamiento (PST):** El paciente tendrá que llenar los espacios en blanco de cada una de las letras asignadas con su respectiva clave morse. Se contabilizará 30 segundos para que el paciente pueda llenar estos espacios. La valoración será: Bajo (0-6), moderado (7-10), alto (11 a 15), muy alto (16-30).

Cuestionario de disfunción sexual secundario a psicofarmacos (PRSexDQ-SALSEX)

Diseñado en el año 1986 y posteriormente validado en la Universidad de Salamanca en el año 2000. Tiene como objetivo medir y cuantificar la disfunción sexual producida por la ingesta de psicofarmacos. Además valora la adherencia al tratamiento y el riesgo de abandono por la disfunción sexual generada. Es aplicada directamente por el entrevistador. Consta de 7 valoraciones: Las dos primeras preguntas evalúan disfunción sexual y si la información se obtiene mediante comunicación espontánea con el investigador o es escrita en el cuestionario. También valora: Descenso de la libido, retraso del orgasmo o eyaculación, ausencia de orgasmo o eyaculación, disfunción erectil y lubricación vaginal, tolerancia a los cambios en la función sexual. Se considera disfunción sexual si existe un puntaje mayor igual a 2. Se valora: 2-5 leve (ningún item debe superar los dos puntos) , 6-10 moderado (ningún item debe superar los 3 puntos), 11 a 15 severa (o algún item sea igual a 3). (37)

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Se procederá a realizar un análisis estadístico de tipo descriptivo de las variables que se mencionarán a continuación: demográficas y comorbilidades,

funcionamiento cognitivo y disfunción sexual. Las variables cuantitativas serán evaluadas mediante el cálculo de sus medidas de resumen y desviación estándar. Para las variables cualitativas se calcularán las proporciones que les correspondan.

La correlación entre el SCIP y SALSEX se calcularán de forma gráfica y analítica elaborando líneas de regresión, cálculo del coeficiente de correlación de SPEARMAN y nubes de puntos.

Las tablas de frecuencia cruzadas serán analizadas mediante Chi cuadrado. La comparación de medias se valorará mediante T-Student y ANOVA. La significación estadística del estudio será de 0.05.

Los análisis mencionados anteriormente serán realizados con el programa SPSS.

4.5. Aspectos éticos

Sabiendo la necesidad de obtener el permiso, se enviará una carta, adjuntándose una copia del proyecto al comité de ética del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen con el fin de tener acceso a las historias clínicas. Las cuales están destinadas para el desarrollo del proyecto. Para asegurar la protección de los principios éticos, el presente proyecto de investigación se llevará a cabo cumpliendo de manera estricta los códigos éticos detallados a continuación:

Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Dado que el proyecto de investigación está sujeto a normas éticas que promueven y aseguran el respeto a los seres humanos, protegiendo la salud y los derechos individuales de estos.

Código de ética y Deontología del Colegio Médico del Perú. Dado que el médico debe respetar y buscar la forma más conveniente para asegurar el respeto y los derechos de los pacientes.

Antes de proceder con las evaluaciones se brindará a los pacientes el consentimiento informado pertinente. El consentimiento incluirá la explicación del estudio en desarrollo así como los derechos del paciente al anonimato y de

abstenerse de participar de la investigación. No existe conflicto de intereses para la elaboración del presente trabajo de investigación y será aprobado por la oficina de Capacitación y docencia del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen así como por la facultad de medicina de la Universidad de San Martín de Porres.

