

La sexualidad en el trastorno mental grave.

Sexuality in serious mental illness.

María José Muñoz Algar, Patricia Bernal García.

Psiquiatras de la Unidad de Hospitalización Breve.

Hospital Dr. Rodríguez Lafora • Madrid.

Resumen: **Introducción:** Trastorno mental grave (TMG) es un término que incluye cualquier trastorno mental que resulte en un deterioro funcional grave y que interfiera o limite sustancialmente una o más actividades importantes de la vida (1). Los servicios de salud mental en todo el mundo han visto grandes transformaciones en los últimos años para organizar y proporcionar servicios de cuidado en salud mental. Sin embargo, los problemas persisten en aspectos relacionados con la intimidad y la expresión de la sexualidad (2). **Métodos:** Se realiza una búsqueda bibliográfica en PubMed con los términos "mental illness AND sexuality", obteniéndose hasta 54.891 artículos publicados entre los años 1933-2022. Seleccionamos los artículos más relevantes de los últimos 5 años, un total de 37 artículos. **Conclusiones:** Históricamente los pacientes con enfermedad mental eran vistos como asexuales y carentes de la competencia para tomar decisiones sexuales saludables (3), algo muy lejos de la realidad. Pensamos que es necesario centrar la investigación en explorar la sexualidad de las personas con trastornos de salud mental para comprender mejor sus necesidades, diseñar intervenciones más efectivas y en última instancia, mejorar su calidad de vida (1).

Palabras clave: Enfermedad mental grave, sexualidad, disfunción sexual.

Abstract: **Introduction:** Serious mental illness (SMI) is a term that includes any mental disorder that results in serious functional impairment and substantially interferes with or limits one or more major life activities (1). Mental health services around the world have seen great transformations in recent years to organize and provide mental health care services. However, problems persist in aspects related to intimacy and the expression of sexuality (2). **Methods:** A bibliographic search was carried out in PubMed with the terms "mental illness AND sexuality", obtaining up to 54,891 articles published between the years 1933-2022. We select the most relevant articles from the last 5 years, a total of 37 articles. **Conclusions:** Historically, patients with mental illness were seen as asexual and lacking the competence to make healthy sexual decisions (3), something very far from reality. We think it is necessary to focus research on exploring the sexuality of people with mental health disorders to better understand their needs, design more effective interventions and ultimately improve their quality of life (1).

Keywords: Serious mental illness, sexuality, sexual dysfunction.

Introducción

La sexualidad se define como un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida que abarca el sexo, la identidad y el rol de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se experimenta y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Mientras que la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas son siempre experimentadas o expresadas, ya que es influenciada por la interacción de factores tanto biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales (2).

La Declaración de los Derechos Sexuales de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS 2014) afirma que la salud sexual es un derecho bien fundado en los derechos humanos universales (4).

Las personas que están recibiendo atención en salud mental consideran tanto la sexualidad, la expresión sexual y la intimidad como partes importantes de sus vidas (5). Sin embargo, es frecuente que experimenten una plétora de desafíos tanto en su salud sexual como reproductiva (6).

Históricamente, la salud sexual de las poblaciones con trastornos psicóticos fue a menudo devaluada o menospreciada. Hasta la década de 1980, muchos médicos e investigadores creían que las personas con trastornos psicóticos eran "asexuales", lo que contribuyó a una atención de salud sexual y reproductiva inadecuada para esta población (7).

La sexualidad de las personas que viven con un trastorno mental grave está influida por varios factores, siendo los principales: las complicaciones del propio trastorno mental, los efectos adversos del tratamiento farmacológico, el apoyo de personas cercanas, la relación con su salud y el estigma. Es a partir de la interacción de estos factores que estas personas construyen su realidad (1).

A través de esta revisión, intentaremos acercarnos a la realidad de los pacientes que padecen una enfermedad mental. Mediante esta aproximación holística no solo mejoraremos nuestro conocimiento y comprensión de las necesidades y preocupaciones de estos individuos, también ayudará a apoyarles en un camino más empoderador, satisfactorio y orientado a la recuperación (2).

1. Depresión

La depresión es una condición de bajo estado de ánimo y baja motivación para la actividad, junto con un pensamiento pesimista distorsionado sobre uno mismo y el mundo. La hipótesis más respaldada para la depresión se basa en la falta de serotonina (5HT), noradrenalina (NA) y dopamina (DA) en el cerebro, aunque recientemente han aumentado los hallazgos de una fisiopatología más compleja. La disminución de la libido es parte del cuadro clínico en la depresión, junto con alteraciones en los instintos vitales del apetito y el sueño. Esto significa que el deseo sexual se ve afectado por definición, lo que está en línea con el hallazgo de circuitos mesolímbicos dopaminérgicos hipoactivos en pacientes deprimidos (8). De hecho, podemos encontrar afectación en todos los aspectos de la respuesta sexual (9).

1.1. Influencia del tratamiento de la depresión en la sexualidad

La frecuencia de la disfunción sexual debido a los medicamentos antidepresivos es difícil de evaluar, dado que los efectos adversos sexuales de la ansiedad y la depresión son comparables a los efectos secundarios de los medicamentos antidepresivos. Por otro lado, la investigación ha demostrado que la incidencia de efectos secundarios es mayor cuando se pregunta directamente a los pacientes y se utiliza una escala validada (10).

La disfunción sexual asociada a medicamentos es un problema grave tanto en el tratamiento inicial de la depresión como de la ansiedad y en la terapia de mantenimiento a más largo plazo. Desafortunadamente, los efectos secundarios sexuales tienden a ocurrir dentro las primeras 3 semanas de tratamiento antes de que el beneficio sobre el estado de ánimo sea obtenido, con el consiguiente riesgo de discontinuación anticipada. En el largo plazo, muchas mujeres cuyo trastorno del estado de ánimo está en remisión pueden estar barajando si continuar con el medicamento para mantener su estado de ánimo con la interrupción de la medicación para mejorar su vida sexual (10).

Por otro lado, encontramos con frecuencia que la reducción de los síntomas depresivos a través del tratamiento exitoso puede ir acompañada de mejoras informadas en el deseo y la satisfacción sexual (9).

