

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

TRABAJO DE TITULACIÓN

Título del proyecto

ESQUIZOFRENIA Y SEXUALIDAD EN PACIENTES DEL INSTITUTO
PSIQUIÁTRICO “SAGRADO CORAZÓN”. QUITO, 2018

Autor(es): Chariguamán Vinuesa Emely Stefania
Vélez Sicha Andrés Napoleón

Tutor: Mgs. Castillo Gonzales Mayra Elizabeth

Riobamba - Ecuador

Año 2019



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICADO

Certifico que la Srta. Emely Stefania Chariguamán Vinueza con CI. 0603508474, y el Sr. Andrés Napoleón Vélez Sicha con CI.1400646525, egresados de la carrera de Psicología Clínica, una vez revisado el informe final del Proyecto de Investigación escrito, en el cual consta el cumplimiento de las observaciones realizadas, se encuentran aptos para presentarse a la defensa pública del Proyecto de Investigación **ESQUIZOFRENIA Y SEXUALIDAD EN PACIENTES DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO “SAGRADO CORAZÓN”**. QUITO, 2018

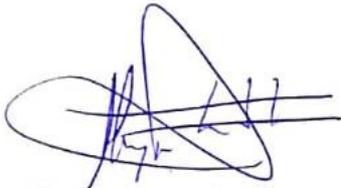
Mgs. Mayra Castillo

Tutor

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

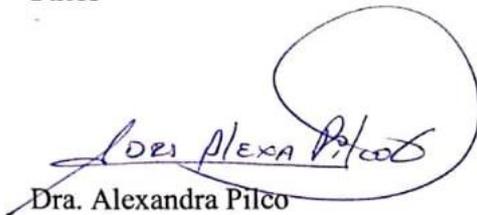
Los miembros del tribunal de graduación del Proyecto de Investigación con el título: **ESQUIZOFRENIA Y SEXUALIDAD EN PACIENTES DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO “SAGRADO CORAZÓN”**. QUITO, 2018 presentado por la Srta. Emely Stefania Chariguamán Vinueza y el Sr. Andrés Napoleón Vélez Sicha, dirigido por la Mgs. Mayra Castillo. Una vez revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación y verificado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remiten el presente para uso y custodia en la biblioteca de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Por constancia de lo expuesto firman:



Mgs. Mayra Castillo

Tutor



Dra. Alexandra Pilco

Miembros del Tribunal



Mgs. Soledad Fierro

Miembros del Tribunal

AUTORIA DE LA INVESTIGACION

La responsabilidad del contenido de este proyecto de Investigación denominado, **ESQUIZOFRENIA Y SEXUALIDAD EN PACIENTES DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO “SAGRADO CORAZÓN”**. QUITO, 2018 corresponde exclusivamente a: Chariguamán Vinueza Emely Stefania y Vélez Sicha Andrés Napoleón, dirigido por la Mgs. Mayra Castillo. Y que el patrimonio intelectual de la misma pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo



Chariguamán Vinueza Emely Stefania

CI: 0603508474



Vélez Sicha Andrés Napoleón

CI: 1400646525

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a mi Dios, por ser el inspirador y darme la fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de mis anhelos más deseados. A mis padres por su amor, trabajo, consejos, valores, y sacrificio en todos estos años y su constante apoyo y amor. A mi compañero de tesis Andrés por su esfuerzo, dedicación y sincera amistad y paciencia a lo largo de este proceso. También quiero agradecer al Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón por la apertura para realizar la investigación, y al Psi. Cl. David Mosco por su apoyo incondicional y su amistad. De manera especial a mi tutora Mgs. Mayra Castillo, quien con amplia experiencia y conocimiento me oriento al correcto desarrollo y culminación con éxito de este trabajo.

Emely Stefania Chariguamán Vinueza

Siempre profundamente agradecido con el Autor y dador de la Vida, por la gran familia que me ha otorgado y que han sido mi apoyo incondicional en cada etapa de formación de mi vida, mis amados padres y hermanos; gracias a cada uno de las personas que han estado presentes en cada proceso de aprendizaje de la vida y de esta hermosa profesión, a mi compañera de tesis Emely Chariguamán por el trabajo y apoyo incondicional brindado durante este proceso de ser profesionales, al Psi. Cl. David Mosco por la apertura y el apoyo brindado, a la Mgs. Mayra Castillo por el importante acompañamiento y guía en el desarrollo de esta investigación, y a mi querida Universidad Nacional de Chimborazo, lugar donde he podido desarrollar una de mis metas, por la enseñanza adquirida de cada uno de los excelentes profesionales que imparten clases, por el compañerismo que he aprendido y compartido en las aulas desde el inicio hasta el final de esta etapa.

Andrés Napoleón Vélez Sicha

DEDICATORIA

Quiero dedicar este logro a mis padres quienes han sido el motor para seguir adelante, a mi abuelita que siempre estuvo motivándome, a mis familiares que con su apoyo incondicional han estado durante este proceso, y a mi gran amiga Alejandra Cevallos quien me motivo y ayudo a alcanzar mi sueño.

Emely Stefania Chariguamán Vinueza

Dedico este trabajo a mi Dios, a mi querida Madre Zoila Sicha por su esfuerzo y lucha continua, a mis hermanos que han sido un ejemplo a seguir, también a una persona importante en mi vida la cual me motivo a tomar la adecuada decisión, la de estudiar esta prestigiosa profesión.

Andrés Napoleón Vélez Sicha

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN POR PARTE DEL TUTOR.....	II
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL.....	III
AUTORÍA DEL PROYECTO.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
DEDICATORIA.....	VI
ÍNDICE GENERAL.....	VII
ÍNDICE DE TABLAS.....	IX
RESUMEN.....	X
ABSTRACT.....	XI
INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	5
Objetivo General.....	5
Objetivo Específico.....	5
ESTADO DEL ARTE.....	6
Esquizofrenia.....	6
Prevalencia.....	7
Causas de la esquizofrenia.....	8
Características clínicas de la esquizofrenia.....	9
Síndromes de la esquizofrenia.....	10
Criterios diagnósticos según el cie 10.....	11
Tipos de la esquizofrenia.....	12
Esquizofrenia y Sexualidad.....	13
Sexualidad.....	14
Conceptos básicos sobre sexualidad.....	15
Normalidad y salud sexual.....	16
Ciclo de respuesta sexual.....	17
Problemas o trastornos en la sexualidad.....	19
Parafilias.....	19
Disfunciones Sexuales.....	20
Causas de los problemas sexuales.....	22

Definición de Términos Básicos.....	23
METODOLOGÍA.....	24
Tipo de investigación.....	24
Diseño de la investigación.....	24
Nivel de la investigación.....	25
Población y muestra.....	25
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	25
TÉCNICAS PARA PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	27
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	27
Resultados.....	27
Guía de intervención psicológica.....	32
DISCUSIÓN.....	35
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	38
ANEXOS.....	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipos de Esquizofrenia.....	26
Tabla 2. Síndromes de la Esquizofrenia.....	27
Tabla 3 Problemas de funcionamiento sexual...-	28
Tabla 4 Cambios en la función sexual.....	29
Tabla 5. Relación entre los tipos de esquizofrenia y los cambios en el funcionamiento sexual.....	30

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue analizar la Esquizofrenia y sexualidad en pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de la Ciudad de Quito en el período Abril – Agosto 2018. Esta investigación es bibliográfica, documental con diseño transversal y de nivel descriptivo. La población utilizada estuvo conformada por 23 historias clínicas registradas en la base de datos del sistema Equsys de la Institución. Para la recopilación de datos se utilizó las historias clínicas y una ficha de observación, en la cual se registran los datos sociodemográficos, diagnósticos y los resultados de los instrumentos: Escala de los Síndromes Positivo y Negativo de la Esquizofrenia y del Cuestionario de Cambios en la Función Sexual, aplicados por el profesional de Salud Mental del Instituto. Entre los resultados más relevantes se obtuvo que el 30,43% de los pacientes tienen esquizofrenia paranoide y el 60,9% tienen un síndrome mixto de la esquizofrenia. A la vez, se evidenció que el 95,7% presentan ausencia de deseo sexual, el 95,7% presenta incapacidad de lograr excitación en el caso de las mujeres y en el caso de los hombres disfunción eréctil y el 95,7 presenta anorgasmia en el caso de mujeres y eyaculación precoz en el caso de hombres. Se concluyó que los pacientes con esquizofrenia presentan un alto índice de problemas a nivel sexual. Ante los resultados se recomienda tener muy en cuenta el área sexual al momento de la evaluación, pues esto ayudará a una mejor adherencia al tratamiento y evolución de los pacientes.

Palabras claves: Esquizofrenia, Síndrome, Sexualidad.

ABSTRACT

The objective of this investigation was to analyze schizophrenia and sexuality in the patients of the *Sagrado Corazón* Psychiatric Institute located in Quito in the period April - August 2018. This research is bibliographic, documentary with transversal design and descriptive level. The population used was made up of 23 clinical histories registered in the database of the Equsys system of the Institution. For the collection of data, the clinical histories and an observation sheet were used, in which the sociodemographic data, diagnoses and the results of the instruments were recorded: Scale of the Positive and Negative Syndromes of Schizophrenia and the Questionnaire of Changes in the Sexual Function, applied by the Mental Health professional of the Institute. Among the most relevant results, 30.43% of patients have paranoid schizophrenia and 60.9% have a mixed syndrome of schizophrenia. At the same time, 95.7% showed absence of sexual desire, 95.7% showed inability to achieve excitement in the case of women, and in the case of men, erectile dysfunction, and 95.7% presented anorgasmia in the case of women and premature ejaculation in the case of men. It was concluded that patients with schizophrenia have a high rate of sexual problems. With these results, it is recommended to bear in mind the sexual area at the time of evaluation, since this factor will help to better adherence to the treatment and evolution of patients.

Keywords: Schizophrenia, Syndrome, Sexuality.



Reviewed by: Armas, Geovanny
Linguistic Competences Professor



INTRODUCCIÓN

La presente investigación es un estudio sobre la Esquizofrenia y la Sexualidad en los pacientes del área de Psiquiatría del Instituto “Sagrado Corazón” de la ciudad Quito – Ecuador. La esquizofrenia es una afección mental crónica, la cual tiene un impacto negativo sobre el desarrollo sexual del individuo, sea directa o indirectamente, en consecuencia afecta a todas las áreas del individuo. Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población (OMS, 2018).

El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma (OMS, 1992). Los síntomas negativos de la esquizofrenia y su tratamiento afectan de forma significativa en la esfera sexual, disminuyendo las oportunidades para experimentar y desarrollar relaciones íntimas saludables. La sexualidad por otro lado, es una parte inherente al humano, en las personas con enfermedad mental, el derecho a una sexualidad saludable se ha visto limitado por múltiples barreras que han frenado y perturbado un correcto desarrollo evolutivo (Hernández, 2015). Tanto es así que tan solo una de cada tres personas con esquizofrenia se siente satisfecha con su vida sexual (Mero, 2015).

El presente estudio se desarrolló de la siguiente manera: la problematización, donde están sujetos los objetivos y la justificación del trabajo. El marco teórico donde se describe en primera instancia los antecedentes de investigaciones realizadas con respecto al problema, posterior a ello se detallada los temas en relación a las dos variables investigadas. Seguida el marco metodológico donde se detalla el diseño y el tipo de investigación que se ha utilizado, se menciona la población con la que se ha trabajado, las técnicas e instrumentos que se han utilizado y el análisis de datos. Por último las conclusiones a las que se llegaron con el estudio y se enuncian las recomendaciones pertinentes para dar mayor realce al estudio y como pauta para futuras investigaciones relacionadas al tema.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2018 emitió un informe en el que se indica que más de 21 millones de personas tienen esquizofrenia de algún tipo, cifra que va aumentando diariamente. De igual manera, la esquizofrenia es considerada una de las enfermedades más costosas a nivel mundial, representando el 1.5% (Reino Unido), 2% (Países Bajos, Francia) y 2.5% (EE.UU.), de los presupuestos nacionales de salud (Lindström, Eberhard, Neovius, y Levande, 2007). En América Latina afecta a más de 10 millones de personas (OMS, 2018); México presenta el índice más elevado, donde uno de cada 100 habitantes sufre de esquizofrenia y 50% carece de tratamiento, e incluso de un diagnóstico adecuado (El diario de noticias en tiempo real, 2010).

En Ecuador según el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2008) la esquizofrenia es la enfermedad mental diagnosticada con mayor prevalencia dentro de cinco hospitales psiquiátricos del país, seguida de otros trastornos como la depresión y ansiedad que presentaron una cifra menor. Además, el hospital Psiquiátrico San Lázaro de la ciudad de Quito en el año 2007 registró un 33.51% casos de Esquizofrenia, siendo la cifra más alta a comparación de otras afecciones atendidas en dicho año (Quiteños con más trastornos mentales, 2008).