CRONOGRAMA

Pasos	2020				2021												
	S e t	O c t	N o v	D i c	E n e	F e b	M a r	A b r	M a y	J u n	J u l	A g o	S e p	O c t	N o v	D i c	
Redacción final del plan de investigación	X																
Aprobación del plan de investigación		X															
Recolección de datos			X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Procesamiento y análisis de los datos																	
Elaboración del informe																	
Correcciones del trabajo de investigación																	
Aprobación del trabajo de investigación																	
Publicación del artículo científico																	

Pasos	2022													
	E n e	f e b	M a r	A b r	M a y	J u n	j u l	A g o	S e t	O c t	N o v	D i c		
Redacción final del plan de investigación														
Aprobación del plan de investigación														
Recolección de datos														
Procesamiento y análisis de los datos														
Elaboración del informe	X	X	X	X	X	X								
Correcciones del trabajo de investigación							X	X	X	X	X			
Aprobación del trabajo de investigación													X	
Publicación del artículo científico													X	

PRESUPUESTO

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	200.00
Adquisición de software	900.00
Internet	300.00
Impresiones	300.00
Logística	200.00
Traslados	900.00
TOTAL	2800.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Benjamin James Sadock VAS, kaplan, Sadock. . Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicoticos: Benjamin James Sadock. 2015. p. 300-29.
2. Gabay PM, Fernández Bruno M, Roldán E. [Sexual behavior in patients with schizophrenia: a review of the literature and survey in patients attending a rehabilitation program]. Vertex (Buenos Aires, Argentina). 2006;17(66):136-44.
3. Chada Castro C. Esquizofrenia y sexualida: Prevalencia de la disfunción sexual y su impacto en el tratamiento en un estudio de pacientes esquizofrénico [Tesis doctoral]. España: Universidad de Salamanca; 2015.
4. Kelly DL, Conley RR. Sexuality and schizophrenia: a review. Schizophrenia bulletin. 2004;30(4):767-79.
5. Abdelatti SI, Ismail RM, Hamed RA. Sexual dysfunctions in a sample of male psychiatric patients compared to medically ill patients. Middle East Current Psychiatry. 2020;27(1):12.
6. Dumontaud M, Korchia T, Khouani J, Lancon C, Auquier P, Boyer L, et al. Sexual dysfunctions in schizophrenia: Beyond antipsychotics. A systematic review. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2020;98:109804.
7. Zhao S, Wang X, Qiang X, Wang H, He J, Shen M, et al. Is There an Association Between Schizophrenia and Sexual Dysfunction in Both Sexes? A Systematic Review and Meta-Analysis. The Journal of Sexual Medicine. 2020.
8. 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. Revista colombiana de psiquiatria. 2020;49(1):15-22.
9. Osasona SO, Ehimigbai M. Sexual dysfunction: prevalence and associated factors in patients with mental illness receiving psychotropic medication in Nigeria. Afr Health Sci. 2019;19(4):2973-84.
10. Souaiby L, Kazour F, Zoghbi M, Bou Khalil R, Richa S. Sexual dysfunction in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder and its association with adherence to antipsychotic medication. J Ment Health. 2019:1-8.
11. Huang Y-H, Hou C-L, Ng CH, Chen X, Wang Q-W, Huang Z-H, et al. Sexual dysfunction in Chinese rural patients with schizophrenia. BMC Psychiatry. 2019;19(1):218.