La literatura confirma que la depresión, la ansiedad y la disfunción sexual en las mujeres están relacionadas; sin embargo, el patrón causal es debatido. ¿La depresión y la ansiedad precipitan la disfunción sexual o es la disfunción sexual una causa frecuente del trastorno del estado de ánimo? La tercera posibilidad es que las disfunciones sexuales, depresión y trastornos de ansiedad, todos sean el resultado de una vulnerabilidad subyacente a ambas tanto a las enfermedades psiquiátricas y las disfunciones sexuales. Investigaciones recientes que estudian esta comorbilidad a lo largo del tiempo mostraron resultados consistentes con la última posibilidad, a saber, un subyacente psicológico latente de vulnerabilidad compartida. Esto sugiere que la presencia de cualquiera de los tres factores de riesgo aumentará las probabilidades de síntomas actuales o futuros de uno o ambos de los otros dos, por lo tanto, la detección de todas las comorbilidades debería convertirse en rutina (10).

Debido a estas cuestiones, ha resultado difícil identificar con precisión la incidencia de disfunción sexual emergente del tratamiento (que abarca tanto el empeoramiento de problemas preexistentes y el desarrollo de nuevas dificultades sexuales en pacientes previamente sin problemas) durante el tratamiento antidepresivo. La evidencia sugiere que existe una relación bidireccional entre la disfunción sexual y la depresión, con síntomas depresivos que aumentan un 50-70% mayor riesgo de desarrollar una disfunción sexual, y que a su vez puede aumentar el riesgo de experimentar depresión hasta en un 200 %. Además, tanto la depresión anhedónica como los síntomas de ansiedad se han asociado con una amplia variedad de disfunciones sexuales entre adultos jóvenes sexualmente saludables, particularmente la pérdida de libido y trastornos en el orgasmo, mientras que la hipersexualidad y la promiscuidad sexual son a menudo relacionados con estados (hipo)maníacos (11).

Dos estudios internacionales analizaron la prevalencia de la disfunción sexual en pacientes deprimidos en tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) o con inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (ISRN). En dicho estudio contabilizaron los problemas sexuales autoinformados antes de comenzar el tratamiento y los posibles efectos adversos de la medicación concomitante. Se encontró que el 27-65% de las mujeres y el 26-57% de los pacientes masculinos experimentaron un empeoramiento de las dificultades preexistentes o la aparición de nuevas dificultades sexuales en las primeras semanas de tratamiento. También se detectaron factores de riesgo que pueden influir a la hora de desarrollar disfunción sexual durante el tratamiento con antidepresivos como son: el género masculino, mayor edad, menor rendimiento académico, ausencia de empleo a tiempo completo, mala salud física, tratamiento con múltiples fármacos y problemas en las relaciones interpersonales (9).

Si intentamos estudiar los distintos tipos de fármacos antidepresivos, encontramos que no existe ningún estudio que utilice un análisis multivariable para determinar los predictores de disfunción sexual emergente de los antidepresivos (12). Sin embargo, un metanálisis inicial que incluyó estudios con diferentes diseños (que incorporaron un diseño abierto, un doble ciego, transversales e investigaciones retrospectivas) encontró que el "tratamiento emergente de disfunción sexual" no era más común con los antidepresivos amineptina, agomelatina y bupropión (estos dos por su efecto antagonista en el receptor 5-HT_{2C}), moclobemida, mirtazapina o nefazodona que con placebo (9,12).

El tratamiento con el nuevo antidepresivo "multimodal" vortioxetina está asociado con una baja incidencia de efectos adversos informados sobre la función sexual en hombres (3-5%) y mujeres (1-2%), que pueden relacionarse con sus efectos antagonistas en el receptor 5-HT₃ y a efectos indirectos en el aumento de la disponibilidad de dopamina y noradrenalina (9).

Una revisión sistemática de ensayos aleatorios controlados con placebo y trazodona (que tiene efectos agonistas parciales en receptores 5-HT_{1A} y efectos antagonistas en receptores 5-HT_{2A} y alfa-1 adrenérgico) indica que puede ser eficaz para reducir la disfunción eréctil "psicógena", cuando se prescribe a niveles más altos de la dosis diaria (150-200 mg) (9).

Todos los demás antidepresivos fueron significativamente más propensos que el placebo a estar asociados con la "disfunción sexual" (como una categoría unitaria), y casi todos eran significativamente más propensos que placebo a asociarse con disfunción en cada una de las fases de la respuesta sexual (9).

Sin embargo, no todos los efectos sexuales de los antidepresivos son indeseables en todos pacientes. Aunque los enfoques conductuales de la eyaculación precoz son efectivos en la mayoría de los pacientes, muchos hombres (incluyendo aquellos sin depresión) pueden beneficiarse del tratamiento con el antidepresivo tricíclico clomipramina o ISRS. De hecho, la dapoxetina de acción corta, es eficaz en el tratamiento de la eyaculación precoz, ya sea con dosificación diaria o dosificación "bajo demanda" (9).

2. Trastornos de ansiedad

Los trastornos del espectro de la ansiedad se caracterizan por un exceso de pensamiento preocupante y temeroso ante situaciones inocuas. Las vías cerebrales para el comportamiento ansioso comprenden una neurotransmisión central anormal, una respuesta del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal desadaptativa al estrés y una respuesta corporal autónoma de "lucha o huida". Bajo esta condición, los pacientes con ansiedad sufren una distraibilidad marcada en las señales y fantasías excitantes, favoreciendo los pensamientos intrusivos (incluyendo preocupaciones sobre la erección), provocando la llamada disfunción eréctil psicógena (y la eyaculación precoz) debido al flujo simpático periférico que media la reacción de lucha o huida, aumentando el tono del músculo liso y la vasoconstricción (8).

En cuanto al orgasmo y la eyaculación retardada o ausente, es probable que la priorización de los estímulos estresantes por parte de los pacientes ansiosos, si no afecta la excitación ni provoca descargas simpáticas excesivas, genere una competición con los estímulos sexuales, impidiendo así el disfrute sexual que es necesario para el correcto funcionamiento de los circuitos límbico-hipotalámico dopaminérgicos y oxitocinérgicos en el cerebro (8).

3. Trastornos de conducta alimentaria

La forma de presentación de los trastornos alimentarios es considerablemente heterogénea.

Si adoptamos una visión amplia de las comorbilidades, hay una superposición notable entre los trastornos de la alimentación y los problemas sexuales. Por ejemplo, la insatisfacción por la imagen corporal y la disregulación emocional son factores subyacentes comunes tanto en los trastornos alimentarios y en las disfunciones sexuales.

Además, la pubertad es un período crucial para el desarrollo sexual, así como para la aparición de insatisfacción corporal y los trastornos alimentarios, y es de destacar que el abuso sexual es un factor de riesgo bien reconocido tanto de los trastornos alimentarios como de la sexualidad deteriorada (13).

