

### **Cómo citar este documento**

Ruiz Íñiguez, Raquel. Evaluación de la efectividad de un programa de educación para la salud sexual en personas con diagnóstico de esquizofrenia y que sufren de disfunción sexual. Biblioteca Lascasas, 2013; 9(2).  
Disponibile en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0717.php>

## **EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD SEXUAL EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA Y QUE SUFREN DE DISFUNCIÓN SEXUAL**

**Autora:** Raquel Ruiz Íñiguez. Enfermera Interna Residente de Salud Mental. Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Promoción 2011-2012. Dirección email: [rieses@gmail.com](mailto:rieses@gmail.com)

### **Resumen**

Se pretende evaluar la efectividad de un programa de educación para la salud sexual en hombres y mujeres esquizofrénicos con disfunción sexual. Para ello, se plantea la realización de un ensayo clínico controlado ciego por terceros. La población se constituye por la población esquizofrénica con disfunción sexual de Alcalá de Henares. El tamaño de la muestra se calculó con una confianza del 95%, una potencia del 80%, una proporción mínima de esquizofrénicos con mejora en la disfunción del 45% en el grupo de estudio y del 10% en el grupo control. Se calcula unas pérdidas del 20%. Bajo estas condiciones el tamaño de la muestra mínimo fue de 30 personas por grupo. Los participantes en el grupo de estudio se incluyen en un programa grupal enfermero de educación para la salud sexual, además de continuar con el programa de continuidad e cuidados. Los participantes en el grupo control sólo reciben el programa de continuidad de cuidados habitual. Se evalúa antes y después de la intervención la disfunción sexual mediante la escala ASEX. Con la información obtenida se crea una base de datos en el programa SPSS, con el que se realiza el procesamiento y el análisis de la información.

## INTRODUCCIÓN

La calidad de vida es un concepto relacionado con el bienestar social que ha adquirido una gran importancia desde mediados del siglo pasado. Ésta depende, entre otras cuestiones, de la satisfacción de las necesidades humanas y el ejercicio de sus derechos. La función sexual es una variable a considerar en el estudio de la calidad de vida. La salud sexual se define como el estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; requiere la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras<sup>1</sup>.

El placer sexual ayuda a construir la estructura fundamental de parentesco de la relación de pareja y contribuye a la felicidad general en la vida, tanto de los hombres como de las mujeres (unidos o no en una relación de pareja). Visto así, el placer sexual no es frívolo ni innecesario: es esencial<sup>2</sup>. Las alteraciones en la función sexual constituyen un problema de salud que merece la misma consideración que cualquier otro.

Con todo lo que se expondrá a continuación, se pretende demostrar que la vida sexual de la persona con esquizofrenia está poco explorada. Su sexualidad es la gran excluida en las valoraciones, en los trabajos de investigación, en la conceptualización teórica y en el abordaje terapéutico. En la mayor parte de las carteras de servicios de las distintas comunidades autónomas, la mención al hecho sexual humano apenas se limita a la información sobre los aspectos reproductivos, los anticonceptivos y la prevención de enfermedades de transmisión sexual y principalmente en la juventud.

Sin embargo, cada vez se establecen menos diferencias en la vida sexual de la persona con esquizofrenia con respecto a la población general. Ambas poblaciones presentan el mismo tipo de disfunciones, pero en la población con esquizofrenia se da en cantidad muy superior. Se ha demostrado que la disfunción sexual es uno de los principales factores que contribuyen a la falta de cumplimiento y adherencia terapéutica en las personas con esquizofrenia y está documentado que es una de las áreas del tratamiento en las que se encuentran más insatisfechas. Aunque la mayoría no tienden a hablar sobre sus problemas sexuales espontáneamente, sí es un tema que les preocupa.

La sexualidad debería ocupar, a la luz de los resultados y cifras que se van a plantear, el espacio que se merece en el cuidado de la esquizofrenia, como parte del tratamiento integral en personas con esquizofrenia. En concreto la mujer, que tiene un amplio deseo sexual y menos finalista (menos proyectada hacia el coito) que el hombre, pero con mayor pudor a la hora de la comunicación de la disfunción sexual, puede ser la gran beneficiada de los programas de educación sexual.

A nivel institucional, el Sistema Nacional de Salud pretende impulsar líneas de actuación sobre la promoción, atención y formación de la salud sexual, pues admite que es un aspecto pendiente de desarrollo. En la línea estratégica 4 de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva<sup>3</sup> se especifica que se impulsará la investigación cuantitativa y cualitativa en salud sexual y sus determinantes y se potenciará el desarrollo de proyectos de investigación

innovadores en la atención a la salud sexual que tengan un impacto positivo en la vida de mujeres y hombres. Además, la legislación nacional explicita la necesidad de estudios con perspectiva de género donde se incluya sistemáticamente la variable sexo.

La educación sexual es un aspecto cualitativo de la atención enfermera entendiendo a la persona de forma integral, y por tanto, viendo a los seres humanos como seres sexuados. Las enfermeras tienen un rol propio y autónomo para poder llevar a cabo la relación de ayuda en la sexualidad. La relación más cercana que se establece entre la enfermera de continuidad de cuidados y el usuario con respecto a la relación con otros profesionales, favorece el abordaje, entre otros, de los temas sexuales. Comunicarse abiertamente sobre este problema supone una humanización de los tratamientos, un enriquecimiento de la relación terapéutica y la recuperación de la sexualidad humana. El hecho de que las intervenciones sean breves y de bajo costo, debe hacerlas atractivas a los gestores y responsables políticos. Sin embargo, la investigación enfermera al respecto es mínima, no habiéndose encontrado ensayos clínicos al respecto.

Este proyecto pretende, pues, ofrecer una nueva línea de investigación para la Enfermera especialista en Salud Mental que potencie el abordaje enfermero de los problemas sexuales, porque un cuidado holístico incorpora la importancia de la sexualidad en la vida de las personas.