La esquizofrenia también llega a generar otros problemas, como lo es en el área sexual. Sanitaria (2017), menciona que según varios expertos las personas con esta patología, presentan alteraciones en la respuesta sexual, lo que repercute negativamente en la evolución del cuadro psiquiátrico, disminuyendo la autoestima y dificultando aún más, la capacidad de relaciones íntimas y por ende el tratamiento. Siguiendo con el orden de ideas, Chada (2015) menciona que la esquizofrenia al ser una enfermedad mental grave que altera el funcionamiento del sujeto provoca alteraciones sexuales debido al tratamiento con antipsicóticos, dándose un sinnúmero de “disfunciones sexuales” alcanzando hasta un 88,9%. De igual forma un 75% de pacientes abandonan el tratamiento, debido a los efectos secundarios que este causa en la esfera sexual. Es muy importante para la adherencia y no abandono de tratamiento con neurolépticos, el recabar información y comunicar a los pacientes sobre los efectos de su enfermedad con y sin tratamiento.

De acuerdo con (Laumann, Paik, y Rosen, 1999) la prevalencia de problemas sexuales es del 31% en hombres y 43% en mujeres. Según datos del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (2002), dentro de los trastornos de la sexualidad en general, la disfunción sexual que se consulta con mayor frecuencia es la disfunción eréctil (48%), eyaculación precoz (28,8%), deseo sexual hipoactivo (8%), anorgasmia femenina (7,4%), vaginismo (1,6%) y un 0,4% los trastornos del orgasmo masculino.

En el Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de la ciudad de Quito, a través de la observación, acompañamiento, entrevistas durante el periodo de prácticas y revisión de información registrada en la base de datos, se ha encontrado entre los pacientes con esquizofrenia, signos y síntomas relacionados a problemas en el área sexual, y a su vez la preocupación y desconocimiento que dichos pacientes tienen y expresan sobre su sexualidad. Montejo (2010) refiere que menos del 13 % son capaces de mantener pareja estable y que solo el 20 % tienen actividad coital, pero más de la mitad consideran que la esfera sexual es algo importante para ellos.

Los problemas sexuales deben ser detectados de forma abierta para implementar soluciones viables adecuadas. Si este problema continúa, los pacientes pueden llegar a presentar alteraciones de orden mayor en su área sexual, afectando la evolución del cuadro, baja autoestima, dificultad de mantener relaciones interpersonales y hasta problemas en el tratamiento del individuo.

JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia interfiere negativamente en el área sexual de los pacientes diagnosticados con este trastorno. La detección y análisis de esta problemática en los pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, evitará problemas de pareja, baja autoestima, pérdida de habilidades sociales, falta de control y que disminuyan las oportunidades para experimentar y desarrollar relaciones íntimas saludables.

La importancia de realizar esta investigación en pacientes con esquizofrenia de la institución, llevará a plantearse nuevos lineamientos para dar un mejor abordaje terapéutico. Además al detectar los principales problemas sexuales, se podrán diseñar estrategias para mejorar las relaciones interpersonales y la calidad de vida, beneficiando al personal de salud del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de la Ciudad de Quito, como a los pacientes ya que al tener una adecuada valoración por parte de los profesionales, se garantiza una mejor atención a los pacientes.

En cuanto a la factibilidad del presente estudio se contó con los permisos de las autoridades correspondientes y la colaboración del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, además de la disponibilidad de acceso a las historias clínicas, material bibliográfico respectivo como artículos científicos, libros y la fundamentación teórica de las variables, lo que permitió la realización del estudio de investigación.

Siendo este un proyecto innovador en el ámbito de la psicología, no se han encontrado investigaciones o estudios publicados sobre este tema a nivel nacional y local. De igual manera en la biblioteca de la Universidad Nacional de Chimborazo no se encuentran estudios similares relacionando las dos variables, o estudios relacionados a problemas de la esfera sexual en pacientes con psicopatologías mentales.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Analizar la Esquizofrenia y la esfera sexual en pacientes del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”. Quito, 2018

Objetivos específicos:

- Determinar los tipos y síndromes de la esquizofrenia en pacientes del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”. Quito, 2018
- Identificar los problemas sexuales que se presentan en los pacientes del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”. Quito, 2018
- Diseñar una guía de intervención psicoterapéutica para mejorar la calidad de vida, en los pacientes del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”. Quito, 2018

ESTADO DEL ARTE

A continuación se menciona los estudios que respaldan nuestra investigación:

Esquizofrenia y Sexualidad: Prevalencia de la disfunción sexual y su impacto en el tratamiento en un estudio de pacientes esquizofrénicos (Chada, 2015).

El objetivo del estudio fue determinar si la adherencia al tratamiento está influenciado por la disfunción sexual, tomaron la muestra en 80 pacientes esquizofrénicos tratados con neurolépticos de larga duración, como resultados obtuvieron que el 65% de los sujetos interrogados tenían un cambio en su sexualidad, cambio que es atribuido en su mayor parte al inicio del tratamiento psicofarmacológico. Otro 28,75% del total de pacientes interrogados refirieron un impacto negativo sobre la adherencia al tratamiento en general, de los cuales un 52,17% de este grupo lo adjudicaría a la presencia de “alguna” disfunción sexual. En conclusión la prevalencia de la disfunción sexual fue del 56,75% en los pacientes, debido al tratamiento y a su enfermedad.

Esquizofrenia y sexualidad (Fora, 1996).

El objetivo de la investigación fue analizar la conducta sexual y las disfunciones sexuales en pacientes esquizofrénicos, utilizaron una muestra de 103 pacientes diagnosticados de esquizofrenia según criterios DSM-III-R, en los que se valoran datos socioanagraficos, datos referidos a la enfermedad, historia médica e historia sexual y a los que se administra una escala de funcionamiento socio sexual pre mórbido, una escala de evaluación global (gaf) y un cuestionario que mide problemática sexual (griss), como resultados obtuvieron el 61.2% de ellos tenía esquizofrenia paranoide, 15,5% esquizofrenia residual, 13,6% esquizofrenia desorganizada, 7,8% esquizofrenia indiferenciada, 1% esquizofrenia catatónica y 15, 5% esquizofrenia residual. Los problemas sexuales atribuidos a la medicación son referidos más frecuentemente, con elevada significación estadística, por pacientes con esquizofrenia paranoide. En conclusión se demuestra la hipótesis que la esquizofrenia no altera la sexualidad de forma primaria, sino de forma secundaria, por la inhibición social que comporta y por el consumo de fármacos, así como

la similitud entre las pautas básicas del comportamiento sexual de los esquizofrénicos y la población general.

Disfunción sexual entre pacientes con esquizofrenia en el suroeste de Nigeria (Oluyomi y Arinola, 2018).

Esta investigación evaluó la frecuencia y la naturaleza de la disfunción sexual en pacientes con esquizofrenia e identificó los determinantes de la disfunción sexual en dichos pacientes. Se evaluó con la escala de Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) en 90 pacientes con esquizofrenia. Las características demográficas y clínicas, incluida la calidad de vida, la gravedad de la esquizofrenia y el estigma percibido se registraron mediante un protocolo estandarizado y la recopilación de datos. Los resultados destacan la alta prevalencia de la disfunción sexual con 36,7%. Y puntajes altos en la subescala negativa de la Escala del Síndrome Positivo y Negativo.

ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es un cuadro clínico descrito por primera vez en el siglo XIX bajo la denominación de “demencé précoce” por Benedict Morel, luego como “dementia precox” por Emil Kraepelin, y finalmente fue denominada como esquizofrenia (escisión de los pensamientos, emociones y conductas) por Eugene Bleuler (Kaplan y Sadock, 1999)

(Ey, 1973) Menciona que la esquizofrenia es un trastorno psicótico caracterizado por una alteración sustantiva del funcionamiento mental, que ha sido llamado alternativamente demencia precoz, discordancia intrapsíquica o disociación autística de la personalidad

De acuerdo con la (American Psychiatric Association, 1997) el término esquizofrenia se designa a un conjunto de trastornos psicóticos, caracterizados por la presencia de síntomas psicóticos positivos en algún momento de su desarrollo, y donde los síntomas negativos y cognitivos se asocian, a su vez, a un grado variable de discapacidad.

Los síntomas de la esquizofrenia afectan a distintos procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), sentimientos (afecto plano, afecto inapropiado),

conducta (catatonía, desorganización), cognición (atención, concentración), motivación y juicio (American Psychiatric Association, 1997).

De acuerdo con la (OMS, 2018), la esquizofrenia es un trastorno mental grave que se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Entre la sintomatología característica de esta enfermedad se destacan las alucinaciones, delirios, conductas extravagantes, discurso desorganizado y alteraciones de las emociones. Además se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar al desempeño educativo y laboral.

Prevalencia

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más 21 millones de personas en todo el mundo con mayor prevalencia de 12 millones en hombres, los cuales desarrollan esta enfermedad a una edad más temprana, mientras que en mujeres tiene una prevalencia de 9 millones. Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población (OMS, 2018).

El Ecuador tendría entre 49. 822 a 199 285 pacientes esquizofrénicos. Es más común en hombres que en mujeres, observándose una relación de 2:1; generalmente debuta en varones en 15 a 25 años y en mujeres entre 25 y 35 años. Al analizar el estado civil se presenta con mayor frecuencia en individuos de clases socioeconómicas bajas y al analizar el estado civil de los pacientes al momento de ser admitidos a unidades especializadas predominan solteros, separados, divorciados y viudos (Medina y Medina, 2017).

Causas de la Esquizofrenia

Diferentes factores pueden estar implicados en la aparición y desarrollo de la esquizofrenia según (Ortuño, 2019) :

- a) Alteraciones precoces en el desarrollo del cerebro: los hallazgos apoyan la teoría de que la esquizofrenia puede tener su origen en alteraciones durante el desarrollo del cerebro embrionario.

- b) Predisposición genética: se conoce que el riesgo de padecer la enfermedad es mayor cuando existen antecedentes familiares.
- c) Alteraciones en sustancias del cerebro: Se ha descubierto que los neurotransmisores, se encargan de que las neuronas se comuniquen adecuadamente, los cuales pueden estar desequilibrados en la esquizofrenia.
- d) Infecciones del embarazo y complicaciones del parto: Está en investigación que algunas infecciones por virus, que padezca la madre durante la etapa de gestación, pueden ser provocar alteraciones en el desarrollo cerebral normal del feto y que a cierta edad provoquen la enfermedad.

Características clínicas de la Esquizofrenia

Síntomas positivos: son comportamientos psicóticos en el cual las personas pueden perder el contacto con la realidad. Los principales síntomas positivos según National Institute of Mental Health (NIH, 2015) son:

- a) Alucinaciones: son experiencias sensoriales producidas por la ausencia de un estímulo, afectan a los cinco sentidos, las voces o alucinaciones auditivas son el tipo más común de alucinaciones en la esquizofrenia.
- b) Delirios: son creencias falsas que se mantienen firmemente a pesar de que no son consistentes o incluso cuando hay evidencia de que no son verdaderos o lógicos.
- c) Trastornos del pensamiento: son maneras inusuales o disfuncionales de pensar.
- d) Trastornos del movimiento: pueden aparecer como movimientos agitados del cuerpo, y en el otro extremo, puede llegar a ser catatónica que es un estado en el cual una persona no se mueve y no responde a los demás.

Síntomas negativos: son aquellos que nos indican un empobrecimiento de la personalidad del paciente principalmente en su estado anímico y en sus relaciones sociales y según Jassen-Cilag (2017) se clasifican en los siguientes:

- a) Falta de interés o iniciativa: No tener motivación.
- b) Retraimiento social/depresión: Dar la impresión de que las personas afectadas prefieren estar solas y no quieren ver a otras personas

- c) Apatía: Se experimentan sentimientos de vacío, incapacidad para seguir con los planes o metas.
- d) Falta de respuesta emocional: Falta de los signos normales de emoción, no sentirse alegre ni triste; por ejemplo, mantener una expresividad facial reducida.

Alteraciones cognitivas: La memoria, la capacidad de concentración y foco en una reflexión, tarea o actividad, pueden verse afectados en ocasiones por las personas con esquizofrenia, según el Centro de asistencia terapéutica (CAT, 2008), las principales alteraciones cognitivas en la esquizofrenia son:

- a) Afecto: En ocasiones la falta de foco, puede derivar en dificultades para expresar las emociones y en casos más agudos, puede llegar a afectar a la capacidad de afecto y ser poco empático en determinados momentos.
- b) Desorganización del pensamiento: Se pierde capacidad asociativa y de relación de conceptos e ideas, cuesta mantener la concentración en un tema concreto de reflexión.
- c) Conducta irregular: Las alteraciones emocionales y de percepción de los hechos, puede generar un distanciamiento a lo que llamamos realidad social.

Síndromes de la Esquizofrenia

Primero es necesario revisar la expresión síndrome, para lo cual se entiende que es un conjunto de síntomas que se presentan juntos y son característicos de una enfermedad o de un cuadro patológico determinado, provocado en ocasiones, por la concurrencia de más de una enfermedad (Oxford University Press, 2018). Siguiendo con la premisa Crow en el año de 1980 clasifico dos síndromes de esquizofrenia, el tipo I refiriéndose a síntomas característicos como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento o los ahora conocidos como síntomas positivos y el tipo II síntomas característicos como aplanamiento afectivo, pobreza del lenguaje, apatía, entre otros; conocidos hoy como síntomas negativos. En la actualidad se lo denomina síndrome positivo cuando hay una mayor presencia de sintomatología positiva, síndrome negativo de igual manera una mayor presencia de síntomas negativos, síndrome mixto cuando existen tanto síntomas positivos y negativos predominantes, y otros, este último término es usado para hacer referencia a la no predominancia de síntomas positivos o negativos como se describe a continuación:

1. **Síndrome positivo de la esquizofrenia:** predominancia de sintomatología positiva, una psicosis aguda compuesta alucinaciones, ideas delirantes, desorganización conceptual, inquietud psicomotriz e intensa angustia, grandiosidad, hostilidad, perjuicio/susplicacia. (Psiquiatria, 2013).
2. **Síndrome negativo de la esquizofrenia:** predominancia de sintomatología negativa, en el que lo predominante es la apatía, la abulia, el aplanamiento afectivo, embotamiento afectivo, contacto pobre, pensamiento estereotipado, entre otras (Psiquiatria, 2013).
3. **Síndrome mixto de la esquizofrenia:** presencia tanto de síntomas positivos y negativos.
4. **Otro síndrome de la esquizofrenia:** cuando no cumple ninguno de los criterios anteriores.