12. Esan O, Esan A. Sexual Dysfunction Among Patients With Schizophrenia in Southwest Nigeria. *Journal of sex & marital therapy*. 2018;44(7):657-66.
13. Dembler-Stamm T, Fiebig J, Heinz A, Gallinat J. Sexual Dysfunction in Unmedicated Patients with Schizophrenia and in Healthy Controls. *Pharmacopsychiatry*. 2018;51(6):251-6.
14. Ma MC, Chao JK, Hung JY, Sung SC, Chao IC. Sexual Activity, Sexual Dysfunction, and Sexual Life Quality Among Psychiatric Hospital Inpatients With Schizophrenia. *J Sex Med*. 2018;15(3):324-33.
15. Martín JC, Acuña MJ, Labrador J, Blanco M, Casas C. Sexual dysfunction factors in patients with schizophrenia treated with second generation antipsychotics: not only prolactin. *Actas Esp Psiquiatr*. 2018;46(6):217-25.
16. Fanta T, Haile K, Abebaw D, Assefa D, Hibdye G. Assessment of sexual dysfunction and associated factors among patients with schizophrenia in Ethiopia, 2017. *BMC psychiatry*. 2018;18(1):158-.
17. Tharoor H, Kaliappan A, Gopal S. Sexual dysfunctions in schizophrenia: Professionals and patients perspectives. *Indian journal of psychiatry*. 2015;57(1):85-7.
18. Verhulst J, Schneidman B. Schizophrenia and sexual functioning. *Hospital & community psychiatry*. 1981;32(4):259-62.
19. de Boer MK, Castelein S, Wiersma D, Schoevers RA, Knegtering H. The facts about sexual (Dys)function in schizophrenia: an overview of clinically relevant findings. *Schizophr Bull*. 2015;41(3):674-86.
20. Pinderhughes CA, Grace EB, Reyna LJ. Psychiatric Disorders and Sexual Functioning. *American Journal of Psychiatry*. 1972;128(10):1276-83.
21. Segraves RT. Sexual side-effects of psychiatric drugs. *Int J Psychiatry Med*. 1988;18(3):243-52.
22. Sullivan G, Lukoff D. Sexual side effects of antipsychotic medication: evaluation and interventions. *Hospital & community psychiatry*. 1990;41(11):1238-41.
23. Lilleleht E, Leiblum S. Schizophrenia and Sexuality: A Critical Review of the Literature. *Annual Review of Sex Research*. 1993;4(1):247-76.
24. Rowlands P. Schizophrenia and sexuality. *Sexual & Marital Therapy*. 1995;10(1):47-61.

25. Nestoros JN, Lehmann HE, Ban TA. Sexual behavior of the male schizophrenic: The impact of illness and medications. *Archives of Sexual Behavior*. 1981;10(5):421-42.
26. Mitchell JE, Popkin MK. Antipsychotic drug therapy and sexual dysfunction in men. *Am J Psychiatry*. 1982;139(5):633-7.
27. Rozensky RH, Berman C. Sexual knowledge, attitudes, and experiences of chronic psychiatric patients. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1984;8(1):21-7.
28. Perry BL, Wright ER. The sexual partnerships of people with serious mental illness. *J Sex Res*. 2006;43(2):174-81.
29. Lukianowicz N. SEXUAL DRIVE AND ITS GRATIFICATION IN SCHIZOPHRENIA. *The International journal of social psychiatry*. 1963;9:250-8.
30. 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. *Schizophrenia bulletin*. 2003;29(3):559-72.
31. Keefe RS, Mohs RC, Losonczy MF, Davidson M, Silverman JM, Horvath TB, et al. Premorbid sociosexual functioning and long-term outcome in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1989;146(2):206-11.
32. McGlashan TH, Bardenstein KK. Gender differences in affective, schizoaffective, and schizophrenic disorders. *Schizophrenia bulletin*. 1990;16(2):319-29.
33. Waldinger MD. Psychiatric disorders and sexual dysfunction. *Handbook of clinical neurology*. 2015;130:469-89.
34. Pastor Z. Female ejaculation orgasm vs. coital incontinence: a systematic review. *J Sex Med*. 2013;10(7):1682-91.
35. Meltzer HY. Update on typical and atypical antipsychotic drugs. *Annual review of medicine*. 2013;64:393-406.
36. Pino Ó, Guilera G, Gómez J, Rojo JE, Vallejo J, Purdon SE. Escala breve para evaluar el deterioro cognitivo en pacientes psiquiátricos. [A brief scale to assess cognitive impairment in psychiatric patients.]. *Psicothema*. 2006;18(3):447-52.
37. Montejo A, García M, Espada M, Rico-Villademoros F, Llorca G, Izquierdo JA. Psychometric characteristics of the Psychotropic-Related Sexual Dysfunction