## **MARCO CONCEPTUAL**

### **Planteamiento del problema**

Durante gran parte de la historia, la pasión y el deseo sexual se han percibido como peligrosos, como una amenaza para el orden social, político y religioso. Y aunque cada vez se consideran más como aspectos intrínsecamente positivos y recompensas de la experiencia humana, se sigue obstaculizando el reconocimiento de la salud sexual. La sexualidad ha alcanzado visibilidad a través de la psicología y psicoanálisis, especialmente a partir de los estudios de Freud. En el campo de las ciencias humanas y sociales los estudios sobre sexualidad fueron más evidentes en la segunda mitad del siglo XX, con destacado énfasis en los estudios de Foucault. En España, la realidad social en cuanto a las concepciones sobre la sexualidad ha experimentado cambios considerables, especialmente en los últimos veinticinco años<sup>4</sup>.

#### **a) Marco institucional**

La salud sexual está considerada como un derecho humano universal desde 1987, por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este organismo indica que para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable, los derechos sexuales (derecho al placer sexual y derecho a la atención de la salud sexual) deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos. En la Declaración de Derechos Sexuales de la Asociación Mundial para la Salud Sexual, se indica que la sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano; su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas

como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social<sup>5</sup>.

El reconocimiento de la importancia de abordar la sexualidad y la salud sexual como elementos clave aparece en 1994 en la IV Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD)<sup>6</sup> de las Naciones Unidas (NNUU); fue un gran logro, ya que el párrafo 96 del documento definía a la salud reproductiva de una manera positiva, reconociendo que la salud sexual influye en el perfeccionamiento de la vida y de las relaciones personales y que las personas deben tener una vida sexual satisfactoria y sin riesgos. También está presente un año después en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer<sup>7</sup>, en donde se incorpora la noción de derechos sexuales sustentados básicamente en el derecho al placer sexual desvinculado de la procreación.

Con mayor vigencia se encuentran los Objetivos de Desarrollo del Milenio<sup>8</sup>, en donde se sitúan: reconocer, promover, garantizar y proteger los derechos sexuales para todos; promover acceso universal a la información completa y educación integral de la sexualidad; identificar, abordar y tratar las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales (expresamente, se indica dentro de las preocupaciones sexuales a considerar: repercusión de los medicamentos sobre la función sexual y aspectos de la enfermedad mental relacionados con la sexualidad); y lograr el reconocimiento del placer sexual como un componente de la salud y el bienestar total. En el documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) titulado Promoción de la Salud Sexual<sup>9</sup> se reconocen los derechos sexuales positivos y se abordan las inquietudes de salud sexual relacionadas con el erotismo y que, según la OPS, exigen acciones de los organismos gubernamentales y no gubernamentales y otras instituciones incluido el sector de la salud. Por último, mencionar que el artículo 1.2 del Reglamento Europeo 1567/2003<sup>10</sup> apuesta por el reconocimiento de la salud y de los derechos en materia de reproducción y sexualidad y por el acceso universal a una gama completa de cuidados y servicios seguros y fiables en materia de salud reproductiva y sexual.

## **b) Antecedentes históricos y situación actual**

La discusión acerca de si las personas con esquizofrenia tienen capacidad o no para disfrutar de la sexualidad es muy antigua. Durante años se consideró que su actividad sexual era diferente a la de la población sana. En la primera mitad del siglo, se tenía la creencia de que la esquizofrenia ocasionaba una ruptura de los límites morales en el comportamiento sexual y que los esquizofrénicos presentaba una dificultad para experimentar placer que era “la clave” de la esquizofrenia, siendo el resto de la sintomatología algo “accesorio”<sup>11</sup>. En 1981, Verhulst y Schneidman<sup>12</sup> señalaban que la propia sintomatología de la enfermedad condicionaba la conducta sexual del esquizofrénico: la anhedonia entorpecía el desarrollo o el mantenimiento de relaciones sexuales satisfactorias. Para Skopec et al<sup>13</sup>, los esquizofrénicos tenían con frecuencia sus necesidades sexuales en un nivel psicológico esencialmente primitivo: a menudo desean básicamente intimidad y cuidados más que una relación sexual explícita.

Pero la concepción de las necesidades sexuales de los esquizofrénicos ha cambiado. Existen muy pocos estudios empíricos que hayan investigado sobre las relaciones sexuales en personas con trastorno mental grave, pero actualmente existe consenso sobre el hecho de que la población general y la esquizofrénica presentan muchos rasgos en común, en gran medida gracias al creciente número de pacientes que recuperan en mayor o menor porcentaje su estado de salud premórbido. El hecho de tener una enfermedad mental no significa no poder disfrutar de la sexualidad, tener pareja o mantener relaciones sexuales por el mero hecho del disfrute momentáneo, aunque es cierto que las relaciones sexuales dentro de la pareja son escasas debido a las dificultades para mantener una relación de pareja estable<sup>14</sup>.

No obstante, hay que diferenciar entre pacientes con sintomatología aguda, que precisan internamiento para el control psicopatológico y que no suelen presentar quejas a sus médicos sobre la función sexual (el corto periodo de estancia hospitalaria y el predominio de objetivos terapéuticos dirigidos hacia el control de los síntomas de primer rango superan inicialmente dicha preocupación) y pacientes crónicos (ya sea institucionalizados o no). Distintos estudios con pacientes psiquiátricos institucionalizados confirman que muchos son sexualmente activos<sup>15</sup>; al menos un 66% de las mujeres con esquizofrenia hospitalizadas en centros psiquiátricos tienen actividad sexual de pareja<sup>14</sup>. Otros estudios realizados en pacientes ambulatorios informan de una actividad sexual de los mismos en torno al 50-60%<sup>16</sup>.

Según el documento *The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors* (realizado en 29 países del mundo con distintas culturas), el 82% de los hombres y el 76% de las mujeres creen que la satisfacción sexual es esencial para mantener una relación. Los autores han deducido a partir de sus resultados que el bienestar sexual subjetivo está asociado, en ambos sexos, con la felicidad en general<sup>17</sup>. Datos similares se obtienen a nivel estatal; según datos del Ministerio de Sanidad<sup>18</sup>, la gran mayoría de los españoles opina que la sexualidad es necesaria para el equilibrio personal, tanto por hombres (87%) como por mujeres (78%), especialmente en el tramo de edad que va de los 25 a los 54 años. Entre los motivos por los que la gente mantiene relaciones sexuales, amar y ser amado es el mayoritario (un 45,5% en hombres y un 32% de los hombres), siendo la motivación de "deseo sexual" del 8% en mujeres y en hombres del 19,7%. En cuanto a las personas con esquizofrenia, un 67% da mucha importancia a su vida sexual<sup>19</sup>.

