

ESQUIZOFRENIA Y SEXUALIDAD



ÁNGEL LUIS MONTEJO GONZÁLEZ

Profesor titular de Psiquiatría. Universidad de Salamanca (USAL). Escuela Universitaria de Enfermería. Coordinador de Neurociencias IBSAL (Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca).

Agradezco la oportunidad de aportar mi grano de arena a un aspecto que para muchos clínicos no reviste relevancia alguna: la sexualidad y su relación con una enfermedad que puede ser tan grave como la esquizofrenia. Sin embargo, en la clínica diaria, cuando conversamos con nuestros pacientes, no podemos obviar un aspecto que tiene gran importancia para muchos basado en dos puntos de vista. El primero en tanto en cuanto la sexualidad es un aspecto del ser humano, psicótico o no, que nos enriquece y nos hace más humanos, y el segundo derivado del daño que algunos antipsicóticos hacen a la sexualidad.

Contrariamente a lo que piensan algunos clínicos (psiquiatras fundamentalmente), la sexualidad, en cuanto a aproximación vinculada al otro y no siempre coital, puede mejorar la evolución clínica, al tiempo que dignifica a la persona y le dota de recursos para luchar contra síntomas tan duros como los denominados negativos: apatía, falta de motivación, desconfianza y alejamiento de un semejante. Estudios recientes demuestran que los pacientes que mantienen pareja y vida sexual activa son más capaces de valorar la aproximación como algo muy positivo y que poco se diferencia de la población normal en este aspecto. El entorno afectivo que rodea al acercamiento sexual (no hablamos solo de coito, repito) incluye besos, caricias, masajes, mejora de la autoestima, sentimientos de aceptación y, adicionalmente, mejora el sueño, la ansiedad y el estado de ánimo de los pacientes exactamente igual que en los controles sanos. Los delirios no son incompatibles con el amor, y la experiencia clínica nos sorprende cada día con experiencias de los pacientes. Puede haber alucinaciones, pero no por eso debe ser el fin de la vida sexual y del placer. Cierto es que no más del 13% son capaces de mantener pareja estable y que solo el 20% tienen actividad coital, pero más de la mitad consideran que la vida sexual es algo importante para ellos. Con frecuencia, la masturbación es la única posibilidad que mantienen de expresar su impulso sexual y obtener algún tipo de placer (quizá el único en ocasiones). La falta de comunicación médico-enfermera-paciente y de psicoeducación conduce a que muchos de ellos utilicen la prostitución como único medio de obtener placer sexual (el doble que la población normal en los varones), poniendo en riesgo



su salud con enfermedades de transmisión sexual, incluyendo la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, al no usar preservativos adecuadamente.

El segundo aspecto es el deterioro que algunos antipsicóticos producen en la vida sexual, derivado del bloqueo de dopamina y de la hiperprolactinemia subsiguiente. Ciertamente es que no todos los pacientes dan la misma importancia a la vida sexual, pero no olvidemos que un joven que ha conocido previamente la satisfacción sexual no se resigna a perderla tras recibir el diagnóstico y su primer tratamiento. Este grupo debe constituir nuestro mayor centro de atención para evitar sufrimientos innecesarios y adicionales a los de la enfermedad. Resulta más preocupante en los varones jóvenes, pues un grupo elevado (40 %) abandonan o incumplen el tratamiento al relacionar la toma del fármaco con el inicio de su disfunción sexual, sobre todo, problemas de erección y orgasmo a corto plazo y de pérdida de deseo a medio-largo plazo.

Muchos clínicos (psiquiatras y enfermeras) se muestran muy reticentes a afrontar el problema, pensando que evitarlo es la mejor estrategia ante el incumplimiento. Sin embargo, es bien sabido que los profesionales más cercanos a los pacientes son los más valorados y los que consiguen mejores resultados terapéuticos a largo plazo. Hoy por hoy, disponemos de fármacos tan eficaces como los más incisivos y «potentes» que son capaces de preservar la vida sexual, contribuyendo a la mejora de los vínculos que los pacientes tienen o establecerán a lo largo de su enfermedad y favoreciendo el cumplimiento tan importante para la evolución de una enfermedad crónica y posiblemente grave. No olvidemos que todos necesitamos dopamina para tener motivación en nuestra vida normal, para adherirnos a las cosas que nos gratifican, sentir placer (incluido el sexual), recompensar aquello que nos gusta e iniciar las relaciones humanas que constituyen nuestros lazos, conduciéndonos finalmente hacia el amor. Quizá deberíamos concluir que la esquizofrenia no debe significar inevitablemente un adiós al placer ni a los lazos emocionales con quienes nos vinculamos, ni finalmente, por supuesto, al amor.