Criterios diagnósticos según el CIE 10.

Los principales síntomas en la esquizofrenia son: eco, robo, inserción del pensamiento, ideas delirantes (de ser controlado, de influencia, de poderes, de identidad religiosa o política), alucinaciones especialmente auditivas y visuales, bloqueos en el curso del pensamiento, lenguaje divagatorio, manifestaciones catatónicas (excitación, flexibilidad cética), negativismo, mutismo, estupor, síntomas negativos como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional, pérdida de interés, falta objetivos y aislamiento social (OMS, 1992)

Pautas para el diagnóstico según (OMS, 1992)

- a) Presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más.
- b) El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecederan claramente al trastorno del humor (afectivo).

- c) Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad, debe recurrirse al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo (F25.-).
- d) Tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicótropas o una abstinencia a las mismas.

Tipos de la Esquizofrenia

A continuación se describen los diferentes tipos de esquizofrenia y las características principales de cada una, ya que las pautas diagnósticas y tratamiento varían.

1. **Esquizofrenia paranoide:** Consiste en la presencia de claras ideas delirantes y alucinaciones auditivas, sin embargo la persona no presenta deficiencias en el curso del pensamiento o de la afectividad, las ideas delirantes de persecución son las más frecuentes (Pérez, 2017)
2. **Esquizofrenia Hebefrenica:** Esta forma de esquizofrenia comienza por lo general entre los 15 y los 25 años de edad y tiene un pronóstico malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y de abulia (OMS, 1992).
3. **Esquizofrenia Catatónica:** Externamente se caracteriza por una falta de movimiento y expresión. El paciente puede permanecer inmóvil (estupor catatónico) o con movimientos repetitivos (automatismos) durante días y semanas en los casos más graves. Internamente el paciente padece una tormenta de ideas que en ese momento le “desconectan” prácticamente del mundo exterior ya que es muy común que en estado catatónico el paciente no muestre respuesta ante estímulos externos intensos (PERSUM, 2018).
4. **Esquizofrenia Residual:** El tipo residual de esquizofrenia debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es acusada la existencia de ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o un lenguaje desorganizado, sobresaliendo principalmente los síntomas negativos: aislamiento emocional, social, pobreza del lenguaje, falta de interés (Janssen-Cilag, 2017).

5. **Esquizofrenia Simple:** La esquizofrenia simple constituye uno de los subtipos de la esquizofrenia donde los síntomas positivos (delirios y alucinaciones) son mínimos destacando otras alteraciones (Janssen-Cilag, 2017)
6. **Esquizofrenia Indiferenciada:** en este tipo se encuentran los pacientes que no encajan en un tipo o en otro. Para el DSM IV-TR son pacientes que cumplen el criterio A de esquizofrenia (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado, síntomas negativos) pero no cumplen con los criterios de los tipos paranoide, desorganizado y catatónico (Psiquiatría, 2018).

ESQUIZOFRENIA Y SEXUALIDAD

En base a estudios realizados sobre la prevalencia de actividad sexual de pacientes esquizofrénicos, en tratamiento ambulatorio y en internamiento, (Diaz J. , 2006) citando a Buckley y Hyde (1997) refiere que la actividad sexual de pacientes psiquiátricos es altamente desestimada, Welch y Clements (1996) encuentran que el 48% de 118 pacientes crónicos internados eran sexualmente activos (masturbación, contacto heterosexual, y/o contacto homosexual) dentro del hospital el año precedente; Cournos (1994) encontró que el 44% de 95 pacientes ingresados y ambulatorios eran sexualmente activos (coito anal o vaginal, o sexo oral) durante los 6 meses precedentes; McDermott, Sautter, Winstead y Quirk (1994) de 61 pacientes ingresados eran sexualmente activos (coito heterosexual u homosexual) en un promedio de 6,8 veces durante los tres meses anteriores a su hospitalización.

Por ende sería totalmente inadecuado suponer que la actividad sexual cesaba o interrumpía después del internamiento. Otros estudios confirman que la gran mayoría son sexualmente activos (Bell, Wringer, Davidhizar y Samuels, 1993; Lyketsos, Sakka y Mailis, 1983). Carey, Carey, Weinhardt, y Gordon (1997) estudiaron pacientes ambulatorios donde el 68% de 60 pacientes dijeron que tuvieron encuentros heterosexuales u homosexuales durante el año anterior; Kalichman, Kelly, Johnson, y Bultos (1994) en pacientes ambulatorios el 54 % de 95 pacientes, habían tenido coito vaginal o anal en el año precedente. Con un promedio de 9,1 hospitalizaciones psiquiátricas en varones y 7,3 en mujeres catalogados como graves. Lo cual permite deducir que dichos pacientes eran y

fueron sexualmente activos en aquel tiempo determinado, tanto en proceso ambulatorio como en internamiento.

Y en cuanto a los problemas por disfunción se conoce que existe una prevalencia aproximada de un 43% para las mujeres y un 31% para los hombres en la población Natural (Laumann *et al.*, 1999). Cifra que va en crecimiento al padecer alguna enfermedad mental como depresión que registra un 78%, paciente que toman antidepresivos 10 a 50%, pacientes esquizofrénicos que toman antipsicóticos 30 a 54% (Perlman *et al.*, 2007).

De acuerdo con Chada (2015), un 75% de pacientes con esquizofrenia abandonan el tratamiento, debido a los efectos secundarios de los neurolépticos, sobre la esfera sexual, conociéndose que la incidencia de estos en la esfera sexual, provoca varias “disfunciones sexuales” llegando a un 88,9% en algunos estudios. En los estudios realizados por Chada (2015) obtiene los siguientes resultados de 80 pacientes esquizofrénicos tratados con neurolépticos de larga duración, una prevalencia de disfunción del 56,75%. De los cuales el 65% mencionan cambios de la esfera sexual al inicio de la enfermedad, dicho variación se atribuye en gran medida al tratamiento psicofarmacológico.

En el caso de la sintomatología de la esquizofrenia tanto para síntomas positivos como síntomas negativos y como estos influyen en la respuesta sexual; la presencia de síntomas positivos de contenido sexual no representa ningún cambio significativo en la sexualidad, y en lugar de aquello, ligeramente mejora el funcionamiento sexual de estos pacientes con sintomatología positiva, con una menor edad de inicio de masturbación y de relaciones coitales (Fora, 1996). Entre las posibles intervenciones para la disfunción sexual inducida por antipsicóticos (Perkins, 2002) están las siguientes:

- Modificar los factores de riesgo
- Reducción de la dosis
- Cambiar a otro antipsicótico (por ejemplo a quetiapina)

SEXUALIDAD

En cuanto a sexualidad hay que tomar en cuenta que, “El ser humano no es sólo un ente biológico, cuerpo, mente y emociones” (Marcellés, 2011); si no un ser integral y al conocer

la profundidad de este, es posible entender las diferentes áreas que lo comprenden, así como las dimensiones que esta abarca.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), define sexualidad como: “Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Que contiene al sexo, identidad y rol de género, el erotismo, placer, intimidad, reproducción, orientación sexual todo esto viéndose expresado por medio de, fantasías, actitudes, valores conductas, prácticas y relaciones interpersonales”.

Asimismo (Echenique, 2006, pág. 4) menciona a la sexualidad como el conjunto de aspectos anatómicos, fisiológicos, comportamentales y socioculturales que permiten ejercer nuestra función sexual. Que comprende tanto sentimientos, como nuestra conducta en general, las distintas formas de expresión y relación con los demás (Citado en González y Miyar, 2001). Básicamente nuestro cuerpo, forma de ser y manera de vivir sea como varón o como mujer. Por ello se ve el área sexual como unidad integral: Construcción social que se origina en el propio individuo. Proceso que interpreta y adscribe un significado cultural a los pensamientos, a las conductas y condiciones sexuales, y en donde la experiencia de cada persona está mediada por factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales, etc. (Zeindenstein y Moore, 1999, pp. 55-64).

Conceptos básicos sobre sexualidad

Se resaltan ciertos elementos que también comprenden el amplio concepto de sexualidad:

- a) **Sexo:** directamente relacionado con el conjunto de características anatómicas fisiológicas (Gorguet, 2008, pág. 17) y que nos definen valga el término como hembra y macho, establecido desde el nacimiento (Barba, 2018).
- b) **Género:** (OMS, 2016) conjunto de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo y a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados o también la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías masculina y femenina (Ureta, 2017)
- c) **Rol de género:** Es la función del género lo que se aprende para diferenciar al hombre de la mujer, o sea, la interpretación del papel (Gorguet, 2008).

- d) **Vínculos Afectivos:** hace referencia al lazo afectivo que emerge entre dos personas y que genera un marco de confianza en el otro y en la vida, en un contexto de comunicación y de desarrollo (Urizar, 2012, p. 2).
- e) **Erotismo:** Es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos, como deseo sexual, excitación y orgasmo, y, que en general, se identifican con placer sexual (Gorguet, 2008).
- f) **Orientación Sexual:** Es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual, puede manifestarse a manera de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos (OMS, 2000).
- g) **Tipos de orientación sexual**
 - a. Heterosexual: preferencia sexual hacia el otro sexo.
 - b. Homosexual: preferencia sexual hacia el mismo sexo.
 - c. Bisexual: preferencia sexual hacia ambos sexos.
- h) **Identidad de Género:** grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. (Ureta, 2017).
- i) **Identidad sexual:** Es la manera en que la persona se identifica como hombre o como mujer, o como una combinación de ambos (Gorguet, 2008).
- j) **Autoerotismo:** Es un comportamiento sexual que permite a los seres humanos, hombres y mujeres, desde la infancia, a lo largo de toda la vida hasta la vejez, vivenciar su propio cuerpo como una fuente de sensaciones placenteras que integran su autoimagen, dando oportunidad de conocer su potencial para amar, si así lo decide, compartir su erotismo con una pareja (Ureta, 2017).
- k) **Orientación sexo erótica.** Es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación con el género de la pareja involucrada en la actividad sexual. Es decir, es la preferencia sexual hacia el mismo sexo, el otro o hacia ambos (Gorguet, 2008).

Normalidad y Salud Sexual

Como menciona Chada (2015), La normalidad en sexología es propia y único para cada individuo, un lugar directo en relación a sus expectativas, sus deseos y satisfacciones, en perpetua evolución con las modificaciones de la moral, o más simple definir la sexualidad

“normal” como un comportamiento sexual no destructor para sí mismo y para los demás. Pero también debemos hacer una pausa para diferenciar entre la normalidad y la salud sexual misma debe ser entendida como un proceso o estar de bienestar biopsicosocial relacionado con la sexualidad. (Gorguet, 2008), no se trata simplemente de la ausencia de disfunción, enfermedad o discapacidad.

Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen (OPS, 2000). Es así que en 1975, la OMS, estableció en siguiente concepto de salud sexual valga la redundancia: *“La salud sexual es la sumatoria de la integración de aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del bienestar social, en la medida en que ellos pueden a su vez enriquecer y desarrollar la personalidad, la comunicación y el amor. La noción de salud sexual implica un abordaje positivo de la sexualidad humana. El objetivo de la salud sexual reside en la mejoría de la vida y de las relaciones interpersonales y no solamente en la prevención y conocimiento de las técnicas anticonceptivas o de la profilaxis de las enfermedades de transmisión sexual”* (OMS, 2011).