Questionnaire [Propiedades psicométricas del Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos]. Actas Espanolas de Psiquiatria. 2000;28:141-50.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de los datos	Instrumento de recolección	
Disfunción sexual y esquizofrenia. Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. 2021	¿Cuáles son los factores asociados a la disfunción sexual en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el 2021?	General: Determinar los factores asociados a la disfunción sexual en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el 2021.		Cuantitativo observacional, transversal, descriptivo.	Pacientes con esquizofrenia hospitalizados en el servicio de psiquiatría general del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el 2021.	Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP)	
		Específicos:					
		Describir las características de los pacientes con esquizofrenia.					Cuestionario de disfunción sexual secundario a psicofarmacos (PRSexDQ-SALSEX)
		Describir la frecuencia y tipos de disfunción sexual en los pacientes con esquizofrenia					
		Establecer si existe diferencias entre la disfunción sexual según las variables sociodemográficas.					
Establecer si existe correlación entre la disfunción sexual y las variables clínicas.							

2. Instrumento de recolección de datos

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN FUNCIONAMIENTO GLOBAL Y COGNITIVO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Nombre del paciente: _____

N°HC: _____ Fecha: _____ Evaluador: _____

Teléfono: _____

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad: Sexo: 0=varón 1=mujer

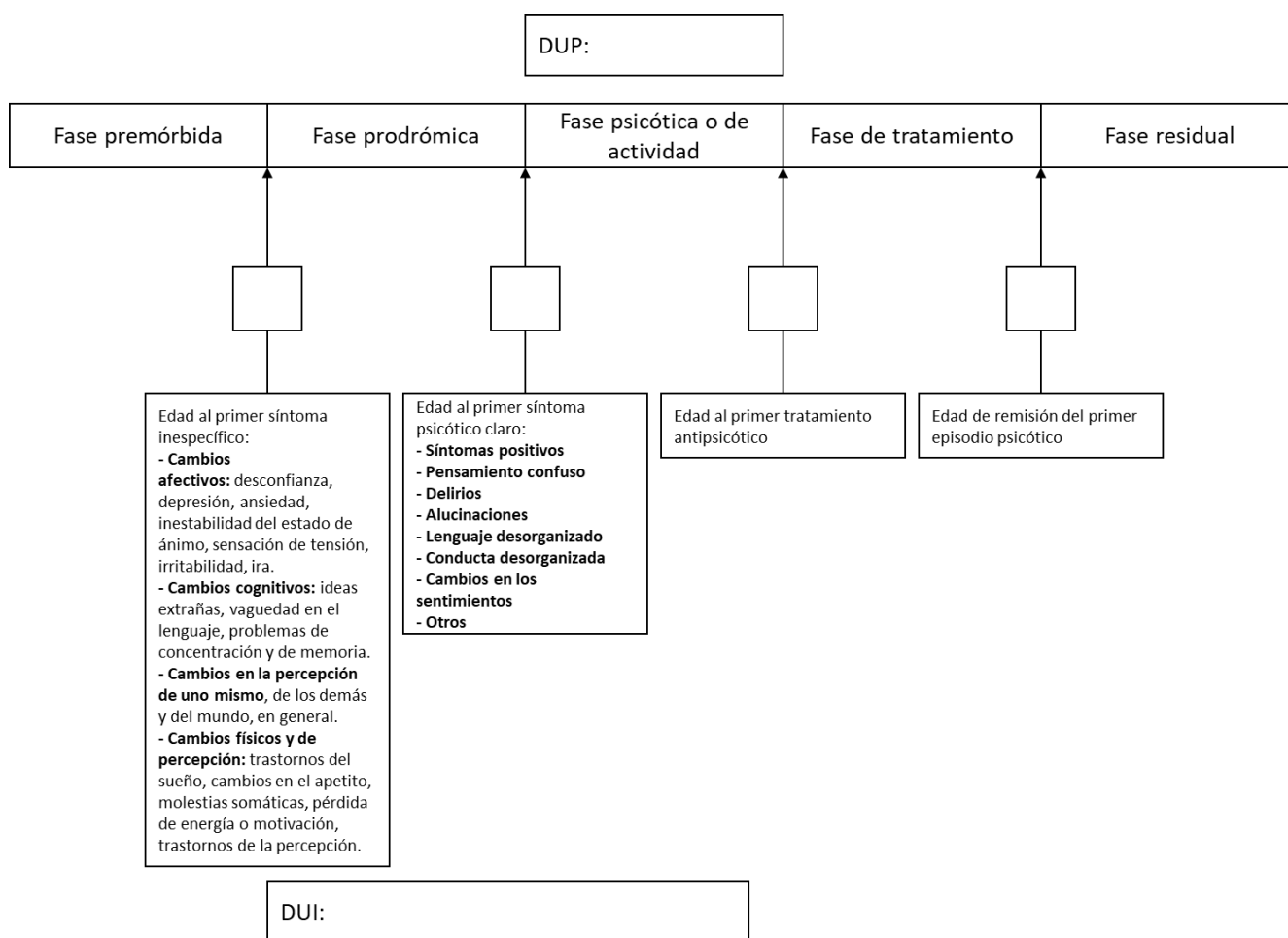
Estado civil actual: 1=soltero, 2=casado/conviviente, 3=divorciado, 4=viudo