Los hallazgos preliminares de varios estudios demostraron que, en comparación con sus pares, las personas con trastornos alimentarios tienden a percibir como más problemáticas varias áreas de sexualidad, como los cambios de la menarquia y las primeras experiencias sexuales. Más recientemente, los estudios demostraron la existencia de disfunciones sexuales graves en adultos con trastornos alimentarios, en términos de deseo sexual, satisfacción, orgasmo y dolor (13).

Las intervenciones estándar como la terapia cognitivo-conductual, podrían contribuir a restaurar una buena sexualidad e intimidad en pacientes con trastornos alimentarios. Sin embargo, esto no ocurriría para una subpoblación específica de pacientes con trastornos alimentarios (aquellos que refieren una historia de abuso en la infancia), que a menudo responde apenas a un tratamiento estandarizado, tanto en términos de psicopatología como de funcionamiento sexual (13).

Por otro lado, numerosos estudios se han centrado en estudiar los trastornos alimentarios asociados a la impulsividad, adicción y comportamientos sexuales de riesgo, llegando a considerar conceptos superpuestos entre los comportamientos sexuales impulsivos y los alimentarios. De hecho, los comportamientos alimentarios patológicos han se ha asociado con un mayor número de parejas sexuales, una menor tasa de uso del condón y una menor edad del primer parto (13).

Una gran evidencia apoya que una relación más saludable con el propio cuerpo puede ser el último obstáculo en el tratamiento de pacientes con trastornos alimentarios. Así, podemos integrar esta afirmación diciendo que recuperar una buena sexualidad debe ser considerado una buena señal de un proceso de recuperación exitoso. De hecho, podría significar que el paciente recuperó un patrón hormonal fisiológico, que a su vez no sólo está asociado con el IMC (índice de masa corporal) sino también con una dieta equilibrada. Además, tener un buen funcionamiento sexual significa poder mirar el propio cuerpo, tocarlo, sentirlo y, lo más importante, mostrárselo al compañero sin vergüenza. Una relación sexual satisfactoria implica no tener miedo a las emociones fuertes y al placer, incluyendo una recuperación de la confianza interpersonal (13).

4. Trastornos de personalidad

En el caso de los trastornos de personalidad, son muchos los factores que, de forma predisponente, precipitante y/o mantenedora facilitan la aparición de las disfunciones sexuales.

Entre estos factores, un amplio número de autores defienden la importancia de la personalidad sobre el funcionamiento sexual, las actitudes y las disfunciones sexuales. Offit, describía que hombres y mujeres con trastorno obsesivo de la personalidad padecían frecuentemente disfunciones sexuales, en especial problemas de erección y anorgasmia, las personas agresivo-pasivas apenas tenían sexo y los hombres dependientes eran más susceptibles de sufrir disfunción eréctil, mientras las mujeres con las mismas características tenían menos satisfacción sexual. En el caso de los hombres y mujeres paranoides aparecería un bajo deseo, e igual pasaría con los esquizoides. De igual manera, las mujeres histriónicas tendrían poca excitabilidad y menor capacidad para alcanzar el orgasmo, argumento demostrado posteriormente por Raboch y Apt y Hurbert, y los hombres narcisistas casi nunca reconocerían sus disfunciones sexuales. Sin embargo, las afirmaciones de Offit y las de los investigadores posteriores no han sido suficientemente contrastadas (14).

Aunque hay gran variedad de investigaciones que relacionan características de personalidad con múltiples variables, especialmente los estudios que correlacionan los trastornos de la personalidad con las adicciones y la patología dual, apenas se han relacionado los trastornos de la personalidad con las disfunciones sexuales en concreto. No solo se han realizado estudios que indican que los trastornos de la personalidad pueden perjudicar la respuesta sexual, sino que también algunos estudios señalan que determinados perfiles de personalidad podrían mejorar la respuesta sexual (14).

En definitiva, a partir de los datos revisados se puede concluir que los trastornos de la personalidad están relacionados con el tipo e intensidad de respuesta sexual, aunque existen muy pocos estudios que lo avalen, realizados con muestras escasamente representativas y con una enorme variabilidad de instrumentos de medida, lo que no facilita que se pueda llegar a conclusiones categóricas (14).

4.1. Trastorno límite de personalidad

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es por definición un trastorno mental grave que se caracteriza por un patrón generalizado de inestabilidad en la regulación emocional, en las relaciones interpersonales y la autoimagen, junto con una marcada impulsividad. Hay datos empíricos limitados sobre la sexualidad de los pacientes con TLP, y es probable que varias características del trastorno estén

asociados con problemas de salud sexual, como la impulsividad autodestructiva (comportamiento sexual impulsivo), perturbación de la identidad (identidad sexual inestable) y relaciones interpersonales intensas e inestables que pueden implicar costosas tácticas de relación en un intento de retener a una pareja (comportamiento sexual impulsivo y arriesgado que podría exponerlos a la coerción y el abuso). Además, son comunes entre las historias de los individuos con TLP la violencia sexual y el abuso en la infancia y del adulto. Se ha encontrado que dichos pacientes son más propensos a involucrarse en relaciones sexuales impulsivas, tienen una edad más temprana de inicio para las relaciones sexuales, tienen más compañeros sexuales, un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), y el riesgo de embarazo por el mal uso de la anticoncepción en comparación a pacientes de atención primaria o psiquiátricos. Por ello, pensamos que atención primaria, salud mental y planificación familiar deberían estar sintonizados en el abordaje de los pacientes con TLP porque la naturaleza del trastorno representa tanto un factor de riesgo como un factor de perpetuación de estos asuntos, siendo recomendable discutir y evaluar los problemas de forma rutinaria como son el sexo sin protección, las ITS, la coerción sexual y la identidad sexual en los jóvenes con patología TLP (15).

5. Trastorno bipolar

El trastorno bipolar es una afección definida por fases de manía (o, menos grave, hipomanía) que pueden alternar con depresión a lo largo de la vida de la persona. La manía se representa como un estado de ánimo expansivo con energía excesiva y engañosa que perjudica el pensamiento (incluso con ideas delirantes) y el funcionamiento en las actividades diarias. La desinhibición social y el impulso sexual inadecuado son consecuencias inmediatas de tal sentimiento de grandeza y se asocian con la participación en contactos sexuales de riesgo (8).