Ciclo de respuesta sexual

Cada persona desde su nacimiento vive el mundo de diferente manera, en todas las etapas y esferas que forman parte de su vida; el mismo percibe, interpreta y se comporta de forma singular, única en sí mismo. Sin embargo de acuerdo a los estudios de Masters y Johnson en su libro “Respuesta sexual humana” en 1966, se llega a conocer que aun con las disimilitudes individuales, la respuesta sexual del organismo es similar para todos, en dicho libro se describen cuatro etapas en el ciclo de respuesta sexual, establecida por dos procesos fisiológicos esenciales: 1. La contracción de los músculos en los genitales y en todo el cuerpo, 2. El flujo de sangre a los vasos sanguíneos de una zona determinada del cuerpo (Rodríguez, 2017). Luego de unos años Helen S. Kaplan en 1978, agrega una quinta etapa el deseo (Bedmar, 2016), misma que algunos autores actualmente la consideran dentro del ciclo de respuestas sexual. Las reacciones fisiológicas a la excitación sexual están representadas en un ciclo, el llamado ciclo de la reacción sexual, dividido a su vez ahora en cinco etapas sucesivas (Chada, 2015, págs. 50-52), (Bedmar, 2016) y (Rodríguez, 2017):

- a. **Fase Deseo:** Etapa inicial comprende pensamientos, emociones y sensaciones que aumentan el nivel de libido.
- Hombre: Incremento de libido, por medio de la percepción sensorial.
 - Mujer: Incremento de libido, por medio de la percepción sensorial.
- b. **Fase Excitación:** Cambios fisiológicos frente ante estimulación sexual, de tipo psicológico o físico.
- Hombre: Comienza la erección. Aumenta la tensión en el escroto y se elevan los testículos, y contracciones irregulares del recto.
 - Mujer: Lubricación vaginal, se dilata la parte superior de la vagina, aumenta el tamaño del clítoris y pechos por la vasocongestión.
- c. **Fase Meseta:** Mantención de estimulación sexual. Las tensiones elevan hasta un grado intenso de placer y altos niveles de vaso congestión y miotínia, su duración varía por diferentes factores.
- Hombre: El pene alcanza su máxima erección, y testículos su máxima elevación y aumento de tamaño. Continúan contracciones del recto y aparecen gotas de fluido en la punta del pene.
 - Mujer: Contracción de las paredes vaginales, formándose la plataforma orgásmica. El clítoris se retira hacia el interior. Aumenta el tamaño del útero. Los labios menores se oscurecen. Se producen contracciones involuntarias del recto.
- d. **Fase Orgasmo:** Es el clímax. Una “descarga explosiva de tensión neuromuscular”, Involuntario y repentino, de corta duración. Es el momento más placentero.
- Hombre: Contracciones de la uretra, de los músculos pélvicos y en el pene que provocan la eyaculación. Hay contracciones involuntarias del recto.
 - Mujer: La plataforma orgásmica se contrae a intervalos de 0,8 segundos entre 5 y 12 veces. Hay contracciones involuntarias del esfínter anal y otros grupos musculares.
- e. **Fase Resolución:** Pérdida progresiva de tensión sexual y vuelta al estado previo a la fase de excitación. Dura de 15 y 30 minutos.
- Hombre: Entran en un periodo refractario, les resulta difícil volver a tener otra erección, dependiendo de la edad.
 - Mujer: No muestran el periodo refractario. Pueden volver a experimentar en seguida otro orgasmo en un periodo corto u multiorgasmos.

Problemas o trastornos en la sexualidad

Cuando se habla de problemas sexuales, se puede hacer referencia a cualquier fase del ciclo sexual que se ve interrumpida y dificulta la llegada a la satisfacción sexual completa. (Esteve, 2015). Tener problemas sexuales empeora la calidad de vida de la persona y su pareja en todos los aspectos.

Siendo un área en la que se entrecruzan factores biológicos, psicológicos y sociales y que afecta de forma directa a aspectos emocionales y relacionales del individuo. No es fácil encontrar un equilibrio en todos estos aspectos y, por ello, la sexualidad puede ser una fuente de conflictos y problemas, tanto a nivel individual como de pareja. En principio es importante diferenciar dos grupos de trastornos sexuales como son las parafilias y las disfunciones sexuales, según Beers (1999) las determina de la siguiente manera:

1. **Parafilias:** excitación del sujeto ante objetos/situaciones fuera del patrón normativo (Las fantasías no son parafilias si no suponen malestar) (De la fuente, 2017, pág. 17) y que puede interferir con la capacidad para una actividad sexual recíproca y afectiva, dentro de esta categoría se encuentra los siguientes problemas:
 - a. **Exhibicionismo:** ligadas a la exposición de los propios genitales a una persona extraña. En ocasiones el individuo se masturba al exponerse o al tener estas fantasías.
 - b. **Fetichismo:** consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes que implican el uso de objetos inanimados (fetiches). Ropa interior, zapatos, botas, son fetiches comunes.
 - c. **Froteurismo:** consiste en el contacto y el roce con una persona que no consiente, lo excitante es el contacto, pero no necesariamente la naturaleza coercitiva del acto.
 - d. **Pedofilia:** consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes, que implican actividad sexual con niños prepúberes (12-13 años) y el individuo ha de tener por lo menos cinco años más que el niño para que sea considerado el trastorno.
 - e. **Masochismo sexual:** consiste en el acto (real o simulado) de ser humillado, golpeado, atado o cualquier tipo de sufrimiento.
 - f. **Sadismo sexual:** consiste en actos (reales, no simulados) en los que el sufrimiento físico o psicológico de la víctima es sexualmente excitante.

g. **Fetichismo transvestista:** consiste en vestirse con ropas del sexo contrario. Generalmente guarda una importante colección de ropa para transvestirse cuando está sólo, luego se masturba imaginando que otros hombres se sienten atraídos por él como si fuera una mujer.

h. **Voyeurismo:** consiste en el hecho de observar ocultamente a otras personas cuando están desnudas o en actividad sexual.

Los problemas sexuales más frecuentes son las llamadas "disfunciones sexuales", trastornos que afectan a las distintas fases de la respuesta sexual. (Fora, 2018)

2. **Disfunciones Sexuales:** De acuerdo el “Dictionnaire de la Sexualité Humaine” (2004), disfunción sexual es toda perturbación de la actividad sexual en cualquiera de las fases o etapas del ciclo de las respuestas sexuales, estudiado por Masters y Johnson, en 1968, mismo que deben ser recurrentes y persistentes y causan angustia personal o dificultades interpersonales (Molero, 2016); excluyendo los trastornos del comportamiento sexual y los trastornos de la identidad sexual y lo que a estos abarca. (Chada, Esquizofrenia y Sexualidad: Prevalencia de la disfunción sexual y su impacto en el tratamiento en un estudio de pacientes esquizofrénicos., 2015, pág. 50). Hablamos de disfunciones sexuales cuando una o más de estas fases sufre alteraciones, pudiendo hablar por tanto de 1.Trastornos del deseo sexual, 2.Trastornos de la excitación sexual, 3.Trastornos del orgasmo, 3.Trastornos sexuales por dolor; dentro de estos se encuentran los siguientes problemas (Beers, 1999), (Mendoza, 2006):

A. Trastornos del deseo sexual

a) **Deseo sexual hipoactivo:** Lo fundamental de este trastorno es la ausencia o la declinación del deseo de actividad sexual y de las fantasías sexuales.

b) **Trastorno por aversión al sexo:** Aversión extrema, persistente o recurrente al contacto sexual genital y evitación de dicho contacto en forma total o casi total con una pareja sexual. Hay una naturaleza fóbica en esta reacción, la cual puede acompañarse de sudoración, palpitaciones, náuseas y otras respuestas somáticas semejantes al pánico, aun cuando hay quienes no muestran manifestaciones tan intensas de angustia. El deseo sexual se mantiene, lo que se revela porque estas personas no experimentan el temor fóbico cuando se masturban.

B. Trastornos de la excitación sexual

- a) **Trastorno de la excitación sexual en la mujer:** la incapacidad recurrente o persistente para obtener o mantener la respuesta de lubricación vaginal, propia de la fase de excitación, hasta el final del acto sexual.
- b) **Trastorno de la erección en el varón (disfunción eréctil, "impotencia"):** incapacidad persistente o recurrente para obtener o mantener una erección apropiada hasta la terminación de la actividad sexual.

C. Trastornos del orgasmo

- a) **Trastorno orgásmico femenino:** manifestada por una ausencia o un retraso del orgasmo después de una fase de excitación sexual normal en función de su edad, experiencia sexual previa y estimulación sexual recibida.
- b) **Trastorno orgásmico masculino:** La característica esencial de este trastorno es la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, luego de una fase de excitación sexual normal en el transcurso de una relación sexual, en cuanto al tipo, intensidad y duración de la estimulación erótica.
- c) **Eyacuación precoz:** es la eyacuación persistente o recurrente que se presenta en respuesta a una estimulación sexual mínima o la que se da antes, durante o poco después de la penetración, y antes que la persona lo desee. La eyacuación precoz es la más frecuente de las disfunciones sexuales, estimándose que entre un 20 y 30% de los adultos la presentan.

D. Trastornos sexuales por dolor

- a) **Dispareunia:** es el dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, tanto en hombres como en mujeres, misma que no es debida exclusivamente a vaginismo o falta de lubricación. La incidencia de la dispareunia es poco conocida. Raramente se le observa en el varón. Lo que sí es frecuente es su asociación y coincidencia con el vaginismo. Ambos trastornos se condicionan recíprocamente.
- b) **Vaginismo:** es la aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere con el coito, dicha alteración provoca malestar marcado y dificulta las relaciones interpersonales. La tirantez muscular

vaginal es tal, que hace la penetración dolorosa, difícil o imposible. Las causas del espasmo pueden ser físicas o psíquicas.

En cuanto a prevalencia la presente investigación se centrara solamente en aquellos problemas causados por disfunción de la esfera sexual. La Organización Médica Colegial (OMC, 2004) refiere datos relevantes sobre este problema estableciendo que para Masters y Johnson, un 50% de parejas heterosexuales presenta alguna disfunción sexual; Frank, Anderson y Rubistein (1978) hay disfunciones sexuales en parejas, de un 40% para los varones y un 60% para las mujeres. Nathan (1986) con cifras del 1 al 15% en hombres y del 35% en mujeres; Spector y Carey (1990) del 4 al 10% de la población, y, por último, Laumann, Paik y Rosen (1999) con una prevalencia del 31% para varones y 43% en mujeres.

Mediante datos del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (2002), dentro de los trastornos de la sexualidad en general, la disfunción sexual con mayor frecuencia es la disfunción eréctil, con el 48% del total de las consultas; le sigue la eyaculación precoz (28,8%), deseo sexual hipoactivo (8%), anorgasmia femenina (7,4%), vaginismo (1,6%) y un 0,4% los trastornos del orgasmo masculino. (OMC, 2004)

Causas de los problemas sexuales

Según (García, 2016) estas son las principales causas de los problemas sexuales:

- Falta de información: ignorancia o errores informativos (mitos y falacias) sobre la sexualidad.
- Actitudes negativas: prejuicios o malos sentimientos hacia la sexualidad y sus consecuencias.
- Falta de habilidades: conductas o actividades sexuales inadecuadas. Tener actividades sexuales de manera inapropiada. Esta causa del problema sexual puede estar debido a un aprendizaje no adecuado.
- La existencia de una mala relación interpersonal de pareja. Esto es muy característico.
- Factores intrapsíquicos: inseguridad, falta de autoestima y características de personalidad.
- Medicamentos: las personas casi nunca recuerdan el nombre de los medicamentos que toman, aun cuando los hayan tomado por años, y menos aún conocen los

efectos secundarios. Son muchos los medicamentos que pueden provocar problemas sexuales, como alteraciones en la erección, disminución en el apetito sexual, problemas eyaculatorios entre otros (Fernandez, 2018)

Definición de términos básicos

- 1. Alucinación** Percepción sensorial que tiene el convincente sentido de la realidad de una percepción real, pero que ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado, donde el sujeto puede tener conciencia o no tenerla de que está experimentando una alucinación (López-Ibor Aliño, Valdés Miyar, y APA, 2003)
- 2. Delirio** Es una falsa creencia, que es firmemente sostenida, a pesar de que todas las pruebas digan lo contrario (American Association Psychiatric, 2002)
- 3. Deseo Sexual** Se describe como una fase de apetito o impulso previo a la excitación producido por la activación de un sistema neural específico del cerebro (Molina, 2018).
- 4. Embotamiento Afectivo** Trastorno caracterizado por la ausencia de reacciones afectivas significativas, incluso ante circunstancias biográficas de trascendencia para el individuo (SN, 2018).
- 5. Orgasmo** Es la terminación de una relación sexual, un clímax que produce una sensación de liberación repentina y placentera de la tensión acumulada desde el momento en que se inicia la fase de excitación, se generan una serie de espasmos musculares intensos que resultan altamente agradables, a lo que ayuda la liberación de endorfinas que se produce de forma simultánea (Sanitas, 2018)
- 6. Psicosis** Es una condición anormal del pensamiento que se caracteriza por una visión alterada de la realidad y una pérdida de contacto con la misma (Psicoactiva, 2017)

- 7. Signos** Son manifestaciones objetivas de la enfermedad que pueden ser percibidas por un observador externo. (De la Fuente, 2014)
- 8. Síntomas** Son las manifestaciones que el propio enfermo siente, y que nadie, a excepción de quien los padece, puede constatar (De la Fuente, 2014)
- 9. Trastornos mentales** Se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás (OMS, 2018)
- 10. Trastornos sexuales** Es cualquier impedimento que dificulta o impide el goce de la actividad sexual ya sea por causas orgánicas o psicológicas. (Esquivel, 2018)

METODOLOGÍA

Tipo de Investigación:

Bibliográfica: La investigación bibliográfica consiste en la revisión de material bibliográfico existente con respecto al tema a estudiar. En la presente investigación se revisó, analizó, integró y organizó todo tipo de información referente a la esquizofrenia y sexualidad con bases teóricas que permitan argumentar las dos variables propuestas.