Grado de instrucción: 1=primaria incompleta, 2=primaria completa, 3=secundaria incompleta, 4=secundaria completa, 5=técnico incompleto, 6=técnico completo, 7=universitario incompleto, 8=universitario completo

Trabajo antes de enfermar: 1=profesional, 2=técnico, 3=auto empleado, 4=trabajo no remunerado, 5=desempleado, 6=estudiante, 7=otro

Trabajo actual: 1=profesional, 2=técnico, 3=auto empleado, 4=trabajo no remunerado, 5=desempleado, 6=estudiante, 7=otro

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD



Nº de episodios previos:

Definición de episodio: período claramente delimitado de síntomas psicóticos activos. Si entre un episodio y otro transcurren menos de dos meses, contabilizar un único episodio. Si los síntomas de la enfermedad son crónicos o continuos: contabilizar las exacerbaciones claras. Si los síntomas de la enfermedad son crónicos o continuos sin exacerbaciones claras: contabilizar un único episodio.

Tratamiento actual:

Comorbilidades:

EVALUACIÓN NEUROCOGNITIVA

SCREEN FOR COGNITIVE IMPAIRMENT IN PSYCHIATRY (Pourdon y Pino, 2007)

1. TEST DE APRENDIZAJE DE PALABRAS: Lea la lista de palabras en un intervalo aproximado de 3 segundos por palabra. Apuntar el recuento. Repetir 2 veces más. Al finalizar el tercer intento el participante es avisado de que será preguntado por la lista más tarde.

	Tambor	Cortina	Campana	Café	Escuela	Padre	Luna	Jardín	Sombrero	Granjero	Σ/10
1											
2											
3											

2. TEST DE REPETICIÓN DE CONSONANTES: Lea cada conjunto de 3 letras. El sujeto debe contar hacia atrás desde el número que aparece en el inicio (#) durante los segundos que pone en la casilla de "Demora" para cada ítem, y luego recordar las letras. En cualquier orden es correcto:

Estímulo	Inicio (#)	Demora (seg.)	Respuesta
Q-L-X			
H-J-T			
X-C-P	94	18	
N-D-J	109	9	

Estímulo	Inicio (#)	Demora (seg.)	Respuesta
F-X-B	53	3	
J-C-N	46	9	
B-G-Q	117	18	
K-M-C	48	3	