A pesar de su relevancia clínica, incluyendo el curso e influencia tanto en la salud de la persona como en el manejo de la enfermedad, la disfunción sexual es una dimensión inexplorada y frecuentemente subestimada de la psicopatología del trastorno bipolar (11).

Podemos suponer que el aumento del deseo y el impulso sexual inapropiado son secundarios al comportamiento socializado desinhibido, debido a la desconectividad extendida de la red prefrontal-amígdala. Sin embargo, el deterioro de la atención característico en los estados maníacos podría interferir con el procesamiento de señales sexuales para la excitación central (8).

Los hallazgos del estudio de Dargél y compañía, de una pequeña pero bien caracterizada muestra de pacientes con trastorno bipolar en remisión, sugieren que la disfunción sexual persiste más allá de las fases agudas y, junto con una inestabilidad afectiva interepisodio, podría estar entre los síntomas residuales predictivos de bajo funcionamiento en pacientes eutímicos con trastorno bipolar. Además, la disfunción sexual también podría ser un factor que contribuye al empeoramiento de la inestabilidad del estado de ánimo entre episodios, que a su vez puede precipitar recaídas (11).

Similar a estudios previos que muestran que el papel del tipo de episodio (es decir, maníaco, depresivo, mixto) en el funcionamiento psicosocial aún no está claro, estos resultados resaltan la idea de que la disfunción sexual persistente podría ser una consecuencia no solo de la toxicidad duradera del número de episodios anteriores, sino también, si no más importante, de mayor duración de la enfermedad y la gravedad de esos episodios, que a menudo requieren hospitalización y se asocian con un aumento del riesgo de suicidio (11).

Las asociaciones entre la gravedad del trastorno bipolar y las disfunciones sexuales subrayan la necesidad de encontrar formas efectivas de mejorar las variables modificables, como el número de intentos de suicidio/hospitalizaciones y la sintomatología del estado de ánimo subumbral. Algunas variables no modificables (por ejemplo, la duración de la enfermedad) pueden ser consideradas para promover intervenciones en las primeras etapas del trastorno. A este respecto, la psicoeducación –una intervención a costo relativamente bajo– debería ser proporcionado junto con el tratamiento

farmacológico para todas las personas con trastorno bipolar (e idealmente para sus familias) para aclarar las expectativas con respecto al carácter crónico y progresivo del trastorno, incluyendo los relacionados con los efectos de su tratamiento sobre el funcionamiento sexual. Esto puede ayudar a los pacientes con trastorno bipolar no solo a mejorar el autocontrol y la capacidad para reconocer señales de alerta temprana, también para aumentar la conciencia sobre la importancia de reportar y tratar potenciales disfunciones, al tiempo que alivia el estigma y los involucra activamente en su cuidado (11).

6. Esquizofrenia y otras psicosis:

La esquizofrenia, el paradigma de los trastornos psicóticos, se define por crisis de pensamientos delirantes, alucinaciones, estado de ánimo aplanado y comportamiento desorganizado. Durante muchos años, las vías dopaminérgicas mesolímbicas hiperactivas y mesocorticales hipoactivas fueron la hipótesis predominante para su fisiopatología. Los neurotransmisores y circuitos actualmente reconocidos para la esquizofrenia son mucho más complejos, habiéndose demostrado la pérdida de volumen en regiones críticas como el hipocampo, el tálamo y la amígdala (8).

El aumento de la dopamina mesolímbica en estos pacientes podría sugerir cierta propensión al aumento del deseo sexual, que algunos pacientes informan en la fase psicótica aguda de la enfermedad, pero la enfermedad en general está más asociada con la disminución de la función sexual (estimada en un 45–80% de los pacientes varones). Esto puede deberse a varias razones que son difíciles de distinguir. La enfermedad en sí misma, al implicar afectos y motivación embotados (atribuidos a la vía mesocortical hipoactiva), puede ser responsable de un deseo alterado (8).

Las enfermedades psicóticas también se caracterizan por el deterioro en la experiencia y expresión de la emoción, déficits cognitivos, introspección pobre, déficits neurológicos, agresividad y problemas para inferir las emociones e intenciones de los demás (16).

En el estudio de Dembler-Stamm y compañía, se encontró que los pacientes con esquizofrenia son menos propensos a tener una pareja para una relación sexual, son más propensos a haber tenido una primera relación sexual desagradable y tienden a encontrar en la sexualidad una parte menos importante de la vida, a pesar de que en la mayoría de los casos han comenzado a obtener experiencias sexuales beneficiosas a la misma edad que los controles sanos. Estos hallazgos pueden estar relacionados con otros síntomas de la esquizofrenia, tales como un impulso reducido, retraimiento social y afecto aplanado (17).

La sexualidad misma tiene un gran número de significados, simbolizaciones, percepciones e impulsos. La sexualidad puede caber fácilmente dentro de una persona delirante, erotómana, o con un marco persecutorio. Está bien establecido en la literatura cómo las personas con los trastornos del espectro psicótico tienen serias deficiencias en los dominios de la teoría de la mente (ToM). ToM se refiere a la habilidad mental, definida como mentalización, para comprender el comportamiento, considerándolo el resultado de diferentes estados mentales. Dado que las relaciones interpersonales y la intimidad juegan un papel fundamental en el desarrollo psicosexual temprano, es fácil imaginar cómo la mentalización entre estos pacientes podría ser crucial durante estos años. De hecho, un reciente artículo de revisión ha subrayado cómo las citas pueden ser extremadamente desafiantes para las personas con trastornos psicóticos, ya que las relaciones románticas e íntimas son a menudo excluidas para tales pacientes. Desde un punto de vista psicodinámico, una ToM interrumpida podría resultar en un compromiso de la capacidad de integrar los estados sexuales en el propio desarrollo de la identidad, por lo que produce altos niveles de angustia. Para este fin, no es sorprendente que la evidencia temprana haya demostrado cómo un mal funcionamiento sociosexual premórbido se asocia con una mayor severidad de los síntomas negativos, así como el actual aislamiento social. Durante los tiempos previos al primer episodio psicótico, la sexualidad es de hecho completamente reelaborada en sus connotaciones simbólico-relacionales, caracterizado por deficiencias notables y contenidos delirantes (18).

Los individuos con esquizofrenia identifican la sexualidad como una parte esencial de la existencia humana, y muchos desean participar en relaciones románticas, pese a que los déficits en el funcionamiento social de estos individuos estén asociados con menos relaciones íntimas a largo plazo y tasas más bajas de matrimonio. Por otro lado, el autoestigma también podría aumentar los temores asociados con conductas sexuales (como la inadecuación sexual), y podría disuadir activamente a las personas con esquizofrenia de formar nuevas relaciones o participar en otras actividades sociales deseadas (19).