Documental: (Baena, 1995) menciona que es una técnica que consiste en la selección y recopilación de información por medio de la lectura y crítica de documentos y materiales bibliográficos, de bibliotecas, hemerotecas, centros de documentación e información (Avila, 2006). En esta investigación se tomará la información de la base de datos registrados en el sistema estadístico que registra las historias clínicas de los pacientes del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”, aplicados por el Psicólogo Clínico David Moscoso responsable del área de Docencia e Investigación del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón. La Escala del Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia creada

en 1987 por Kay, Fiszbein y Opler, tiene como objetivo la evaluación del síndrome esquizofrénico, consta de 30 ítem; 7 para la escala positiva, 7 para la escala negativa y 16 para la escala de psicopatología general y el Cuestionario de Cambios en la Función Sexual fue diseñado por Keller, McGarvey y Clayton en el año 2014 el cual evalúa los cambios relacionados con la enfermedad y la medicación en el funcionamiento sexual. Se tomó exclusivamente las variables de Esquizofrenia y de Función sexual de la información registra en las historias clínicas registradas en la Base de datos de la Institución.

Diseño de la Investigación:

Transversal: Son estudios donde se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y su incidencia de interrelación en un momento dado. (Hernández Sampieri, Collado, y Lucio, 2003). La investigación se realizó en un período de tiempo establecido, Abril-Agosto del 2018.

Nivel de la Investigación:

Descriptiva: Tipo de investigación que establece una descripción lo más completa posible de un fenómeno, situación o elemento concreto, sin buscar ni causas ni consecuencias de éste. (Castillero, 2017). En esta investigación se va a describir la problemática actual referente a las dos variables planteadas.

Población y Muestra

Población: La investigación se realizó con 23 historias clínicas de pacientes varones y mujeres con esquizofrenia, del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”, la información se obtuvo de la base de datos registrados en el sistema EQUSSYS.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Técnicas

- **Observación:** es la acción de observar que permite detectar y asimilar información, o tomar registro de determinados hechos a través de instrumentos. (Soto, 2014)

- Revisión de documentos, historias clínicas y registro de evoluciones diarias, registrados en el sistema Equsys del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”.

Instrumentos:

- Ficha de Observación: Son instrumentos de investigación, evaluación y recolección de datos, referido a un objetivo específico, en el que se determinan variables específicas (Soto, 2014). Se creó una ficha de observación para el registro de datos sociodemográficos, diagnósticos clínicos y resultados de los tests, registrados en las historias clínicas de los pacientes. Los tests utilizados en el Instituto Sagrado Corazón para la valoración de estas patologías son: la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo creada en 1987 por Kay, Fiszbein y Opler, y el Cuestionario de Cambios de la Función Sexual diseñado por Keller, McGarvey y Clayton en el año 2014, los cuales son aplicados por el Psicólogo Clínico David Moscoso, responsable del área de Docencia e Investigación del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón.
- La Escala de los Síndromes Positivo y Negativo de la Esquizofrenia creada en 1987 por Kay, Fiszbein y Opler, tiene como objetivo la evaluación del síndrome esquizofrénico, desde el punto de vista dimensional evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo y la psicopatología general de dicho trastorno y desde el categorial clasifica el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto, pudiendo así servir como indicador de pronóstico ya que en aquellos casos donde predomina síntomas negativos supone tener una peor evolución. Consta de 30 ítem; 7 para la escala positiva, 7 para la escala negativa y 16 para la escala de psicopatología general. La validación del instrumento fue realizada por Peralta y cols, en 1987, quienes obtuvieron una fiabilidad interobservador: 0.31 a 0.93.
- Cuestionario de Cambios en la Función Sexual fue diseñado por Keller, McGarvey y Clayton en el año 2014 el cual evalúa los cambios relacionados con la enfermedad y la medicación en el funcionamiento sexual. Tiene dos versiones, una para hombres y otra para mujeres. Proporciona una puntuación total y puntuaciones en 5 escalas: Deseo/frecuencia, Deseo/interés, Placer Sexual, Excitación/Erección, y Orgasmo doloroso. Los ítems se puntúan siguiendo una escala Likert de 5

valores. En todos los casos, el 1 significa lo peor (nunca, ningún disfrute) y el 5 lo mejor (diariamente, muchísimo). Utiliza dos marcos de referencia temporales: en primer lugar, se le pregunta por toda la vida y después por el momento actual. Las puntuaciones oscilan entre 14 y 70. La Fiabilidad fue Consistencia interna (alpha de Cronbach) en la escala de los varones fue de 0,81 y en la de las mujeres de 0,91.

TÉCNICAS PARA PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se tomara la información de la base de datos registrados en el sistema EQUSSYS, en la cual constan los datos sociodemográficos, diagnósticos, medicación, evoluciones en la terapia individual, grupal, física, ocupacional, familiar, resultados de tests aplicados por los profesionales del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”. Siguiendo se procesara información por medio del programa Microsoft Excel y su respectivo análisis en tablas estadísticas

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS

Tabla 1. *Tipos de Esquizofrenia en Pacientes del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito*

Tipos de Esquizofrenia	Frecuencia	Porcentaje
Esquizofrenia	11	47,83
Esquizofrenia Paranoide	7	30,43
Esquizofrenia Catatónica	1	4,34
Esquizofrenia Residual	2	8,7
Esquizofrenia Simple	2	8,7
Total	23	100,0

Fuente: Escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia por (Kay, Fiszbein, y Opler, 1987), registrado en la base de datos del sistema Equsys.

Elaborado: Chariguamán, Emely; Vélez, Andrés

En una muestra de 23 pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, se obtienen los siguientes resultados: el 47,83 % de la muestra presentan esquizofrenia que no ha sido clasificado su tipo, siendo este el mayor porcentaje. El 30,43% de la muestra presentan esquizofrenia paranoide. El 8,7% de la muestra presentan esquizofrenia residual. Un 8,7% esquizofrenia simple y el 4,34% de la muestra presenta esquizofrenia catatónica.

(Sánchez, Téllez, y Jaramillo, 2012) utilizaron una muestra de 225 pacientes, donde el 50.74% de hombres y 34.83% de mujeres presentaron esquizofrenia paranoide siendo este el diagnóstico más frecuente; seguido de la esquizofrenia residual con 24.72% en mujeres y 17.65% en hombres, en cuanto la esquizofrenia indiferenciada en mujeres es del 12.36% y en hombres es del 11.76; esquizofrenia desorganizada con 3.37% en mujeres y 3.68 en hombres, y por último el diagnostico menos frecuente esquizofrenia catatónica con 1,12% solo en mujeres. Datos que se asemejan a los obtenidos en el estudio, siendo el diagnostico de más predominancia la esquizofrenia paranoide.

Tabla 2. *Síndromes de la Esquizofrenia en Pacientes del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito*

Síndromes de la Esquizofrenia	Frecuencia	Porcentaje
Síndrome Negativo	7	30,4
Síndrome Mixto	14	60,9
Otro síndrome	2	8,7
Total	23	100,0

Fuente: Escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia por (Kay, Fiszbein, y Opler, 1987), registrado en la base de datos del sistema Equisys.

Elaborado: Chariguamán, Emely; Vélez, Andrés

En una muestra de 23 pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, se obtiene que el 60,9 % de la muestra presenta síndrome mixto de la esquizofrenia. El 30,4% de la muestra presenta síndrome negativo de la esquizofrenia. El 8,7% presentan otro síndrome de la esquizofrenia.

Crown, en 1980, mencionó sobre los síndromes de la esquizofrenia en relación al mayor predominio de una u otra sintomatología (Vargas, 2013); de tipo I positivo, tipo II

negativo (Fora, 1996, pág. 6); de tipo mixto que se caracteriza por la presencia de síntomas positivos y negativos a la vez, dichos tipos o síndromes varían a lo largo de la enfermedad, en la presente investigación se identifica que en dicho momento de evaluación se presentó en la mayoría de los pacientes un síndrome de tipo mixto, mismo que está sujeto a variación por el progreso de la enfermedad y por el tipo de tratamiento que el paciente sea sometido.

Tabla 3. *Problemas en la Función Sexual en Pacientes del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito*

Problemas de sexualidad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total	Porcentaje
Placer	21	91,3	2	8,7	23	100%
Deseo/frecuencia	21	91,3	2	8,7	23	100%
Deseo/Interés	22	95,7	1	4,3	23	100%
Excitación/erección	22	95,7	1	4,3	23	100%
Orgasmo/eyaculación	22	95,7	1	4,3	23	100%
Priapismo	5	21,7	18	78,3	23	100%
Orgasmo Doloroso	3	13	20	87	23	100%

Fuente: Cuestionario de Cambios en la Función Sexual por (Keller, McGarvey, y Clayton, 2014) registrados en la base de datos del sistema Equisys.

Elaborado Chariguamán, Emely; Vélez, Andrés

En una muestra de 23 pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, se obtienen los siguientes resultados: el 95.7 % presenta ausencia de deseo sexual, el 4,3 % no presenta ausencia de deseo sexual, el 95.7% tiene incapacidad de lograr excitación en el caso de las mujeres y disfunción eréctil en el caso de los hombres, el 4,3 % no tiene problemas en relación al área de excitación y erección., el 95.7% presenta anorgasmia en el caso de la mujeres y eyaculación precoz en el caso de los hombres, el 4,3 % no presenta problemas en relación al área del orgasmo y eyaculación, el 91.3% tiene problemas en el placer o satisfacción sexual, el 8,7 % no tiene problemas en relación al placer sexual, , el 91.3% presenta una disminución en la frecuencia del deseo sexual, el 8,7 % que no presenta problemas en relación a la frecuencia del deseo sexual, el 78.3% no tiene problemas en el área del priapismo y pérdida repentina de interés una vez excitada la

persona, el 21,7 % tiene priapismo en el caso de los hombres y pérdida repentina de interés una vez excitada la persona en el caso de las mujeres y por último el 87% no presenta problemas en el área de orgasmo doloroso y el 13% presentan orgasmos dolorosos.

Según datos del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (2002), dentro de los trastornos de la sexualidad en general, el problema sexual que se consulta con mayor frecuencia es la disfunción eréctil (48%), eyaculación precoz (28,8%), deseo sexual hipoactivo (8%), anorgasmia femenina (7,4%), vaginismo (1,6%) y un 0,4% los trastornos del orgasmo masculino. En relación con nuestro estudio existen problemas en la mayoría de áreas siendo los más predominantes la falta de deseo sexual, eyaculación precoz, anorgasmia, disfunción eréctil, siendo esto un dato muy relevante.

Tabla. 4 *Cambios en la Función Sexual General en Pacientes del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito*

Cambios en la función sexual	Frecuencia	Porcentaje
Si	19	82,6
No	4	17,4
Total	23	100,0

Fuente: Cuestionario de Cambios en la Función Sexual por (Keller, McGarvey, y Clayton, 2014) registrados en la base de datos del sistema Equisys.

Elaborado Chariguamán, Emely; Vélez, Andrés

En una muestra de 23 pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, se obtienen los siguientes resultados: el 82,6% de la muestra presenta cambios en la función sexual o disfunción sexual mientras que el 17,4 % de la muestra no presentan cambios relevantes en la función sexual.

De acuerdo con (Laumann, Paik, y Rosen, 1999) la prevalencia de problemas sexuales es del 31% en hombres y 43% en mujeres, también Chada (2015) en su estudio obtuvo de 80 pacientes esquizofrénicos tratados con neurolépticos de larga duración, una prevalencia

de disfunción del 56,75%. En relación a los pacientes con esquizofrenia del “Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón”, se presenta por el medio del estudio un alto y bastante llamativo índice, en relación a los cambios de la función sexual y la presencia de problemas en la mayoría de pacientes evaluados considerándose un problema delicado.

Tabla 5. *Relación entre los Tipos de Esquizofrenia y los cambios en la Función Sexual*

<i>Cambios en la función sexual</i>	Si		No		Total
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	
Esquizofrenia	10	43,48	1	4,35	11
Esquizofrenia paranoide	5	21,74	2	8,69	7
Esquizofrenia catatónica	1	4,35	0	0	1
Esquizofrenia residual	2	8,69	0	0	2
Esquizofrenia simple	1	4,35	1	4,35	2
Total	19	82,61	4	17,39	23

Fuente: Cuestionario de Cambios en la Función Sexual por (Keller, McGarvey, y Clayton, 2014) registrados en la base de datos del sistema Equisys.

Elaborado Chariguamán, Emely; Vélez, Andrés

En una muestra de 23 pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, se obtienen los siguientes resultados: el 43,48 % de pacientes con esquizofrenia presentan cambios en la función sexual, el 4,35% de pacientes con esquizofrenia no presentan cambios en la función sexual, el 21,74% de pacientes con esquizofrenia paranoide presentan cambios en la función sexual, el 8,69 % de pacientes con esquizofrenia paranoide no presentan cambios en la función sexual, el 4.35% de pacientes con esquizofrenia catatónica presentan cambios en la función sexual, el 8.69% de pacientes con esquizofrenia residual presentan cambios en la función sexual, 4,35% de pacientes con esquizofrenia simple presentan cambios en la función sexual y el 4,35% de pacientes con esquizofrenia simple no presentan cambios en la función sexual.

En el estudio de (Salvador, Rodriguez, Salas, y Magallanes, 2000) obtuvieron que el 62,9% por 100 de sujetos varones presentaba disfunciones sexuales en el momento de la evaluación mientras que en mujeres contabilizaron que un 50 por 100 de pacientes

esquizofrénicas con disfunciones o cambios en el funcionamiento sexual. En comparación con nuestro estudio existe mayor cifra, pero notable similitud de que existen cambios notables en el funcionamiento sexual de la personas con esquizofrenia.

GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

La siguiente guía de intervención psicológica, es creada para el área de psicología del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, la cual va dirigida a pacientes con esquizofrenia que presentan problemas sexuales, los cuales tienen una falta de información sobre su esfera sexual, falta de habilidades sociales, el cual tiene objetivo la psicoeducación a los pacientes acerca de los problemas presentes en el área sexual, para una mejor adaptación y adherencia a sus tratamientos y por ende su calidad de vida.

Nº DE SESIÓN	TÉCNICA	OBJETIVO	ACTIVIDAD
Primera	El término psicoeducación comenzó a utilizarse en la literatura médica en las décadas de los setenta y los ochenta. Uno de los primeros grupos científicos que lo empleó fue el liderado por Anderson (Schizophr, 1980), para referirse a una variedad de técnicas educativas que buscan	Conocer y diferenciar algunos términos acerca de la sexualidad, para tener un mejor conocimiento sobre la anatomía humana.	Se explicara cuáles son las definiciones y características de cada uno de los conceptos: sexo, género, sexualidad, identidad, orientación sexual, incluyendo durante la explicación ejemplos de la vida real para facilitar la comprensión del tema y pueda contrastar sus nociones con la teoría.
Segunda	brindar de manera sistemática conocimientos a los pacientes y sus familias con el objetivo de evitar las recaídas, mejorar la adherencia a los	Brindar información objetiva y clara de los problemas sexuales.	Se describirá que son los problemas sexuales, cada una de las causas que se presentan y sus síntomas.

	medicamentos y disminuir la disfuncionalidad. (Annu Rev Clin Psychol, 2013)		
Tercera		Analizar los diferentes tipos de problemas sexuales.	Definir los principales problemas sexuales como: eyaculación precoz, priapismo, deseo sexual inhibido, anorgasmia, trastorno por dolor, entre otros.
Cuarta	La Reestructuración cognitiva consiste en identificar, evaluar y modificar los pensamientos erróneos que generan malestar psicológico e interfieren con la capacidad de las personas de alcanzar sus metas (Beck, 1995, 2000).	Identificación, evaluación y modificación de pensamientos automáticos negativos sus dificultades en el plano sexual	Se solicita al paciente que identifique y anote en una hoja de auto registro los pensamientos negativos en el ámbito sexual, el terapeuta procede a la evaluación, cuestionamiento y análisis de las interpretaciones con el fin de saber la validez y buscar pensamientos alternativos.
Quinta	Las técnicas de relajación consiste tiene como objetivo común enseñar a la persona a controlar el nivel de activación de su cuerpo producidos por la ansiedad y la activación constante (Labrador, Muñoz y López, 2000).	Reducir su tensión física y/o mental ante situaciones estresantes o previo al contacto sexual	Guiar al paciente de manera verbal con los pasos de la técnica de respiración o mediante modelamiento de respiración diafragmática.

Sexta	<p>El entrenamiento en habilidades sociales (EHS) es un tratamiento cognitivo conductual para mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales. El déficit en habilidades sociales está asociado a numerosos problemas emocionales y de desadaptación (Díaz, Ruiz, y Villalobos, 2017)</p>	Fomentar y mejorar el desarrollo de las relaciones interpersonales a corto y largo plazo.	Se colocarán sentados en círculo. En una caja se pondrán tarjetas de colores con características personales como fortalezas, debilidades, gustos, etc. Se sacará una tarjeta y se leerá, los pacientes tendrán que adivinar de quién se trata.
Séptima	<p>Actividades Físico Recreativas son todas las actividades físicas que pueden desarrollarse en el tiempo libre con diversas finalidades (recreativas, lúdicas, educativas, compensatorias, deportivas, competitivas) sin importar el espacio en que se desarrollen, el número de participantes y el nivel de organización (Pirona, 2015)</p>	Mejorar la comunicación y el contacto social.	Realizar natación, yoga, fútbol o básquet, caminar, corre por lo menos unos 30 minutos.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se analizó los tipos y síndromes de la Esquizofrenia y los problemas de Sexualidad en 23 pacientes del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”. Los resultados obtenidos en cuanto a los tipos de esquizofrenia, determino que el 30,42% presenta esquizofrenia paranoide, el 8,7% esquizofrenia residual y simple y por último el 3,34% presentan esquizofrenia catatónica. De igual manera Fora (1996) en su estudio Esquizofrenia y sexualidad, en su muestra de 103 pacientes el 61.2% de ellos tenía esquizofrenia paranoide, 15,5% esquizofrenia residual, 13,6% esquizofrenia desorganizada, 7,8% esquizofrenia indiferenciada, 1% esquizofrenia catatónica y 15,5% esquizofrenia residual. En relación a nuestra investigación se obtuvo datos similares con los dos estudios mencionados siendo la esquizofrenia paranoide la que más prevalece ya que los pacientes presentan más ideas delirantes de tipo persecutorio y místico y alucinaciones auditivas y en menor porcentaje la esquizofrenia catatónica, ya que estos casos son poco frecuentes.

Con respecto a los resultados de los problemas sexuales se obtuvo que el 91.3% de la muestra presenta problemas en el placer o satisfacción sexual, 91.3% una disminución en la frecuencia del deseo sexual, 95.7% ausencia de deseo sexual, 95.7% presenta incapacidad de lograr excitación en el caso de las mujeres y disfunción eréctil en el caso de los hombres, 95,7% presenta anorgasmia en el caso de la mujeres y eyaculación precoz en el caso de los hombres, 21,7% presenta priapismo en hombres y pérdida repentina de interés una vez excitada en mujeres y el 13,0% de la presentan orgasmos dolorosos. Donde el 82,6% de los pacientes presentan cambios o problemas en su sexualidad frente a un 17,4% que no manifiesta problemas considerables, datos obtenidos del test CSFQ registrado en las historias clínicas.

Chada (2015) en su estudio de esquizofrenia y sexualidad: Prevalencia de la disfunción sexual y su impacto en el tratamiento en un estudio de pacientes esquizofrénicos; de 80 pacientes esquizofrénicos tratados con neurolépticos de larga duración, encontró disfunción sexual en 56,75% de pacientes, donde las escalas usadas mostraron que las áreas más afectadas son la eyaculación precoz, el orgasmo y el grado de satisfacción. Los resultados tienen similares características con este estudio debido a que existe un alto

índice de problemas, en la eyaculación precoz, placer sexual, excitación, deseo sexual y disfunción eréctil; por lo tanto, se evidencia y asemeja al estudio de Chada ya que los problemas sexuales se asocian a su enfermedad y tratamiento, por lo cual genera aislamiento, falta de habilidades sociales, poca expresión y comunicación por lo que no tienen una vida sexual satisfactoria. Es evidente, por otra parte, que la hospitalización y la institucionalización aumentan las limitaciones de estos pacientes.

Citando nuevamente a Chada (2015), que encontró más de un 50% de disfunción sexual en su muestra, que un 27,50% tenían al menos una media de dos relaciones sexuales por semana; que un 65% habían sentido un cambio negativo en su sexualidad desde el comienzo de enfermedad, y un 75% lo atribuían al comienzo del tratamiento o uso de medicación. Con los datos obtenidos se entiende que la esquizofrenia tiene una relación tanto directa como inversamente proporcional a la esfera sexual. Los resultados obtenidos en el estudio de Chada, son análogos a la presente investigación que ya se obtuvo que el 82,6% presentan cambios en el funcionamiento sexual o disfunciones sexuales, esto puede deberse a los efectos secundarios de los medicamentos, de la misma enfermedad, de la cognición y afectividad de estos pacientes es nula.

Al ser un estudio transversal, que brinda información en un tiempo determinado y que está sujeto a cambios continuos por la misma enfermedad progresiva, dentro de los puntos fuertes este estudio es nuevo a nivel nacional y local, por lo cual este estudio servirá de base para nuevas investigaciones. En cambio, una de las limitaciones de la investigación constituye en que no se ha tomado en cuenta el efecto secundario de los fármacos, también hay poca información enfocada desde la psicología al estudio de esta problemática existente, ya que dentro de la localidad y a nivel nacional no se ha podido encontrar estudios relacionados sobre esquizofrenia y sexualidad a la vez, los estudios referenciados hacen énfasis en aspectos fármacos químicos y no relaciones más profundas entre enfermedad y sexualidad directamente, por lo que se debería enfocar desde un punto clínico psicológico para un adecuado entendimiento desde la psicología, de igual forma la utilización y complementación de otras baterías que pueden medir e identificar la situación de forma más específica.

En base a los síndromes de la esquizofrenia encontrados, siendo el síndrome mixto el más elevado con 60,9% frente a un 8,7% de otro síndrome de acuerdo con la Escala de

Síndromes Positivo y Negativo de la Esquizofrenia, al no encontrarse investigaciones que hagan énfasis en esta área de la escala, es necesario recalcar que dentro del instituto esta área es tomada en para la valoración o evaluación respectiva del paciente, por lo cual también se consideró en este estudio.

Para estudios futuros la presente investigación pueda contribuir para profundización o realización de otros estudios por grupo edad, escolaridad, sexo, cultura, etc. Donde se pueda conocer también el aspecto sexual de los diferentes trastornos psiquiátricos y psicológicos. Sugiriendo en lo posible investigaciones de tipo longitudinal.

CONCLUSIONES

- Al finalizar la investigación con respecto a los tipos de esquizofrenia se puede concluir que: el 47,83 % presentan esquizofrenia que no ha sido clasificado su tipo, siendo este el mayor porcentaje, el 30,43% esquizofrenia de tipo paranoide, el 8,7% esquizofrenia residual y simple y el 4,34% de la muestra esquizofrenia catatónica siendo la más baja cifra. En cuanto al tipo de síndrome más predominante es el síndrome mixto con un 60.39%.
- En cuanto a los problemas sexuales en pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” se determinó que: el 95.7% presentan ausencia de deseo sexual, el 95.7% presenta incapacidad de lograr excitación en el caso de las mujeres y disfunción eréctil en el caso de los hombres, 95.7% presenta anorgasmia en el caso de la mujeres y eyaculación precoz en el caso de los hombres, y a nivel general se el 82,6% de pacientes presenta cambios en la función sexual.
- Se ha diseño una guía de intervención básica para los pacientes del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” con el objetivo de mejorar su calidad de vida en el aspecto sexual, por medio de psicoeducación y otras técnicas.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere continuar con la aplicación de la Escala de síntomas positivos y negativos ya que ayuda a la identificación de síntomas, síndromes y valoración para un óptimo tratamiento en los pacientes del Instituto Sagrado Corazón.
- Evaluar periódicamente el área sexual en los pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón e implementar programas y/o estrategias que permitan afrontar de manera adecuada los problemas sexuales.
- Implementar en el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón una guía de intervención integral para pacientes con esquizofrenia que presenten problemas sexuales, esto permitirá un mejor abordaje terapéutico a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- American Association Psychiatric. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (1997). *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia*. Am J Psychiatry.
- Annu Rev Clin Psychol. (2013). *Psychosocial treatments for schizophrenia*. 465-497.
- Avila, H. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación*. México.
- Baena, G. (1995). *Manual para elaborar trabajos de investigación documental*. México.
- Barba, M. (09 de 06 de 2018). *Definición de sexo, género y sexismo*. Obtenido de About Español: <https://www.aboutespanol.com/definicion-de-sexo-genero-y-sexismo-1271572>
- Beck J. S. (1995) .*Cognitive therapy, 75-136*. New York: Guilford Press.
- Beck J.S.(2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos Básicos y Profundización*. Barcelona: Gedisha.
- Bedmar, I. (15 de 04 de 2016). *Fases de la respuesta sexual humana*. Obtenido de El divan de Irene: <https://www.eldivandeirene.com/fases-de-la-respuesta-sexual-humana/>
- Beers, M. (1999). *El Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento (10ma ed.)*. Madrid: Edición Harcourt. SA.