### **c) La disfunción sexual**

El concepto de disfunción sexual (DS) remite básicamente a la capacidad de disfrute que acompaña al sexo. Las disfunciones sexuales se caracterizan por una inhibición del deseo sexual y/o cambios psicofisiológicos de la respuesta sexual humana<sup>20</sup>. El desempeño, la idoneidad sexual, el miedo al abandono o al rechazo por motivos sexuales son, con frecuencia, generadores de ansiedad y conflictos que menoscaban tanto la autoestima como las relaciones de pareja, al propiciar conductas de evitación, disputas, conflictos y separaciones<sup>21</sup>.

La DS constituye actualmente uno de los principales problemas en el tratamiento a largo plazo de los pacientes esquizofrénicos, siendo un factor relevante en la pérdida de calidad de vida, por el empeoramiento de las dificultades previas de relación interpersonal y los problemas de insatisfacción sexual<sup>22</sup>.

Según la Federación Española de Sociedades de Sexología<sup>23</sup> (FESS), un 34% de españoles ha tenido en su vida algún problema de salud sexual, relacionados sobre todo con la inapetencia o desinterés por las relaciones. Se estima que la prevalencia de las disfunciones sexuales, en la población general, es del 24%<sup>24</sup>. Según Montejo et al<sup>25</sup> la sufren alrededor del 46,7% de los pacientes esquizofrénicos, pero tan sólo entre el 14-22% de los pacientes afectados lo comunican espontáneamente. Se encuentran incidencias muy dispares: los datos provenientes de los prospectos de los antipsicóticos no suelen superar el 5%, pero cuando se utilizan entrevistas específicas las cifras llegan a alcanzar hasta el 90% en pacientes esquizofrénicos ambulatorios bajo tratamiento crónico<sup>26</sup>. Los datos de baja incidencia en estos prospectos se explican porque éstos provienen de ensayos clínicos u observaciones post-comercialización dirigidos principalmente a medir eficacia clínica y no la incidencia de disfunción sexual<sup>14</sup>.

Las principales DS coinciden en la población general y en esquizofrénicos, siendo las principales el trastorno en el impulso sexual y la dispareunia, siguiéndoles el trastorno en la excitación. Diferenciándolo por sexos, también es similar en ambas poblaciones, viendo que la principal disfunción en hombres es el trastorno en el impulso sexual y en cuanto en las mujeres, las principales disfunciones son la dispareunia y el trastorno en el impulso sexual<sup>27</sup>.

Por lo que respecta al grado de satisfacción de las relaciones sexuales (en su sentido amplio y no sólo entendiéndolo como el coito), el 86% dice sentirse muy o bastante satisfecho<sup>(18)</sup>. En el estudio de Fora<sup>28</sup>, en cuanto a la opinión de los pacientes esquizofrénicos sobre la sexualidad, la tildaron de muy satisfactoria un 24%.

No podemos despreciar el papel de los fármacos en el inicio o mantenimiento de estas dificultades. Es desde finales del siglo pasado cuando se vienen realizando un número considerable de estudios sobre los efectos secundarios de los neurolepticos, principalmente en hombres. Así, disponemos cada vez de más datos sobre la capacidad de los antipsicóticos para provocar DS secundaria. En general, todos los neurolepticos pueden provocarla debido al incremento de prolactina que inducen. Podría existir un doble mecanismo de inhibición sexual por antipsicóticos por el aumento de la prolactina (suele producir disminución de la libido y de la capacidad erectiva; en menor grado ginecomastia, amenorrea, dismenorrea, galactorrea y dispareunia) y el bloqueo dopaminérgico. El aumento de prolactina no se produce con todos los antipsicóticos por igual. Además, hay que tener en cuenta que la preocupación por la DS puede exacerbar síntomas psiquiátricos<sup>29</sup>.

Muchos pacientes pueden no prestar demasiada atención a este problema, pero un subgrupo de ellos (alrededor del 30%) se siente verdaderamente afectado por los cambios de su función sexual y esto con frecuencia puede influir en el

cumplimiento a largo plazo, sobre todo si esto se une a la ausencia de conciencia de enfermedad<sup>30</sup>.

#### **d) Abordaje profesional**

Aún hoy, muchos profesionales no se atreven a conversar con los pacientes acerca de su vida sexual por miedo a no saber conducir adecuadamente la entrevista y a no poder solucionar los posibles conflictos que puedan aparecer. El paciente se convierte así en un ser "asexuado", y la evitación de su abordaje en un mecanismo de defensa que alivia el sentimiento de pudor de ambos.

En particular, constituye un desafío para las enfermeras de salud mental. En la práctica diaria a la hora de abordar temas de sexualidad, con frecuencia la enfermera se limita a preguntar si la persona tiene hijos o está casada<sup>31</sup>. Lomas<sup>(32)</sup> realizó un estudio con profesionales de la salud mental, de los cuales la mitad eran enfermeras. Dicha investigación muestra que a pesar de que el 80% de los participantes apoyan la idea de la promoción de la salud sexual como una parte vital de su función, sólo el 30% examinan con regularidad la salud sexual y el 14% se siente incómodo al tratar cuestiones de sexualidad con sus pacientes.

Según la encuesta del Ministerio de Sanidad<sup>18</sup>, del total de personas que han declarado buscar ayuda para resolver sus problemas sexuales, la mayoría (alrededor del 60%) ha recurrido a los profesionales, principalmente de la sanidad pública. Entre la información demandada, se encuentran los aspectos afectivo-sexuales, como el amor y las relaciones sentimentales (38,4% en hombres y 41,6% en mujeres), los problemas en las relaciones sexuales (38% en hombres y 40% en mujeres) y las maneras de obtener y dar placer (30,5% en hombres y 25,9 en mujeres). Por otro lado, según el FESS<sup>(23)</sup>, casi la mitad de las personas afirmaban no haber consultado ninguna fuente para resolver sus problemas, por *"pensar que no era nada grave"*, *"considerar que no era un problema que tuviera que ver con el médico"*, *"creer que por su edad era algo normal"* y *"por sentir incomodidad al hablar de estos temas"*, lo que indica que el problema de comunicación se extiende en este tema a toda la población, no es particular de la enfermedad mental.