Σ/24=

3. TEST DE FLUIDEZ VERBAL: 30 segundos para generar palabras que empiecen con cada letra:

Estímulo	Respuesta
C	
L	

Σ=

4. APRENDIZAJE DIFERIDO: Preguntar al sujeto por las palabras que recuerde de la lista anterior. No repetir la lista:

	Tambor	Cortina	Campana	Café	Escuela	Padre	Luna	Jardín	Sombrero	Granjero	Σ/10
4											

5. TAREA DE SEGUIMIENTO VISUOMOTOR: Después de practicar con los ítems que aparecen sombreados, tiene 30 segundos para completar de izquierda a derecha y de arriba abajo la cuadrícula:

A	V	C	U	G	Y
.-	...-	-.-.	..-	---.	-.-.-

PRACTICA						TEST		
G	U	C	Y	A	V	C	A	G
V	Y	U	G	U	A	Y	C	V
A	C	Y	G	U	V	C	Y	V
U	G	A	V	C	G	A	V	Y

Σ / 30 =

PRSexDQ-SALSEX. (Montejo AL et al 2000)

CUESTIONARIO DE DISFUNCIÓN SEXUAL SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON PSICOFÁRMACOS

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

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

SÍ NO No toma tratamiento actualmente

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

SÍ Comunicó espontáneamente
NO Comunicó espontáneamente.

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

- 0.- Ningún problema
- 1.- Descenso leve. Algo menos de interés.
- 2.- Descenso moderado. Bastante menos interés.
- 3.- Descenso severo. Casi nada o nulo interés.

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

- 0.- Ningún retraso
- 1.- Retraso leve o apenas apreciable
- 2.- Retraso moderado y claramente apreciable.
- 3.- Retraso intenso, incluso puede NO tener eyaculación/orgasmo.

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

- 0.- Nunca.
- 1.- A veces: menos del 25% de las ocasiones..
- 2.- A menudo: 25-75% de las ocasiones.
- 3.- Siempre o casi siempre : más del 75% e las ocasiones.

4.- ¿ Ha notado dificultades de la erección o del mantenimiento de la misma una vez que inicia la actividad sexual? (lubrificación vaginal en las mujeres)

- 0.- Nunca.
- 1.- A veces: menos del 25% de las ocasiones..
- 2.- A menudo: 25-75% de las ocasiones.
- 3.- Siempre o casi siempre : más del 75% e las ocasiones.

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

- 0.-No ha habido disfunción sexual
- 1.-**Bien.** Ningún problema por este motivo.
- 2.-**Regular.** Le molesta la disfunción aunque no ha pensado abandonar el tratamiento por este motivo. Interfiere en sus relaciones de pareja.
- 3.-**Mal.** Le molesta mucho la disfunción sexual. Ha pensado en abandonar el tratamiento por esta causa o interfiere gravemente las relaciones de pareja.

PUNTUACION TOTAL (0-15):

LEVE

MODERADA

INTENSA

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

3. Consentimiento informado

La presente investigación es conducida por el médico Dwight Denis Herrera Del Aguila de la Sección de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres. La meta de este estudio es realizar un análisis sobre la disfunción sexual en los pacientes con esquizofrenia hospitalizados en el servicio de psiquiatría general del hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder tres encuestas a profundidad que le tomará 45 minutos de su tiempo.

Su participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

Las entrevistas podrán serán totalmente confidenciales, por lo que no se le pedirá identificación alguna si Ud. Lo ve por conveniente.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo de la investigación, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puede finalizar su participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si se sintiera incómoda o incómodo, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Muchas gracias por su participación.

Yo,

___ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este protocolo, estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y etnicidad

u origen étnico, puedan ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente un perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con el médico Dwight Denis Herrera Del Aguila.

Dentro de los beneficios está la contribución al desarrollo de la investigación, la cual servirá de aporte científico a la mejora continua con resultados que podrán extenderse a ámbitos nacionales, a partir de una universidad de Lima Metropolitana.

.....
Nombre completo del participante Firma Fecha

.....
Nombre del investigador Firma Fecha