Además, la disfunción sexual tiene un gran impacto en la calidad de vida del paciente, dado que su interés por la sexualidad no difiere de la de los individuos sanos. Esto es cierto incluso en pacientes que llevan años residiendo en instituciones. Los pacientes con esquizofrenia indican que la principal motivación para su actividad sexual es la búsqueda del amor y el afecto. De manera similar a la población en general, vivir con una pareja promueve un mejor funcionamiento sexual (20).

Sin embargo, el riesgo de aparición de disfunción sexual es particularmente alto en la esquizofrenia, no solo debido a la medicación antipsicótica, sino también debido a factores intrínsecos de la enfermedad, incluidos la edad de inicio de la enfermedad, gravedad psicótica, síntomas negativos y depresivos, adicciones, deterioro de los hábitos de vida (disminución de la actividad física, trastornos del sueño y hábitos dietéticos) y enfermedades somáticas crónicas (diabetes, hipertensión, sobrepeso). La mayoría de los datos disponibles provienen de estudios aleatorios, ensayos controlados con pacientes muy seleccionados y poco se sabe acerca de otros tratamientos farmacológicos y factores de confusión en la esquizofrenia del mundo real, incluyendo comorbilidades, adicciones y politerapia (21).

De hecho, los estudios de sexualidad en la esquizofrenia se ven obstaculizados por el hecho de que los pacientes necesitan medicación crónica para estar clínicamente estables, lo que genera el factor de confusión de los efectos secundarios de los antipsicóticos, en particular la hiperprolactinemia (8).

La hiperprolactinemia y el hipogonadismo relacionado parecen estar fuertemente implicados en la disfunción sexual, siendo a veces acompañado de infertilidad, amenorrea, ginecomastia y galactorrea. Los niveles más altos de prolactina en plasma están asociados con tasas más altas de disfunción eréctil y eyaculatoria en pacientes con un primer episodio de esquizofrenia (9).

No obstante, un metanálisis reciente ha encontrado niveles significativamente elevados de prolactina en pacientes naïve de antipsicóticos (que no han recibido tratamiento) masculinos y femeninos con esquizofrenia. Este estudio encontró que el aumento de los niveles de prolactina puede causar disfunción sexual como la falta de libido y la disfunción eréctil, pudiendo apoyar nuestra hipótesis de que la disfunción sexual es causada no sólo por medicación antipsicótica sino también por mecanismos patológicos de la enfermedad en sí. Sin embargo, los mecanismos patogénicos aún no están claros aún y tienen que ser especificados (17).

6.1. Dimensiones psicosociales de la sexualidad en pacientes con esquizofrenia

Déficit cognitivo inherente en avances sexuales durante el cortejo:

Los avances sexuales y el cortejo son factores importantes en un ciclo de respuesta sexual normal.

La expresión sexual en la esquizofrenia puede verse obstaculizada por el proceso inherente de la enfermedad, como son los síntomas negativos, incluyendo la falta de motivación, el retraimiento social y la falta de habilidades sociales. Esto puede dificultar la capacidad del paciente para un cortejo adecuado. Otros factores que contribuyen a la represión en la sexualidad entre los pacientes con esquizofrenia incluyen las estancias prolongadas en hospitales, situaciones socialmente desfavorecidas y la exclusión social, presentando dificultades para mantener una buena relación en condiciones donde las interacciones son primitivas, regresivas, represivas o explotadoras (22).

El Síndrome Negativo, Autohigiene y Desmotivación en la esquizofrenia:

Los síntomas negativos de la esquizofrenia, incluyendo la amotivación, la falta de volición y el aplanamiento afectivo están relacionados con actividad hipodopaminérgica en la corteza frontal, lo cual dificulta la interacción interpersonal y puede conducir a una falta de experiencias sexuales. Los pacientes que sufren de esquizofrenia, especialmente en el subtipo previamente clasificado como desorganizado, tienen tendencia a descuidar su autocuidado y mostrar una falta de empatía hacia los demás (22).

Además, es sabido que los pacientes con esquizofrenia son menos sensibles de lo normal al tacto, el color, la música, el gusto y el olor (23). En el contexto del autocuidado, la presencia de olor corporal puede parecer sexualmente poco atractivo para los demás. Todos los factores señalados hacen que los pacientes con esquizofrenia tengan menos interés en las actividades sexuales, menor satisfacción sexual y una actividad sexual infrecuente, influyendo también el escaso apoyo social y el estigma de la sociedad (22).

6.2. Análisis de la disfunción sexual en esquizofrenia

Entre las personas con problemas psiquiátricos, la frecuencia de disfunción sexual entre los pacientes con esquizofrenia es de hecho, la más alta, con tasas que van del 30 al 97,1% (dependiendo de la herramienta de evaluación utilizada, incluyendo los que remiten y los que experimentan un primer episodio de esquizofrenia) (9,20,21,24,26-30), en comparación con las personas con trastornos de ansiedad (45%), y depresión mayor (55%) (9). Para los hombres con esquizofrenia, la disfunción sexual informada con mayor frecuencia fue la disfunción eréctil [31%–95%] y para las mujeres con esquizofrenia la pérdida de la libido [31%–100%] (21). Esto se asocia con un considerable impacto en la calidad de vida en pacientes adultos y adolescentes (9), y una reducción de la adherencia a la medicación (31), lo que lleva a la desestabilización y la recaída (19).

Está ampliamente establecido en la literatura que los antipsicóticos, especialmente los de primera generación y algunos de segunda generación como la risperidona, la paliperidona y la amisulprida, afectan severamente la función sexual (en dominios que van desde el deseo hasta la excitación y el orgasmo), representando un obstáculo crucial en términos de adherencia terapéutica (25).

Además, la disfunción sexual tiende a subestimarse en pacientes psicóticos por varias razones, incluida la falta de confianza en los médicos, vergüenza, dificultades culturales y falta de interés por parte de los psiquiatras (9).

Un estudio inicial de Ucock et al, encontró que más del 70% de los pacientes con esquizofrenia nunca habían preguntado sobre su salud sexual durante una consulta de evaluación psiquiátrica. Además, un artículo italiano reciente subraya cómo los psiquiatras clínicos tienden a evaluar solo la función metabólica, como la trigliceridemia, glucemia y colesterolemia, prestando poca atención al funcionamiento sexual, siendo biomarcadores eficientes de salud sistémica y metabólica (25).