Las personas con esquizofrenia ven como una de las áreas de tratamiento con mayor número de necesidades no satisfechas el abordaje de las relaciones íntimas. Están interesadas y preparadas para tratar el tema de sus relaciones sexuales y tienen esperanzas y aspiraciones sexuales y de pareja<sup>33,34</sup>. También en el estudio del *Grupo Español de Trabajo*<sup>30</sup> se constata que la sexualidad es algo de lo que están dispuestos a hablar: de una muestra consecutiva de 58 pacientes ambulatorios esquizofrénicos, tan sólo uno de ellos se negó a responder al cuestionario por considerar que la vida sexual es una parcela íntima que prefería no exteriorizar.

Es indiscutible la importancia que la enfermería tiene como disciplina especializada en el campo de los cuidados con respecto a la sexualidad. Los profesionales de enfermería de los centros de salud mental tienen una situación privilegiada, dada la continuidad en el tiempo y la profunda relación terapéutica.

Tras conversar con los pacientes sobre su vida sexual, la comunicación se incrementa y la confianza crece, haciendo que la comunicación directa con el paciente sobre este tema sirva para fortalecer la alianza terapéutica, ayudado así a fomentar la autoestima, el autoconcepto y la imagen corporal<sup>35-37</sup>.

La OMS<sup>38</sup> apuntaba ya en 1975 la necesidad de capacitar al personal sanitario para tratar estas cuestiones y fijaba la educación sexual como un elemento eficaz en la asistencia prestada a los individuos y a las parejas con problemas sexuales, especificando que dicha orientación puede estar a cargo de la enfermera/partera, entre otros profesionales sanitarios, ya que dada la multiplicidad de los problemas relacionados con el comportamiento sexual humano, es necesario que la mayoría del personal de salud de distintas categorías pueda facilitar instrucción y asesoramiento en cuestiones sexuales. Además, entre los servicios donde resulta fácil que haya ocasión de facilitar información y asesoramiento sexuales señala a los de Salud Mental. Para la OMS, la necesidad por parte de los profesionales de la salud de informarse y formarse en el campo de la sexualidad humana es una exigencia pública de atención a la salud sexual.

#### **e) La importancia en las mujeres**

Por otro lado, aún es deficitario el empoderamiento de las mujeres en la salud sexual. El Parlamento Europeo ha especificado mediante Resolución la desigualdad y dificultades que sufren las mujeres europeas en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva<sup>39</sup>. En la actualidad, existe un marco normativo que favorece la inclusión del enfoque de género en la producción de la información, ya que la Ley Orgánica 3/2007<sup>40</sup> en su artículo 20, menciona expresamente la necesidad de adecuar las estadísticas y los estudios a la perspectiva de género. Para garantizar la integración de este enfoque, la ley indica la necesidad de incluir sistemáticamente la variable de sexo en la recogida de datos y explotar los datos de que disponen de modo que se puedan conocer las diferentes situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres en los diferentes ámbitos de intervención.

En los datos del *Grupo Español de Trabajo*<sup>30</sup>, llama la atención que el número de varones sexualmente activos doblaba al de mujeres sin que esto se correlacione con la incidencia habitual de la esquizofrenia en ambos sexos, lo que refuerza la idea de que las mujeres que desarrollan la enfermedad tienen más dificultades para llevar una vida sexualmente activa, incluyendo la masturbación (la actividad masturbatoria significativamente más frecuente en el hombre que en la mujer no difiere de la población general en frecuencia ni en su cualidad).

Según las teorías de Basson<sup>41</sup>, la respuesta sexual entre ambos sexos es diferente y, si bien la vivencia del orgasmo puede ser similar, sin duda la excitabilidad y, especialmente, el deseo difieren claramente. El deseo del varón es claramente "finalista" y se dirige, la mayor parte de las veces, al logro de la penetración. Sin embargo, la mujer presenta un abanico de posibilidades más amplio.



## Antecedentes de la investigación

La OMS resalta la necesidad de dar apoyo a las investigaciones sobre salud sexual<sup>38</sup>. Existen muy pocos programas de tratamiento y rehabilitación para pacientes con enfermedad mental grave/esquizofrenia que integren la sexualidad, y la mayor parte se enfocan principalmente, si no exclusivamente, al sexo seguro. Es, pues, una necesidad urgente la realización de ensayos clínicos al respecto<sup>42</sup>.

Dentro de los ensayos clínicos realizados sobre las intervenciones no farmacológicas que se han venido realizando para el tratamiento de la disfunción eréctil en varones adultos que han demostrado su eficacia, se encuentra la intervención psicoeducativa y psicoterapia, que mejora la relación con la pareja y la autoconfianza<sup>43</sup>. La revisión de ensayos clínicos realizada por Pekkala y Merinder<sup>44</sup> sobre psicoeducación en esquizofrenia confirma que los enfoques psicoeducativos son útiles como parte del programa de tratamiento para las personas con la esquizofrenia y enfermedades relacionadas y no se encuentran evidencias de que una duración de la terapia corta (de 10 sesiones o menos) sea menos efectiva que las terapias de mayor duración. Sin embargo, en ninguno de los 28 ensayos clínicos que aparecen en dicha revisión se trabaja la disfunción sexual de manera específica.

Destacan los talleres de educación sexual para personas con esquizofrenia que se llevan actualmente a cabo en: Programa de Rehabilitación Psicosocial del Centro de Salud Mental de Hollywood (Florida, EEUU), Programa de Bienestar del Centro de Salud Mental de San Fernando (California, EEUU), El Programa del Hospital General de Montreal (Montreal, Canadá) y el Programa de Comportamiento Saludable del Servicio de Del Hospital Neuropsiquiátrico de UCLA (Los Ángeles, EEUU)<sup>45,46</sup>, pero no han sido sometidos a ensayo clínico.

De igual manera, también son escasos los estudios realizados sobre la intervención enfermera en problemas de sexualidad. Se encuadran mayoritariamente en los jóvenes, y, en un segundo plano, se encuentran estudios en la senectud y el climaterio. Por patologías, destacan las intervenciones en ITS/SIDA y en enfermedades crónico-degenerativas: pacientes oncológicos, neurológicos, cardiopatas, digestivos (ostomizados)<sup>47-53</sup>. Pero tampoco se han encontrado ensayos clínicos de temática sexual en pacientes esquizofrénicos realizados por enfermeras.