- Bell, C., Wringer, P., Davidhizar, R., y Samuels, M. (1993). *Self-reported sexual behaviors of schizophrenic clients and noninstitutionalized adults*. *Perspectives in Psychiatric Care*, 29, 30-36.
- Buckley, P., y Hyde, J. (1997). *State hospitals' responses to the sexual behavior of psychiatric inpatients*. *Psychiatric Services*, 48, 398-399.
- Carey, M., Carey, K., Weinhardt, L., & Gordon, C. (1997). *Behavioral risk for HIV infection among adults with a severe and persistent mental illness: Patterns and psychological antecedents*. *Community Mental Health Journal*, 33, 133-142.
- Castillero, O. (2017). *Los 15 tipos de investigación (y características)*. Recuperado el 01 de 06 de 2018, de <https://psicologiaymente.net/miscelanea/tipos-de-investigacion>
- Centro de asistencia terapéutica. (2008). *¿Qué síntomas produce la esquizofrenia?* Recuperado el 02 de 09 de 2018, de <https://www.cat-barcelona.com/faqs/view/que-sintomas-produce-la-esquizofrenia>
- Chada, C. (2015). *Esquizofrenia Y Sexualidad: Prevalencia de la disfunción sexual y su impacto en el tratamiento en un estudio de pacientes esquizofrénicos*. Salamanca.
- Cournos, F., Empfield, M., Horwath, E., y Kramer, M. (1986). *The management of HIV infection in state psychiatric hospitals*. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 153-157.
- De la Fuente, J. (25 de 08 de 2014). *¿Qué diferencia hay entre los síntomas y los signos de una enfermedad?* Recuperado el 27 de 11 de 2018, de <http://alergiayasma.es/que-diferencia-hay-entre-los-sintomas-y-los-signos-de-una-enfermedad/>
- De la fuente, L. (2017). *Respuesta sexual humana y su psicopatología*. Obtenido de Universidad de Oviedo: https://www.unioviedo.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/01/Sexual_2018.pdf
- Díaz, J. (2006). *El paciente esquizofrénico y su sexualidad: conductas y trastornos sexuales*. *Psiquiatría Biológica*, 13, 22-29.
- Díaz, M., Ruiz, M., y Villalobos, A. (2017). *Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales*.
- Echenique, L. N. *Estudio de Sexualidad en la Tercera Edad. (Tesis de Licenciatura)*. Universidad Austral de Chile, Valdivia.
- El diario de noticias en tiempo real. (30 de 07 de 2010). *Más de un millón tienen esquizofrenia en México*. Recuperado el 03 de 11 de 2018, de <http://ntrzacatecas.com/2010/07/30/mas-de-un-millon-tienen-esquizofrenia-en-mexico/>

- Esquivel, A. (2018). *Trastornos Sexuales*. Recuperado el 26 de 11 de 2018, de http://psicologa.mex.tl/159503_TRASTORNOS-SEXUALES.html
- Esteve, S. (14 de 09 de 2015). *Principales problemas sexuales en lo hombres*. Recuperado el 08 de 11 de 2018, de <https://www.diariodemallorca.es/blogs/sexualidad/principales-problemas-sexuales-en-lo-hombres.html>
- Ey, H. (1973). *Traité des hallucinations*. France: Masson.
- Frank, E., Anderson, C., & Rubinstein, D. (1978). *Frecuencia de disfunción sexual en parejas "normales"*. *La revista de medicina de Nueva Inglaterra.*, 5-111.
- Fernandez, M. (29 de 08 de 2018). *Causas de los Problemas Sexuales*. Recuperado el 16 de 11 de 2011, de <https://www.geosalud.com/sexologia/problemas1.htm>
- Fora, F. (1996). *Esquizofrenia y Sexualidad. Tesis Doctoral*. Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Fora, F. (2018). *Problemas relacionados con la sexualidad*. Recuperado el 10 de 07 de 2018, de Centro Médico Teknon: <http://www.teknon.es/es/especialidades/fora-erroles-facund/problemas-relacionados-sexualidad>
- Garcia, A. (05 de 11 de 2016). *Principales causas de los problemas sexuales*. Recuperado el 16 de 11 de 2018, de <http://www.psicologiayconducta.com/principales-causas-de-los-problemas-sexuales>
- González, H. (02 de 12 de 2016). *Esquizofrenia*. Recuperado el 06 de 11 de 2018, de <https://www.webconsultas.com/esquizofrenia/causas-de-la-esquizofrenia-528>
- Gorguet, I. (2008). *Comportamiento Sexual Humano*. Santiago de Cuba, Cuba: Editorial Oriente.
- Hernández Sampieri, R., Collado, y Lucio, L. (2003). *Metodología de la investigación*.
- Hernández, O. (15 de 08 de 2015). *Puede la esquizofrenia afectar a la vida sexual*. Recuperado el 15 de 11 de 2018, de <http://wwwofeliahernandeziturrioz.blogspot.com/>
- Janssen-Cilag. (23 de 05 de 2017). *Tipos de esquizofrenia*. Recuperado el 04 de 11 de 2018, de <https://www.esquizofrenia24x7.com/sobre-esquizofrenia/tipos-de-esquizofrenia>
- Jassen-Cilag. (2017). *Síntomas negativos*. Recuperado el 06 de 11 de 2018, de <https://www.esquizofrenia24x7.com/sobre-esquizofrenia/sintomas-esquizofrenia/negativos>

- Kalichman, S., Kelly, J., Johnson, J., y Bulto, M. (1994). *Factors associated with risk for HIV infection among chronic mentally ill adults*. American Journal of Psychiatry, 151, 221-227.
- Kaplan, H., y Sadock, B. (1999). *Esquizofrenia*. Madrid: Médica Panamericana.
- Kay, S., Fiszbein, A., y Opler, L. (1987). *The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia*. Schizophr Bul.
- Keller, McGarvey, y Clayton. (2014). *Cuestionario de Cambios en la Función Sexual Versión Breve*. España.
- Labrador, F., Muñoz, M. L., & López, M. C. (2000). *Técnicas de control de la activación: relajación y respiración*. En Labrador, Cruzado y Muñoz. (2000). *Manual de Técnicas de modificación y terapia de conducta*. (pp. 367-395). Madrid: Pirámide
- Laumann, E., Paik, A., y Rosen, R. (1999). *Sexual dysfunction in the United States prevalence and predictors*. Jama: 537-44.
- Lindström, E., Eberhard, J., Neovius, M., y Levande, r. S. (2007). *Costs of schizophrenia during 5 years*. Acta Psychiatr Scand Suppl.
- Lyketsos, G., Sakka, P., y Mailis, A. (1983). *The sexual adjustment of chronic schizophrenics: A preliminary study*. British Journal of Psychiatry, 143, 376-382.
- McDermott, B., Sautter, F., Winstead, D., y Quirk, T. (1994). *Diagnosis, health beliefs, and risk of HIV infection in psychiatric patients*. Hospital and Community Psychiatry, 45, 580-585.
- Marcellés, R. (04 de febrero de 2011). *Health managing*. Obtenido de El ser humano, un ser integral: <http://www.healthmanaging.com/blog/el-ser-humano-un-ser-integral/>
- Medina, M., & Medina, D. (2017). *Manejo de la esquizofrenia en la atención primaria de salud*. Quito: Edimec.
- Mendoza, A. (2006). *Manual de psiquiatría "Humberto Rotondo (2da ed.)*. Lima: UNMS M.
- Mero, M. (11 de 08 de 2015). *¿Puede la esquizofrenia afectar a la vida sexual?* Recuperado el 02 de 06 de 2018, de <https://www.personasque.es/esquizofrenia/salud/bienestar/vida-sexual-2765>
- Molero, F. (19 de 06 de 2016). *Tema 4. Disfunciones sexuales: Detección, enfoque y tratamiento*. Obtenido de Siete días Medicos: http://www.sietediasmedicos.com/formacion/curso-de-salud-sexual/tema-4/item/6490-disfunciones-sexuales-deteccion-enfoque-y-tratamiento#.W9xe_ntKjIV

- Molina, R. (03 de 08 de 2018). *El deseo sexual femenino, el gran desconocido*. Recuperado el 26 de 11 de 2018, de <https://www.efesalud.com/deseo-sexual-femenino>
- Montejo, A. (2010). Esquizofrenia y sexualidad. *ResearchGate*, 3.
- MSP. (2008). *Informe sobre el sistema de salud mental en Ecuador*.
- Nacional Institute of Mental Health. (10 de 2015). La esquizofrenia.
- Nathan SG. *The epidemiology of the DSM-III psychosexual dysfunctions*. *J Sex Marital Ther* 1986; 12(4): 267-81.
- Oluyomi, E., y Arinola, E. (2018). *Disfuncion sexual entre paciente con esquizofrenia en el sureste de Nigeria*. Nigeria.
- OMC. (2004). *Guía de Buena Práctica Clínica en Disfunciones sexuales*. Madrid, España: Editorial International Marketing y Communications, S.A.
- OMS. (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades*. Barcelona: Plaza y Janes.
- OMS. (2006). *Concepto de Sexualidad* . Recuperado el 01 de 11 de 2018, de http://amsafelacapital.org.ar/2016/amsafe_va_a_la_escuela/esi/02-definicion_sexualidad.pdf
- OMS. (2011). *Salud sexual, OMS*. Obtenido de Formación Integral: <http://formacion-integral.com.ar/website/?p=16>
- OMS. (09 de 04 de 2018). *Esquizofrenia*. Recuperado el 01 de 09 de 2018, de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- OMS. (09 de 04 de 2018). *Esquizofrenia*. Recuperado el 30 de 05 de 2018, de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- OMS. (2018). *Trastornos mentales*. Recuperado el 26 de 11 de 2018, de https://www.who.int/topics/mental_disorders/es/
- OPS. (19 de 05 de 2000). *Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción*. Obtenido de Amssac Asociación: https://www.amssac.org/wp-content/uploads/2012/01/sexualidad_saludable.pdf
- Ortuño, F. (2019). *Esquizofrenia*. Recuperado el 22 de 12 de 2018, de <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/esquizofrenia>
- Oxford University Press. (2018). *Síndrome*. Recuperado el 18 de 11 de 2018, de <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/sindrome>
- Perez, F. (28 de 09 de 2017). *Esquizofrenia paranoide: definición, causas y tratamiento*. Recuperado el 13 de 09 de 2018, de

- <https://lamenteesmaravillosa.com/esquizofrenia-paranoide-definicion-causas-tratamiento/>
- Perkins, D.O. (2002). *Predictors of Noncompliance in Patients With Schizophrenia*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 1121-1128.
- Perlman, M., Martin, L., Hirdes, J., Curtin-Telegdi, N., Pérez, E., & Rabinowitz, T. (2007). Prevalence and predictors of sexual dysfunction in psychiatric inpatients. *Psychosomatics*, 48, 309-18.
- PERSUM. (2018). *Tipos de esquizofrenia*. Recuperado el 15 de 09 de 2018, de Clínica de Psicoterapia y Personalidad: <http://psicologosoviedo.com/especialidades/trastornos-psicoticos/tipos-esquizofrenia/>
- Pirona, O. (10 de 07 de 2015). *Actividades fisico- recreativas*. Recuperado el 11 de 11 de 2018, de https://es.slideshare.net/omar_pirona/actividades-fisico-recreativas
- Psicoactiva. (2017). *¿Qué es la Psicosis?* Recuperado el 27 de 11 de 2018, de <https://www.pstiva.com/blog/que-es-la-psicosis/>
- Psiquiatria. (16 de 07 de 2013). Recuperado el 18 de 11 de 2018, de <https://www.facebook.com/nuevapsiquiatria/posts/s%C3%ADndrome-positivo-y-negativo-de-la-esquizofreniael-siete-de-julio-publico%C3%A9-un-co/407866722665975/>
- Psiquiatria. (2018). *Glosario de términos psicopatológicos e históricos psiquiátricos*. Obtenido de Psiquiatria.com: <https://psiquiatria.com/glosario/esquizofrenia-indiferenciada>
- Quiteños con más trastornos mentales. (31 de 10 de 2008). *La hora*.
- Rodríguez, N. (28 de Junio de 2017). *El ciclo de la respuesta sexual*. Obtenido de Calma al Salvador, L., Rodriguez, C., Salas, D., y Magallanes, T. (2000). *Sexualidad y enfermedad mental crónica*. Madrid: FEAPS.
- Sanitaria. (2017). La vida sexual influye en la evolución de los pacientes con esquizofrenia. *Redaccion médica*, 3
- Sanitas. (2018). *¿Qué es un orgasmo?* Recuperado el 26 de 11 de 2018, de <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/vida-sexual/orgasmo.html>
- Sánchez, R., Téllez, G., & Jaramillo, L. (2012). Edad de inicio de los síntomas y sexo en pacientes con trastorno del espectro esquizofrénico. *BIOMÉDICA*, 32(2), 206-13.
- Schizophr, B. (1980). *Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach*.

- SN. (2018). *Embotamiento Afectivo*. Recuperado el 28 de 11 de 2018, de Clínica Universidad de Navarra: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/embotamiento-afectivo>
- Spector IP, Carey MP. *Incidence and prevalence of sexual dysfunctions: A critical review of ten empirical findings*. Arch Sex Behav 1990;19: 389-408
- Soto, M. (13 de 07 de 2014). *La Ficha de Observación*. Recuperado el 05 de 07 de 2018, de <https://prezi.com/uinnphpdjtuz/la-ficha-de-observacion/>
- Ureta, G. (10 de 06 de 2017). *Conceptos de Sexualidad*. Obtenido de Xduca: <https://www.cesigdl.com/2017/06/01/qu%C3%A9-es-sexo-qu%C3%A9-es-el-g%C3%A9nero-qu%C3%A9-es-la-sexualidad-para-comprender-la-sexualidad-es-necesario-conocer-la-definici%C3%B3n-de-las-siguientes-palabras/>
- Urizar, Maite (2012). *Vínculo Afectivo y sus Trastornos*. CSMIJ Galdakao: Psiquiatra.
- Vargas, M. (2013). *Esquizofrenia: detección oportuna en atención primaria*. *Revista medica de costa rica y centroamerica* (606), 295-301.
- Welch, S., Meagher, J., Soos, J., y Bhopal, J. (1991). *Sexual behavior of hospitalized chronic psychiatric patients*. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 855-856

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE OBSERVACIÓN

Datos de Información				
Nombres Completos:	CI:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Edad:
Estado Civil:	Procedencia:	Residencia:	Instrucción:	
Diagnóstico:	Tiempo de diagnóstico:	Internamiento:	Tiempo de internamiento:	
Tratamientos/Terapias				
T. Psicología	T. Ocupacional	T. Respiratoria	T. Física	
Baterías Psicológicas				
Escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS)	Resultados:			
Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (CSFQ)	Resultados: Placer: Deseo/frecuencia: Deseo/Interés: Excitación/erección: Orgasmo/eyaculación: Priapismo/perdida repentina de interés una vez excitada: Orgasmo Doloroso: TOTAL:			

ANEXO 2

CSFQ –Mujeres-

NOMBRE:

FECHA:

Las preguntas que siguen hacen referencia a lo que usted piensa sobre su vida sexual. Por favor, lea con atención cada una de ellas. A continuación rodee con un círculo el número que considere más adecuado. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.** POR ACTIVIDAD SEXUAL ENTENDEREMOS ACTO SEXUAL, MASTURBACIÓN, FANTASIAS SEXUALES Y OTRAS ACTIVIDADES.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. Comparado con la vez más placentera de su vida, ¿cuánto disfrute o placer en su vida sexual experimenta ahora?