El diagnóstico y tratamiento de la disfunción sexual relacionada con antipsicóticos sigue siendo un desafío para los clínicos en la práctica habitual. Hasta la fecha, ha habido muy poca orientación basada en la evidencia sobre el tratamiento de la disfunción sexual relacionada con los antipsicóticos, lo que la convierte en un área prioritaria para investigar en el futuro (31).

6.3. La recuperación

El concepto de recuperación de la enfermedad mental ha evolucionado más allá de la remisión de los síntomas para lograr la remisión funcional. De hecho, la remisión de síntomas no es un requisito completo para lograr una remisión funcional. Los pacientes con esquizofrenia pueden tener algunos síntomas

residuales mientras mejoran sus funciones sociales para lograr una vida significativa. La recuperación se define por tener una vida satisfactoria y esperanzadora a pesar de las limitaciones causadas por la enfermedad. Esto implica un proceso de desarrollo de un nuevo significado y propósito en la vida de uno a medida que crecen más allá los efectos catastróficos de la enfermedad mental. También es un profundo proceso personal por lo que cada individuo podría tener su propia definición de recuperación, pese a que haya algunos conceptos o factores que sean comunes a la recuperación (22).

7. Dificultades a la hora de abordar la sexualidad en el TMG

La sexualidad está infraexaminada y poco investigada, especialmente en el contexto de la enfermedad mental. Incluso entre los psiquiatras y psicólogos, es sorprendente la poca frecuencia con que preguntamos sobre el bienestar sexual (32).

Tanto los pacientes y los médicos pueden ser reacios a iniciar conversaciones sobre problemas sexuales inducidos por enfermedades, estableciendo o manteniendo así un 'tabú de dos vías', que en última instancia puede tener un impacto negativo en las competencias de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes (33).

Para entender por qué la sexualidad a menudo no se discute en detalle en el contexto de las consultas psiquiátricas, es importante considerar algunas de las barreras que los psiquiatras y psicólogos pueden estar experimentando. El primero es el del conocimiento. El paisaje sexual es complicado y siempre cambiante y, en consecuencia, falta familiaridad con muchos aspectos del bienestar sexual y sobre como puede ser afectado por la enfermedad y el tratamiento. Además, a menudo hay reservas sobre cómo y cuándo preguntar sobre sexo y género (33). En otras ocasiones, existe un desconocimiento de los servicios de salud sexual e inquietudes sobre el tema causando vergüenza o angustia (34).

Otros factores que generan la renuencia del médico a preguntar puede deberse a la naturaleza sensible del tema, la baja valoración de la sexualidad en relación con otros problemas, la creencia de que la actividad sexual podría ser desestabilizadora o el miedo a desencadenar delirios sexuales (19).

En una encuesta de las actitudes de los psiquiatras hacia la sexualidad entre personas con esquizofrenia (N=76), solo el 17% se sentía confiado en su capacidad para evaluar la disfunción sexual y el 66% admitió que no preguntan regularmente a sus pacientes sobre funcionamiento sexual (19).

Un estudio realizado en la provincia de Holanda Septentrional en la que participaron 164 psiquiatras y psiquiatras en formación, mostraron que el 50% de los encuestados dedicaba menos de cinco minutos a la semana a hablar sobre problemas de sexo con sus pacientes. Este estudio también mostró que al prescribir un antipsicótico, el 50% de los psiquiatras y los aprendices a menudo no informaron a los pacientes sobre el aspecto sexual. Esto era atribuido a sentimientos de vergüenza e incompetencia en el manejo de este tema y no con la falta de tiempo. Además, la identificación de la disfunción sexual relacionada con el tratamiento en la esquizofrenia puede ser particularmente desafiante porque la disfunción sexual puede ser un síntoma de la enfermedad incluso en ausencia de tratamiento (35).

Por otro lado, la frecuencia de preguntas relacionadas con la sexualidad por parte del paciente es bastante baja, tan solo el 25%. De hecho, según algunos estudios, menos del 38% de los pacientes reportan espontáneamente cualquier disfunción sexual (20).

Dado el valor positivo y la importancia de un interés sobre una sexualidad saludable, es importante abordar este tema entre las personas con esquizofrenia. Una discusión franca sobre la sexualidad y el interés y el funcionamiento sexual saludable podría contribuir a una mejor adherencia a la medicación, menos recaídas y una mejor calidad de vida (19), enfatizando la importancia de descubrir el nivel de disfunción sexual antes de iniciar el tratamiento y monitorizar cualquier desarrollo de efectos secundarios sexuales durante el tratamiento antipsicótico (26), ya que algunos estudios indican que

hasta el 41% de los hombres y el 15% de las mujeres habían dejado de tomar sus medicamentos por este motivo (20).

Kelly y Conley (2004) mostraron, en una revisión de la literatura, que los pacientes con esquizofrenia son abiertos y receptivos a discutir temas sexuales con su médico y creen que discutir los problemas sexuales en realidad puede ser beneficioso para sus resultados. En concreto, los pacientes del estudio realizado por Rani y compañía que presentaban disfunción sexual, reportaron buena tolerancia de la perturbación (70,9% de los pacientes) posiblemente por la larga historia con la enfermedad psiquiátrica y la mejor aceptación de la enfermedad y los efectos secundarios de su tratamiento que han desarrollado con el tiempo (duración media de la enfermedad psiquiátrica = 16,6 años (DE = 8,8)); duración media del uso de medicamentos antipsicóticos = 5,7 años (DE=5,5). Por otro lado, las mujeres toleraron mejor su disfunción sexual que los hombres, lo cual es un hallazgo también reportado en otros estudios (35).

Como hemos mencionado en otros apartados, los médicos deben ser conscientes de los diferentes efectos adversos de los antipsicóticos, particularmente la disfunción sexual, e indagar activamente sobre las quejas del paciente con respecto a este efecto secundario y explicarle que tal disfunción puede atribuirse a causas distintas al uso de la medicación antipsicótica prescrita. Lo más importante es que es crucial para discutir soluciones potenciales para tales disfunciones con el paciente, para evitar posibles fallos de adherencia (35).

Explorar la satisfacción sexual de los pacientes y crear una atmósfera en el que los pacientes se sientan seguros para hablar sobre sus problemas y puntos de vista si así lo desean puede ser un reto para los médicos. Las formas apropiadas de hacer esto pueden variar dependiendo del entorno y la cultura, y generalmente requerirá empatía, sensibilidad y habilidades comunicativas (36). En este sentido, los conocimientos y habilidades adecuados del profesional que son necesarios para la evaluación del paciente y se debe considerar la dentro de su currículo formativo (37).