Sí existen algunas publicaciones de interés a nivel estatal. Destaca el trabajo realizado por Loban<sup>54</sup> que incorpora la educación afectivo-sexual dentro del programa de Educación para la Salud en una residencia de Media Estancia en la red pública psiquiátrica de Aragón, en pacientes con diversos trastornos mentales. Se trata de un programa escaso, ya que sólo contempla dos sesiones de 90 minutos de duración cada una. González et al<sup>55</sup> han realizado una comunicación para el abordaje de las disfunciones sexuales desde la consulta de enfermería de salud mental, que sirve de apoyo y guía en la práctica diaria con el fin de contribuir a mejorar la atención sanitaria de la persona con DS. Martínez et al<sup>(56)</sup> han estudiado la disfunción eréctil desde el marco de las intervenciones en la consulta de enfermería. Pedreño<sup>57</sup> ha realizado un proyecto de investigación a pacientes depresivos por parte de una enfermera de salud mental, en la que se

plantea la realización de una intervención en pareja, pero dicho proyecto no se ha llevado a cabo finalmente. Y, por último, Romero et al<sup>58</sup> han desarrollado un programa de psicoeducación familiar realizado por la enfermera en un dispositivo de atención a la salud mental.

## **Bases Teóricas**

### ***Teoría de las Necesidades Humanas Básicas***

El presente documento se basa en la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas, dentro del sistema holístico-humanista. Maslow<sup>59</sup> describió, en 1943, las necesidades humanas en cinco niveles: (1) fisiológicas, (2) de inocuidad o seguridad, (3) sociales (4) de estima y (5) de autorrealización. Dentro del primer nivel se encuentran: respiración, alimentación, descanso, sexo y homeostasis. Estas necesidades fisiológicas tienen mayor prioridad que las demás; por consiguiente si no se han satisfecho, el individuo puede no ser capaz o no tener interés por trabajar en las necesidades de un nivel superior, ya que la persona progresa en la jerarquía al intentar cubrir sus necesidades y cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad, ni es independiente. El fracaso en la no identificación de la necesidad puede producir desequilibrios en la salud.

Kalish<sup>60</sup> mejora el sistema de Maslow dividiendo las necesidades fisiológicas en: necesidades de supervivencia y necesidades de estimulación. Esta división resulta especialmente útil pues especifica aún más la importancia que juega la sexualidad en la persona. Así, dentro de las necesidades de supervivencia, se encuentran: alimentos, aire, agua, temperatura, eliminación descanso y dolor; y dentro de las necesidades de estimulación, se ubica el sexo, además de otras: actividad, exploración, manipulación e innovación. Para dicho autor, el sexo en la especie humana va más allá de aspectos relativos a la reproducción y a la perpetuación de la especie, ya que implica también comunicación y transmisión de afecto.

### **a) Requisitos Universales de Autocuidado**

El segundo pilar teórico de este trabajo es la Teoría de Orem<sup>61</sup> y sus Ocho Requisitos Universales de Autocuidado. *“El autocuidado es el cuidado personal que requieren los individuos diariamente para regular su propio funcionamiento y desarrollo”* (Orem, 1993:4). Aunque no aparece de forma explícita la sexualidad en ninguno de estos requisitos, al desarrollar el “Requisito Universal de la Promoción de la Normalidad” (en su forma extendida: *“Promoción del funcionamiento y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal”*) se aprecia que incluye todo aquello relacionado con el funcionamiento sexual, ya que contempla los aspectos de: grado de conocimiento y afrontamiento de la enfermedad y sus consecuencias, percepción de la calidad de vida, autoconcepto, autoestima y autoimagen, estado emocional, percepción de rechazo/exclusión y normas culturales. Este requisito explora la tarea de “aprender a vivir con uno mismo”, tratando el fomento del desarrollo personal, reconociendo las fuerzas, los sentimientos y los recursos de uno mismo, y la tarea

de “aprender a vivir con los demás”, que incluye relacionarse con las personas en diferentes facetas y aprender a aceptar y respetar a los demás.

La cuestión planteada en este proyecto (un problema sexual que es debido a la propia enfermedad y a su tratamiento farmacológico) se encuentra, según la teoría de Orem, dentro de los “Requisitos en caso de Desviación de Salud”, que se originan en los procesos de enfermedad, diagnóstico o tratamiento médico, cuando un cambio en la salud produce una dependencia total o parcial de otros. Estos requisitos son acciones para personas bajo diagnóstico y tratamiento médico. Se establece un déficit de autocuidado, ya que la demanda de acción es superior a la capacidad de la persona para actuar y cubrir los requisitos de autocuidado.

*“El autocuidado es una conducta humana, un comportamiento aprendido que tiene las características de acción intencionada. La habilidad humana llamada agencia de autocuidado, la habilidad para ocuparse del autocuidado, se desarrolla en el curso de la vida diaria, a través del proceso espontáneo de aprendizaje. El desarrollo y la operatividad de la agencia de autocuidado pueden verse afectados por factores genéticos y constitucionales, así como por la cultura, las experiencias vitales y el estado de salud” (Orem, 1993: 164-165).*

Se hace necesaria la intervención enfermera, convirtiéndose ésta en agente de cuidado y actuando dentro del Sistema de Apoyo Educativo, con actividades de educación sobre las habilidades que satisfagan sus necesidades de autocuidado (siendo los otros dos: sistema de compensación total y de compensación parcial). En este sistema es el mismo usuario quien realiza el autocuidado (tiene responsabilidad) y regula el ejercicio de la agencia de autocuidado junto con la enfermera (mediante negociación).

*“En el sistema de apoyo educativo la enfermera instruye y orienta a la persona para que lleve a cabo el autocuidado necesario. El enfermo es capaz de aprender y tomar las decisiones necesarias en lo referente al autocuidado, ya que no tiene limitaciones/incapacidades” (García y Sellán, 1995:38)<sup>62</sup>*

Por último, cabe explorar lo que explicita la autora sobre las intervenciones grupales enfermeras, base de la intervención que este proyecto propone.