1. Ninguno
2. Poco disfrute o placer
3. Algo de disfrute o placer
4. Mucho disfrute o placer
5. Muchísimo disfrute o placer

6. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar y fantasear acerca del sexo?

1. Ningún disfrute o placer
2. Poco disfrute o placer
3. Algo de disfrute o placer
4. Mucho disfrute o placer
5. Muchísimo disfrute o placer

2. ¿Con qué frecuencia mantiene actividad sexual (coito, masturbación) actualmente?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

7. ¿Con qué frecuencia se encuentra excitada sexualmente?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

3. ¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

8. ¿Se excita fácilmente?

1. Nunca
2. Rara vez (la minoría de las veces)
3. A veces (la mitad de las veces)
4. A menudo (la mayoría de las veces)
5. Siempre

4. ¿Con qué frecuencia se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasías sexuales) a hora?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

9. ¿Tiene lubricación vaginal adecuada durante la actividad sexual?

1. Nunca
2. Rara vez (la minoría de las veces)
3. A veces (la mitad de las veces)
4. A menudo (la mayoría de las veces)
5. Siempre

5. ¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

10. ¿Con qué frecuencia llega a la excitación y luego pierde el interés?

5. Nunca
 4. Rara vez (la minoría de las veces)
 3. A veces (la mitad de las veces)
 2. A menudo (la mayoría de las veces)
 1. Siempre
-

11. ¿Con qué frecuencia tiene un orgasmo?

1. Nunca
 2. Rara vez (menos de una vez al mes)
 3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 4. A menudo (2 veces/semana o más)
 5. Diariamente
-

12. ¿Es capaz de alcanzar un orgasmo cuando quiere?

1. Nunca
2. Rara vez (la minoría de las veces)
3. A veces (la mitad de las veces)
4. A menudo (la mayoría de las veces)
5. Siempre

13. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos?

1. Ningún disfrute o placer
 2. Poco disfrute o placer
 3. Algo de disfrute o placer
 4. Mucho disfrute o placer
 5. Muchísimo disfrute o placer
-

14. ¿Con qué frecuencia tiene orgasmo doloroso?

5. Nunca
4. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
2. A menudo (2 veces/semana o más)
1. Diariamente

CSFQ – Varones-

NOMBRE:

FECHA:

Las preguntas que siguen hacen referencia a lo que usted piensa sobre su vida sexual. Por favor, lea con atención cada una de ellas. A continuación rodee con un círculo el número que considere más adecuado. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección. MARQUE UNA SOLA RESPUESTA.**

1. Comparado con la vez más placentera de su vida, ¿cuánto disfrute o placer en su vida sexual experimenta ahora?

1. Ninguno
2. Poco disfrute o placer
3. Algo de disfrute o placer
4. Mucho disfrute o placer
5. Muchísimo disfrute o placer

5. ¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

2. ¿Con qué frecuencia mantiene actividad sexual (coito, masturbación) actualmente?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

6. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar y fantasear acerca del sexo?

1. Ningún disfrute o placer
2. Poco disfrute o placer
3. Algo de disfrute o placer
4. Mucho disfrute o placer
5. Muchísimo disfrute o placer

3. ¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

7. ¿Con qué frecuencia tiene una erección?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

4. ¿Con qué frecuencia se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasías sexuales) ahora?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

8. ¿Alcanza una erección fácilmente?

1. Nunca
 2. Rara vez (la minoría de las veces)
 3. A veces (la mitad de las veces)
 4. A menudo (la mayoría de las veces)
 5. Siempre
-

9. ¿Es capaz de mantener una erección?
1. Nunca
 2. Rara vez (la minoría de las veces)
 3. A veces (la mitad de las veces)
 4. A menudo (la mayoría de las veces)
 5. Siempre
-

10. ¿Con qué frecuencia experimenta erecciones dolorosas y prolongadas?
1. Nunca
 2. Rara vez (menos de una vez al mes)
 3. A veces (una vez al mes o más pero menos de 2 veces/semana)
 4. A menudo (2 veces/semana o más)
 5. Diariamente
-

11. ¿Con qué frecuencia tiene una eyaculación?
1. Nunca
 2. Rara vez (menos de una vez al mes)
 3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 4. A menudo (2 veces/semana o más)
 5. Diariamente

12. ¿Es capaz de eyacular cuando quiere?
1. Nunca
 2. Rara vez (la minoría de las veces)
 3. A veces (la mitad de las veces)
 4. A menudo (la mayoría de las veces)
 5. Siempre
-

13. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos?
1. Ningún disfrute o placer
 2. Poco disfrute o placer
 3. Algo de disfrute o placer
 4. Mucho disfrute o placer
 5. Muchísimo disfrute o placer
-

14. ¿Con qué frecuencia tiene orgasmo doloroso?
1. Nunca
 2. Rara vez (menos de una vez al mes)
 3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 4. A menudo (2 veces/semana o más)
 5. Diariamente

ANEXO 3

RESUMEN DE PUNTUACIONES

Escala Positiva (PANSS-P)							
1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización Conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicacia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
Total PANSS-P							
Escala Negativa (PANSS -N)							
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Fluidez de la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
Total PANSS-N							
Índice compuesto (Total PANSS-P)- (Total PANSS-N)							
Psicopatología General (PANSS-PG)							
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismos / posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de insight	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7
Total PANSS-PG							

RESULTADOS

SINDROME POSITIVO

SÍNDROME NEGATIVO:

INDICE COMPUESTO:

PSICOPATOLOGÍA GENERAL:

PUNTOS

PUNTOS

PUNTOS

PUNTOS

PERCENTIL

PERCENTIL

PERCENTIL

PERCENTIL

SISTEMA RESTRICTIVO:

SISTEMA INCLUSIVO:

ANEXO 4

Autorización para realizar la investigación

Quito 27 de agosto del 2018

*Notariado
Bajo supervisión
Psic. David Escobar
[Signature]
07.09-2018*

Dr. Ibañez

DIRECTOR DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN

Presente

Con un cordial saludo

Yo, Emely Stefania Chariguaman Vinueza, con cedula de identidad 060350847-4; y Andrés Napoleón Vélez Sicha con cedula de identidad 140064652-5, estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo, nos dirigimos a usted con la finalidad de solicitar nos permite realizar el proyecto de investigación con el tema "Esquizofrenia y Sexualidad en pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón". Quito, 2018; para lo cual adjuntamos los documentos pertinentes.

Por la atención a la presente reciba mis mas sinceros agradecimientos y éxitos en sus funciones.

Atentamente

Emely Chariguaman

Emely Chariguaman

060350847-4

Andrés Vélez

Andrés Vélez

140064652-5

ANEXO 5

Certificado del reporte – análisis URKUND



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 04 de febrero del 2019
Oficio N° 287-URKUND-FCS-2019

MSc. Ramiro Torres Vizuite
DIRECTOR CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

Estimada Profesora:

Luego de expresarle un cordial y atento saludo, de la manera más comedida tengo a bien remitir detalle de la validación del porcentaje de similitud por el programa URKUND del trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación:

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	Nombres y apellidos del tutor	% reportado por el tutor	% de validación verificado	Validación	
							Si	No
1	D- 47347660	Esquizofrenia y sexualidad en pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón. Quito, 2018	Chariguamán Vinueza Emely Vélez Sicha Andrés	MSc. Mayra Elizabeth Castillo González	8	8	x	

Por la atención que brinde a este pedido le agradezco

Atentamente,

Dr. Carlos Gafas González
Delegado Programa URKUND
FCS / UNACH

C/c Dr. Gonzalo E. Bonilla Pulgar – Decano FCS

ANEXO 6

Dictamen de conformidad del Proyecto de Investigación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

FORMATO DICTAMEN DE CONFORMIDAD DEL PROYECTO ESCRITO DE INVESTIGACIÓN

1. DATOS INFORMATIVOS DOCENTE TUTOR Y MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Apellidos y Nombres del tutor : Castillo Gonzales Mayra Elizabeth
Cédula de I: 0603564428
Apellidos y Nombres del Miembro tribunal: Fierro Villacreses María Soledad
Cédula de I: 0602997181
Apellidos y Nombres del Miembro tribunal: Pilco Guadalupe Gina Alexandra
Cédula de I: 0603371907

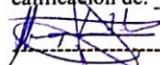
2. DATOS INFORMATIVOS ESTUDIANTE

Apellidos: Vélez Sicha
Nombres: Andrés Napoleón
Cédula de I.: 1400646525
Estudiante de la carrera de: Psicología Clínica
Título del Proyecto de Investigación: Esquizofrenia y sexualidad en pacientes del Instituto Psiquiátrico "Sagrado Corazón". Quito, 2018

3. CONFORMIDAD PROYECTO ESCRITO DE INVESTIGACIÓN

Aspectos	Conformidad SI/No	Observaciones
1. TITULO	S:	
2. RESUMEN	S:	
3. INTRODUCCIÓN	S:	
4. OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS	S:	
5. ESTADO DEL ARTE RELACIONADO A LA TEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN	S:	
6. METODOLOGÍA	S:	
7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	S:	
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	S:	
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	S:	
10. APÉNDICE Y ANEXOS	S:	

Fundamentado en las observaciones realizadas y el contenido presentado, SI ()/NO () es favorable el dictamen del Proyecto escrito de Investigación, obteniendo una calificación de: _____ sobre 10 puntos.


Firma Tutor


Firma de los Miembros del Tribunal

Campus Morio "Edison Riera R."
Avenida Antares Av. de Sacre Km 1.5 Vía a Guano
Teléfonos: (093) 31 31 899 - ext. 3000

Campus "La Dolorosa"
Avenida Eloy Alfaro y 93 de Agosto
Teléfonos: (093) 31 31 910 - ext. 3008

Campus Centro
Duchovita 17 75 y Procesa Tza
Teléfonos: (093) 31 31 899 - ext. 3003

Campus Guano
Parroquia La Virgen Barm. San Roque
vía a Acas



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

FORMATO DICTAMEN DE CONFORMIDAD DEL PROYECTO ESCRITO DE INVESTIGACIÓN

1. DATOS INFORMATIVOS DOCENTE TUTOR Y MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Apellidos y Nombres del tutor : Castillo Gonzales Mayra Elizabeth
Cédula de I: 0603564428
Apellidos y Nombres del Miembro tribunal: Fierro Villacreses María Soledad
Cédula de I: 0602997181
Apellidos y Nombres del Miembro tribunal: Pilco Guadalupe Gina Alexandra
Cédula de I: 0603371907

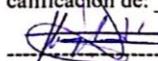
2. DATOS INFORMATIVOS ESTUDIANTE

Apellidos: Chariguamán Vinuesa
Nombres: Emely Stefania
Cédula de I.: 0603508474
Estudiante de la carrera de: Psicología Clínica
Título del Proyecto de Investigación: Esquizofrenia y sexualidad en pacientes del Instituto Psiquiátrico "Sagrado Corazón". Quito, 2018

3. CONFORMIDAD PROYECTO ESCRITO DE INVESTIGACIÓN

Aspectos	Conformidad Si/No	Observaciones
1. TITULO	S:	
2. RESUMEN	S:	
3. INTRODUCCIÓN	S:	
4. OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS	S:	
5. ESTADO DEL ARTE RELACIONADO A LA TEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN	S:	
6. METODOLOGÍA	S:	
7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	S:	
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	S:	
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	S:	
10. APÉNDICE Y ANEXOS	S:	

Fundamentado en las observaciones realizadas y el contenido presentado, SI ()/NO () es favorable el dictamen del Proyecto escrito de Investigación, obteniendo una calificación de: _____ sobre 10 puntos.


Firma Tutor


Firma de los Miembros del Tribunal

Campus Norte "Edison Rivera R."
Avenida Astoria Ibañez de Sotelo, Km 1.5 Vía a Guano
Teléfonos: (503) 32 32 8980-ext. 3003

Campus "La Dolores"
Avenida El Rey Alturo y 10 de Agosto
Teléfonos: (503) 32 32 910-ext. 3008

Campus Centro
Duchicúa 17 75 y Provenza Túa
Teléfonos: (503) 32 32 8980-ext. 2600

Campus Guano
Parroquia La Madre, Barrio San Roque
Vía a Azuay