Además, un mejor conocimiento sobre la compleja interrelación entre los problemas de salud física y mental y la actividad sexual y el funcionamiento es crucial para asegurar la evidencia científica que puede promover intervenciones específicas de salud pública y garantizar un asesoramiento clínico de alta calidad (33).

Podría ser útil que los médicos ofrezcan un enfoque individualizado, proporcionando psicoeducación, consejo de las relaciones o terapias más desafiantes cognitivamente como el MBCT (terapia cognitiva basada en mindfulness) o la terapia sexual. Por otro lado, es probable que estos pacientes se beneficien de las intervenciones destinadas a reducir la hospitalización, mejorar las habilidades sociales, disminuir el estigma y mejorar la integración en la sociedad (10).

Las investigaciones futuras deben explorar el interés y el funcionamiento sexual entre las personas con esquizofrenia con más detalle, sugiriendo la necesidad de desarrollar intervenciones concretas para abordar la sexualidad en estos pacientes, al menos para aquellos que estén interesados en desarrollar o mantener relaciones íntimas. Una intervención que enseña a las personas las habilidades necesarias para buscar y navegar con éxito las relaciones íntimas, podría afectar positivamente la confianza y, en última instancia, conducir a una mejora en la adherencia a la medicación y en general la calidad de vida (19).

8. Conclusiones

Numerosos estudios han resaltado el problema de las necesidades no satisfechas alrededor de las relaciones íntimas y sexuales entre personas diagnosticadas de enfermedad mental grave (2). Esta área de interés ha sido descuidada en psiquiatría ya que se considera que la sexualidad tiene menor prioridad en el tratamiento, situación que se complica aún más por la barrera del tabú sexual (22).

El reto de ofrecer una atención a la sexualidad para personas con problemas de salud mental puede atribuirse a varios factores históricos y prácticos, tales como la falta de formación profesional, un enfoque centrado en el déficit de enfoque de la sexualidad (ej.- los pacientes con enfermedad mental son vistos como asexuales y carentes de la competencia para tomar decisiones sexuales saludables), y la falta de políticas dentro de los entornos comunitarios de salud mental para abordar la sexualidad (3).

A pesar de la elevada prevalencia, pocos estudios han aportado evidencia del fenómeno desde un punto de vista cualitativo, describiendo, interpretando o explicando la experiencia vivida en primera persona (1).

Además, como se indicó anteriormente, las deficiencias sexuales podrían afectar una ya delicada relación médico-paciente, comprometiendo la adherencia y conduciendo a un grado consistente de abandonos de la terapia. Teniendo este escenario en mente, es extremadamente importante que los psiquiatras deban considerar la vida sexual como un dominio de la salud que necesita ser abordado y preservado (25).

Al hacerlo, un primer paso sería medir y monitorizar la función sexualidad por medio de herramientas psicométricas. Basado en puntajes de tales medidas, se podrían clasificar los antipsicóticos según sus efectos secundarios sexuales y, en consecuencia, elegir sabiamente según la situación de cada paciente. La prevención primaria consiste, de hecho, en elegir el antipsicótico más preservador de sexo, sin reducir la eficacia en el tratamiento de los síntomas psicóticos (25) (haríamos del mismo modo con los fármacos antidepresivos y estabilizadores del ánimo).

Por otro lado, los psiquiatras deberían considerar también las intervenciones psicosociales, cuyo objetivo principal es apoyar al paciente, producir desestigmatización y tratar de modificar aquellos comportamientos desadaptativos que con frecuencia conducen a trastornos crónicos no comunicados y, por tanto, a la disfunción sexual (25).

Un enfoque holístico y multidisciplinar para reconocer y apoyar la intimidad y la expresión de la sexualidad no puede sólo mejorar nuestro conocimiento y comprensión de las necesidades y preocupaciones individuales, sino también ayudar a apoyar a las personas en una forma más empoderadora y satisfactoria y orientada hacia la recuperación (2).

Contacto: María José Muñoz Algar ✉ maria_jose_m@msn.com
Hospital Dr. Rodríguez Lafora. M-607, Km 13,800 • 28049 Madrid.

9. Referencias bibliográficas

1. Hortal-Mas R, Moreno-Poyato AR, Granel-Giménez N, Roviralta-Vilella M, Watson-Badia C, Gómez-Ibáñez R, et al. Sexuality in people living with a serious mental illness: A meta-synthesis of qualitative evidence. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2022; 29(1):130-146.
2. McCann E, Donohue G, de Jager J, van Os J, Nugter A, Stewart J, et al. Sexuality and intimacy among people with serious mental illness in hospital and community settings: a qualitative systematic review protocol. *JBIC Database System Rev Implement Rep*. 2018; 16(2):324-327.
3. Ecker J, Cherner R, Rae J, Czechowski K. Sexual Intimacy, Mental Illness, and Homelessness. *Am J Community Psychol*. 2018; 61(1-2):131-140.
4. Seitz T, Ucsnik L, Kottmel A, Bitzer J, Teleky B, Löffler-Stastka H. Let us integrate sexual health-do psychiatrists integrate sexual health in patient management? *Arch Womens Ment Health*.