*“Una unidad de servicio de enfermería puede ser una unidad individual o multipersonal. Unidad de servicio se usa en el sentido de si se brindan cuidados de enfermería a las personas como individuos o como miembros de unidades multipersonales [...] cuando la unidad de servicio es una unidad multipersonal, el centro de atención objetivo de la enfermera es la unidad y puede trabajar con los individuos dentro de la unidad sabiendo que la salud y bienestar de los individuos contribuirá al bienestar de la unidad” (Orem, 1993: 328).*

*“Las enfermeras que trabajan efectivamente con unidades multipersonales requieren un conocimiento básico especializado y habilidades especializadas para trabajar con grupos” (Orem, 1993: 332).*

## **b) Otros modelos y teorías enfermeras**

En otras clasificaciones, modelos y teorías de enfermería aparece también la importancia de la sexualidad. Henderson<sup>63</sup> considera que, dentro de las 14 necesidades básicas que comprende los componentes de los cuidados de Enfermería, la décima es la de comunicarse con los demás y expresar su sexualidad y sus emociones. Gordon<sup>64</sup> presenta la sexualidad como un patrón (número 9 “Sexualidad y Reproducción”) dentro de los 11 patrones de conducta a valorar. En el modelo del Cuidado Transpersonal, Watson<sup>65</sup> plantea la división de las necesidades en dos tipos: las de orden inferior y las de orden superior; las de orden inferior comprenden: biofísicas (las conocidas necesidades de supervivencia) y las psicofísicas, que son las necesidades funcionales: actividad/inactividad y la sexualidad. Los problemas en la sexualidad se incluirían dentro de las “frustraciones” según la teoría de Peplau<sup>66</sup>, dado que constituyen un obstáculo o un impedimento a la satisfacción de una necesidad (sexual). Profundizar en la sexualidad ayuda a desarrollar el proceso terapéutico interpersonal entre enfermera-paciente.

En la clasificación de diagnósticos enfermeros de *la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*<sup>67</sup>, el dominio ocho está dedicado a la sexualidad. Este dominio consta de 3 clases: identidad sexual, función sexual y reproducción. En la clase 2 (función sexual) aparecen dos diagnósticos de enfermería: Disfunción Sexual (con código 00059) y Patrón Sexual Ineficaz (con código 00065); ambos creados en 1986 y revisados en 2006. Las otras dos clases pertenecientes a este dominio se encuentran aún por desarrollar.

## **Hipótesis y objetivos**

El presente proyecto busca medir el efecto de una intervención enfermera de educación para la salud sexual sobre la disfunción sexual presente en personas con esquizofrenia.

Para ello, la hipótesis con la que se parte es la siguiente: la realización de un programa de educación para la salud sexual por parte de una enfermera especialista en salud mental en hombres y mujeres esquizofrénicos conllevará una mejora de su disfunción sexual.

En cuanto a los objetivos que se plantean, éstos son:

- Objetivo general:
  - o Evaluar la efectividad de un programa de educación para la salud sexual en hombres y mujeres esquizofrénicos con disfunción sexual.
- Objetivos específicos:
  - o Traducir y adaptar el taller de educación sexual para adultos jóvenes con esquizofrenia que se imparte en el Hospital Neuropsiquiátrico UCLA<sup>45</sup>

- Evaluar el nivel de disfunción sexual secundaria a fármacos en los pacientes esquizofrénicos.
- Estudiar la validez de la escala NOC “Funcionamiento sexual” como instrumento para medir la disfunción sexual.
- Valorar el grado de comunicación espontánea de problemas sexuales a los profesionales sanitarios.
- Estimar si las mujeres con esquizofrenia se benefician más que los hombres de los programas de educación sexual en esquizofrénicos con disfunción sexual.
- Estimar si algún rango de edad se beneficia más de los programas de educación sexual en esquizofrénicos con disfunción sexual.

## MARCO METODOLÓGICO

### Diseño

Se trata de un estudio cuantitativo prospectivo pre y post-intervención de tipo experimental controlado aleatorizado. El ensayo clínico es unicéntrico de grupos paralelos: un grupo control, que recibe el tratamiento habitual, que es el programa de continuidad de cuidados (PCC), y un grupo de intervención al que se le imparte un programa de educación para la salud sexual, además del PCC.

El contexto en el que se pretende realizar el estudio es en el ámbito comunitario, con base en el Centro de Salud Mental (CSM) de Alcalá de Henares. Los agentes implicados en el diseño son: investigador/es (incluyendo la enfermera experta en sexología que imparte la intervención), estadista y personal de apoyo: psicólogos, psiquiatras y enfermeros del CSM, residentes del CSM y enfermero colaborador.

Se trata de un ensayo ciego a terceros: los datos con los que trabajará la enfermera colaboradora para la evaluación pre y post-test, como aquellos que manejará el estadista serán facilitados sin que aparezca en ningún momento a qué grupo ha pertenecido la persona, quedando codificados mediante un número de identificación (evaluación ciega a terceros).

### Población. Criterios de exclusión e inclusión

La población diana es el universo de hombres y mujeres con esquizofrenia que sufren disfunción sexual en Alcalá de Henares, que es de 698 personas. Esta cifra se ha calculado a partir de los parámetros indicados en cuadro y fórmula adjunta.

**Tabla 1. Determinación de la población esquizofrénica en Alcalá de Henares**

POBLACIÓN GENERAL EN ALCALÁ DE HENARES (2011) <sup>(68)</sup>	203.686
Porcentaje de población con esquizofrenia <sup>(69)</sup>	1%
<b>POBLACIÓN ESQUIZOFRÉNICA EN ALCALÁ DE HENARES</b>	<b>2037</b>
Porcentaje de DS en esquizofrenia <sup>(25)</sup>	46,7%

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 (N - 1) + p * q * Z_{\alpha}^2} = 698$$

Donde: Total de población (N) → 203.7; Nivel de confianza o seguridad ( $Z_{\alpha}$ ) para un valor de  $\alpha$  del 95% → 1,960; precisión (d) → 3%; Proporción (p) → 46,7%;  $q = (1-p) \rightarrow (1-46,7\%)$

Para la determinación de la población de estudio, se han utilizado los siguientes criterios:

#### Criterios de inclusión:

- Situarse en el rango edad: 18-54 años
  - o El límite inferior lo fija la mayoría de edad en España. El límite superior se fija por ser el límite superior del intervalo de edad que en mayor grado considera que la sexualidad es necesaria para su equilibrio personal<sup>18</sup>.
- Sufrir esquizofrenia
  - o Según DSM-IV-TR<sup>71</sup>: alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (p. ej., dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). Se incluyen todos los subtipos de esquizofrenia: paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual.
- Estar en fase estable de la enfermedad
  - o Haber pasado más de un año desde el último ingreso hospitalario.
  - o La Asociación Americana de Psiquiatría<sup>72</sup> no recomienda este tipo de programas en fase de post-crisis (muy afectados por alucinaciones o delirios, desorganización del pensamiento o el mal control de impulso)
- Estar en tratamiento con neurolépticos desde al menos los últimos 3 meses y en la misma dosis los últimos 2 meses
  - o Mediante consulta de la historia clínica.
  - o La finalidad del criterio es evitar cambios en el funcionamiento sexual que puedan deberse a modificaciones del tratamiento farmacológico y no al programa.
- Padecer disfunción sexual relacionada con neurolépticos
  - o Resultado según el Cuestionario SALSex de disfunción sexual “moderada” o “intensa”. Dicho test se explica en el apartado de métodos de recogida de la información.
- Cumplir con el seguimiento del Plan de Continuidad de Cuidados (PCC).
  - o Acudir a las citas del Centro de Salud Mental al menos durante los últimos 3 meses.
  - o Se considera que habrá menor tasa de abandono en aquellos pacientes que cumplen regularmente con sus citas.
- Aceptar participar en el estudio voluntariamente.
  - o Firma del consentimiento informado y información al paciente (ver apartado consideraciones éticas).

#### Criterios de exclusión:

- Haber seguido un programa de salud sexual en los últimos dos años
  - o Mediante consulta de la historia clínica y pregunta directa.

- Se pretende una situación basal respecto a este tipo de programas similar en todos los participantes.
- Acudir a consultas de sexología/pareja durante el presente estudio.
  - Mediante consulta de la historia clínica y pregunta directa.
  - La razón es la misma que en el criterio anterior.
- Capacidad cognitiva deteriorada
  - Resultado de 29 puntos o menos en el test *Mini Mental State Examination* (MMSE). Dicho test se explica en el apartado de métodos de recogida de la información.
  - El déficit de esta capacidad puede conllevar el no aprovechamiento del programa.
- Enfermedades orgánicas: cardiovascular descompensada, del sistema nervioso u orgánicas crónicas consuntivas o avanzadas que influyan en forma desfavorable y definitiva en la respuesta sexual humana.
  - Según criterio de su psiquiatra de referencia y consulta a médico de atención primaria si fuera necesario.
  - Los pacientes de este grupo se encuentran sintomáticos, la actividad sexual supone un riesgo. No es recomendable la actividad sexual hasta conseguir la estabilidad de su dolencia orgánica.

### **Tipo de muestreo. Aleatorización**

Se enviará una carta al responsable del CSM Francisco Díaz de Alcalá de Henares, explicando la investigación que se quiere realizar en el centro y aquello que se precisa por parte del CSM y solicitando autorización para ello: disposición del personal, acceso a historias clínicas y lugar físico.

Recibida la autorización, se convocará a los terapeutas del centro (psiquiatras, psicólogos y enfermeras) y para informarles de la investigación y explicitarles aquello que se requiere de ellos: captación activa en consulta, reuniones para el consenso interprofesional del cumplimiento de los criterios y realización de valoración inicial (esta último punto sólo para enfermeras).

Se reclutarán a los participantes en la consulta de sus terapeutas, de manera consecutiva hasta llegar al tamaño muestral requerido. Se les facilitarán la información sobre el programa, una vez comprobado el cumplimiento de los criterios de selección, y se les emplazará a una cita individual, indicándoseles qué asuntos se van a tratar en la misma, quién estará presente y el tiempo requerido.

A la cita acudirán tanto la enfermera que va a realizar el programa de educación para la salud sexual como la enfermera del PCC, para propiciar un mayor ambiente de confianza y ofrecer mayor seguridad al participante. El lugar donde se llevará a cabo la entrevista es la consulta de la enfermera de referencia del CSM Francisco Díaz, en horario de mañana. La duración es de 1 hora aproximadamente. En esta cita, tras las presentaciones oportunas, se realiza una entrevista inicial semi-estructurada en profundidad con el fin de cumplimentar el protocolo de recogida de datos, que se detalla en el epígrafe "Método de recogida de datos". Se contará con la colaboración de una enfermera externa a la investigación para realizar la evaluación pre-test ese mismo día en consulta aneja.

Se emplazará a los participantes a una cita para analítica de sangre rutinaria (en una o dos semanas, según disponibilidad de la sala de extracciones), que

realizará su enfermera del PCC, día en el cual se les dará a conocer a qué grupo (control o de intervención) pertenecen.

Una vez completada la intervención, en la siguiente cita según el PCC, se realizará la evaluación post-test, en un plazo de tiempo no superior a un mes y medio, realizándose por la misma enfermera que realizó la evaluación pre-test.

Se realizará un proceso de asignación aleatoria simple mediante secuencia de aleatorización generada por programa informático. El investigador conocerá el grupo al que es asignado el paciente sólo cuando éste ya ha aceptado su participación, firmado el consentimiento informado, y posteriormente a la realización de la entrevista inicial.

Se prepararán tablas con los datos recogidos en el protocolo de recogida de datos que describan la homogeneización de las características de los grupos, para comprobar la similitud de los grupos al inicio del ensayo. En caso de que se vean grandes diferencias entre los grupos de intervención y control tras la randomización, se procederá a los cambios que se estimen oportunos para su homogeneización, registrándose éstos.

Se detallarán las pérdidas pre-aleatorización (aquellos paciente que cumpliendo criterios no son incluidos en el ensayo por diferentes motivos) y los abandonos y retiradas, mediante el diagrama de flujo recomendado por el Grupo CONSORT. Los criterios de retirada del estudio son: participantes que falten a más de dos sesiones y/o que sufran una exarcebación de la sintomatología o algún otro aspecto indeseable o adverso que pueda ocurrirle al sujeto durante el transcurso del ensayo (indistintamente que pueda atribuirse o no al tratamiento objeto de estudio).

Se realizará un registro de las características de los pacientes que fueron considerados susceptibles de entrar en el estudio con el fin de poder documentar el proceso de reclutamiento y poder así: 1) Conocer la capacidad de reclutamiento; 2) Analizar las causas de un bajo reclutamiento si procede; 3) Detectar sesgos en el proceso de selección; 4) Evidenciar problemas en la generalización de los resultados.