- 2020;23(4):527-534.
5. Urry K, Chur-Hansen A. Who decides when people can have sex? Australian mental health clinicians' perceptions of sexuality and autonomy. *J Health Psychol.* 2020; 25(13-14):2188-2199.
 6. Tumwakire E, Arnd H, Gavamukulya Y. A qualitative exploration of Ugandan mental health care workers' perspectives and experiences on sexual and reproductive health of people living with mental illness in Uganda. *BMC Public Health.* 2022; 10;22(1):1722.
 7. Barker LC, Vigod SN. Sexual health of women with schizophrenia: A review. *Front Neuroendocrinol.* 2020; 57:100840.
 8. Trovão JN, Serefoglou EC. Neurobiology of male sexual dysfunctions in psychiatric disorders: the cases of depression, anxiety, mania and schizophrenia. *Int J Impot Res.* 2018; 30(6):279-286.
 9. Montejo AL, Montejo L, Baldwin DS. The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World Psychiatry.* 2018; 17(1):3-11.
 10. Basson R, Gilks T. Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Womens Health (Lond).* 2018; 14.
 11. Dargél AA, Mosconi E, Volant S, Taieb D, Brenot P. Sexual dysfunction among males and females with bipolar disorder and healthy subjects: The burden of illness severity. *Bipolar Disord.* 2022; 24(6):637-646.
 12. Preeti S, Jayaram SD, Chittaranjan A. Sexual Dysfunction in Patients with Antidepressant-treated Anxiety or Depressive Disorders: A Pragmatic Multivariable Longitudinal Study. *East Asian Arch Psychiatry.* 2018; 28(1):9-16.
 13. Castellini G, Rossi E, Ricca V. The relationship between eating disorder psychopathology and sexuality: etiological factors and implications for treatment. *Curr Opin Psychiatry.* 2020; 33(6):554-561.
 14. Cabello-García M.A., del Río F.J. y Sánchez-Sandoval Y. Revisión sistemática sobre trastornos de la personalidad y disfunciones sexuales *Rev Int Androl.* 2020; 18(4):129-136.
 15. Thompson KN, Betts J, Jovev M, Nyathi Y, McDougall E, Chanen AM. Sexuality and sexual health among female youth with borderline personality disorder pathology. *Early Interv Psychiatry.* 2019; 13(3):502-508.
 16. Moulden HM, Myers C, Lori A, Chaimowitz G. The Relationship Between and Correlates of Problematic Sexual Behavior and Major Mental Illness. *Front Psychol.* 2022; 12: 719082.
 17. Dembler-Stamm T, Fiebig J, Heinz A, Gallinat J. Sexual Dysfunction in Unmedicated Patients with Schizophrenia and in Healthy Controls. *Pharmacopsychiatry.* 2018; 51(6):251-256.
 18. Ciocca G, Jannini TB, Ribolsi M, Rossi R, Niolu C, Siracusano A, et al. Sexuality in Ultra-High Risk for Psychosis and First-Episode Psychosis. A Systematic Review of Literature. *Front Psychiatry.* 2021; 12: 750033.
 19. Bianco CL, Pratt SI, Ferron JC. Deficits in Sexual Interest Among Adults With Schizophrenia: Another Look at an Old Problem. *Psychiatr Serv.* 2019; 70(11):1000-1005.
 20. Martín JC, Acuña MJ, Labrador J, Blanco M, Casas C. Sexual dysfunction factors in patients with schizophrenia treated with second generation antipsychotics: not only prolactin. *Actas Esp Psiquiatr.* 2018; 46(6):217-25.
 21. Dumontaud M, Korchia T, Khouani J, Lancon C, Auquier P, Boyer L, et al. Sexual dysfunctions in schizophrenia: Beyond antipsychotics. A systematic review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2020; 98:109804.
 22. Adam RL, Sidi H, Midin M, Zakaria H, Das S, Mat KC. The Role of Atypical Antipsychotics in Sexuality: Road to Recovery in Schizophrenia. *Curr Drug Targets.* 2018; 19(12):1402-1411.
 23. Kazour F, Obeid S, Hallit S. Sexual desire and emotional reactivity in chronically hospitalized

- Lebanese patients with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care*. 2020; 56(3):502-507.
24. Ma MC, Chao JK, Hung JY, Sung SC, Chao IC. Sexual Activity, Sexual Dysfunction, and Sexual Life Quality Among Psychiatric Hospital Inpatients With Schizophrenia. *J Sex Med*. 2018; 15(3):324-333.
 25. Jannini TB, Sansone A, Rossi R, Di Lorenzo G, Toscano M, Siracusano A, et al. Pharmacological strategies for sexual recovery in men undergoing antipsychotic treatment. *Expert Opin Pharmacother*. 2022; 23(9):1065-1080.
 26. Düring SW, Nielsen MØ, Bak N, Glenthøj BY, Ebdrup BH. Sexual dysfunction and hyperprolactinemia in schizophrenia before and after six weeks of D_{2/3} receptor blockade - An exploratory study. *Psychiatry Res*. 2019; (274):58-65.
 27. Souaiby L, Kazour F, Zoghbi M, Bou Khalil R, Richa S. Sexual dysfunction in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder and its association with adherence to antipsychotic medication. *J Ment Health*. 2020; 29(6):623-630.
 28. Redman B, Kitchen C, Johnson KW, Bezwada P, Kelly DL. Levels of prolactin and testosterone and associated sexual dysfunction and breast abnormalities in men with schizophrenia treated with antipsychotic medications. *J Psychiatr Res*. 2021; 143:50-53.
 29. Ghormode D, Gupta P, Ratnani D, Aneja J. Evaluation of sexual dysfunction and quality of life in patients with severe mental illness: A cross-sectional study from a tertiary care center in Chhattisgarh. *Ind Psychiatry J*. 2019; 28(1):75-81.
 30. Esan O, Esan A. Sexual Dysfunction Among Patients With Schizophrenia in Southwest Nigeria. *J Sex Marital Ther*. 2018; 44(7):657-666.
 31. Allen K, Baban A, Munjiza J, Pappa S. Management of Antipsychotic-Related Sexual Dysfunction: Systematic Review. *J Sex Med*. 2019; 16(12):1978-1987.
 32. Malhi GS, Bell E. Questions in Psychiatry (QuiP): Sexual well-being and mental illness. *Bipolar Disord*. 2022; 24(1):86-89.
 33. Bahnsen MK, Graugaard C, Andersson M, Andresen JB, Frisch M. Physical and Mental Health Problems and Their Associations With Inter-Personal Sexual Inactivity and Sexual Dysfunctions in Denmark: Baseline Assessment in a National Cohort Study. *J Sex Med*. 2022; 19(10):1562-1579.
 34. Hughes E, Mitchell N, Gascoyne S, Moe-Byrne T, Edmondson A, Coleman E, et al. The RESPECT study: a feasibility randomised controlled trial of a sexual health promotion intervention for people with serious mental illness in community mental health services in the UK. *BMC Public Health*. 2020; 20(1):1736.
 35. Rani A, Hassan FU. Suffering in Silence: Stories of Indian Women with Chronic Mental Illness and Sexual Coercion. *Indian J Psychol Med*. 2020; 42(2):168-174.
 36. Laxhman N, Greenberg L, Priebe S. Satisfaction with sex life among patients with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2017; 190:63-67.
 37. Raisi F, Yahyavi S, Mirsepassi Z, Firoozikhojastefar R, Shahvari Z. Neglected sexual needs: A qualitative study in Iranian patients with severe mental illness. *Perspect Psychiatr Care*. 2018; 54(4):488-494.

- Recibido:16/02/2024.
- Aceptado: 06/05/2024.