### **Predeterminación del tamaño muestral**

El total de la población esquizofrénica con disfunción sexual en Alcalá de Henares es de 698, como ya se ha indicado anteriormente. Para el cálculo del tamaño muestral, mediante prueba bilateral, se establece un valor de error  $\alpha$  de 0,05 para determinar la seguridad del estudio, y un valor del error  $\beta$  de 0,20 para determinar el poder estadístico del mismo. Los valores estadísticos asociados a dichos errores ( $Z_\alpha$  y  $Z_\beta$ ) para un test bilateral se determinan a partir de las tablas estadísticas correspondientes. En cuanto a los valores de las proporciones del grupo de intervención y del grupo control ( $p_1$  y  $p_2$ ), al no haberse encontrados ensayos clínicos que cumplan criterios de calidad (los establecidos en el Manual Cochrane) sobre métodos psicoeducativos en la DS en la esquizofrenia ni en mujeres, se han cogido como referencia ensayos clínicos sobre DS en varones adultos sanos, en los que el rango de edad, tipo y duración de la intervención fuera similar al del presente proyecto y se hayan comparado con ninguna intervención especial en pacientes ambulatorios<sup>(73)</sup> La probabilidad de efectividad



en el grupo control se establece en un 10% y en el grupo de intervención de un 45 %. Se ha determinado un porcentaje de pérdidas (R) de un 20%. Resultan dos grupos (control e intervención) formados por 30 personas cada uno, con un total de 60 personas.

### **Variables del estudio**

Las variables que se manejan en el estudio son:

- VD (variable dependiente): Disfunción Sexual: estado en el que un individuo experimenta un cambio en la función sexual, que es considerada como inadecuada (diagnóstico enfermero NANDA; 2010)<sup>70</sup>.
- VI (variable independiente): Programa de Educación para la Salud Sexual (se define en el apartado de descripción de la intervención).

### **Descripción de la intervención**

Se ha traducido y modificado el taller de educación sexual grupal para adultos con esquizofrenia que se imparte en la Clínica de Seguimiento del Hospital Neuropsiquiátrico UCLA<sup>(45)</sup> para pacientes ambulatorios.

Dicho programa, adoptando un programa de educación sexual clásico, ha incorporado ítems específicos para cuestiones afectadas por la esquizofrenia y su tratamiento, siguiendo un modelo de educación psicosocial guiada por la capacidad de respuesta emocional y atencional de los participantes. Consta de 8 sesiones de 60 minutos de duración cada una. El número máximo de pacientes en cada sesión es de 10 personas.

El programa pretende mejorar la DS mediante estas acciones: 1) Aumentar el conocimiento sobre sexualidad (la suya y la de los demás) y poder hablar de ella con comodidad; 2) Identificar y aclarar los valores y actitudes sobre la sexualidad; y 3) Desarrollar habilidades para el manejo de las relaciones afectivo-sexuales. Estos objetivos son consensuados por terapeuta y participantes (como consideraciones generales en la primera sesión), de manera que sean comunes a todos y esté claramente definido lo que se espera conseguir con el programa.

Se considera que el programa de educación sexual no es específico para ninguna orientación sexual en particular, teniendo cabida tanto heterosexuales, como homosexuales y bisexuales.

Respecto a las modificaciones que se han realizado respecto al programa original, señalar que el programa original se lleva a cabo para pacientes recién debutados (dos años desde primer brote psicótico) y con periodicidad bisemanal. Estos aspectos se modifican en este proyecto (pacientes en fase estable y periodicidad semanal, siguiendo las recomendaciones (recomendación de grado B) de la *American Psychiatric Association* para la frecuencia de la psicoterapia grupal<sup>72</sup>. En cuanto a los cambios en el contenido de las sesiones, se incluyen: en la primera sesión, se crea un tiempo para la introducción al curso, presentaciones y consideraciones generales de la dinámica del mismo; en la quinta sesión, se escogerá entre los videos disponibles de Sensate Focus de la página web [www.sexsmartfilms.com](http://www.sexsmartfilms.com) (esta web es de amplio uso por la *American Association*

of *Sexuality Educators, Counselors and Therapists*); en la sexta sesión, no se considera necesario la figura de un educador en planificación familiar, asumiendo dicha tarea la enfermera que realiza el programa; por último, la película de la séptima sesión se modifica por un documental español de características similares: "Almas con sexo". De 35 minutos de duración, esta película ha sido galardonada por el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad.

El programa se impartirá desde mediados del mes de septiembre hasta mediados del mes de noviembre. Se harán cuatro grupos de 7 a 10 personas cada uno (cada participante se incorporará en un solo grupo); dos grupos con turno de mañana, de 12:30 a 13:30, a elegir entre lunes o miércoles, y otros dos turno de martes o jueves por la tarde, de 18:30 a 19:30. La variedad de días y horarios favorecer la accesibilidad al programa.

Las sesiones se llevarán a cabo en un aula polivalente del CSM, para que el ambiente conocido ayude a propiciar un clima de confianza y seguridad durante las sesiones, pero alejada de los despachos de los terapeutas, para evitar contactos casuales entre los participantes del estudio de ambos grupos que puedan conllevar sesgos en el mismo.

El programa será dirigido por una enfermera especialista en Salud Mental con formación complementaria en Sexología. Según la Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC)<sup>74</sup>, el "Asesoramiento sexual" (con código 5248) se encuadra dentro de las intervenciones adecuadas para tituladas en enfermería que tengan una formación de postgrado. Dicho NIC se define como "la utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajustes a la práctica sexual o para potenciar la resolución de un suceso/trastorno sexual". Existe un claro paralelismo entre las actividades propuestas dentro este NIC y los aspectos que va a desarrollar el programa.

Habrà una segunda persona que actuarà como observadora (médico, psicólogo o enfermero residente en salud mental en el CSM en el momento de impartir las sesiones). Serà quien registre los contenidos de cada sesión, permaneciendo sin intervenir durante las sesiones. Al terminar la sesión, se reúne con la enfermera formadora para dar cuenta de cómo se ha sentido durante la sesión, qué ha pensado y lee lo que ha registrado para ponerlo en común.

Se trata de sesiones expositivas de estilo semi-directivo. Las dinámicas grupales se basan en grupos de discusión y se contempla: creación de collages, *role-playing*, modelado, ejercicios grupales, audiovisuales, lluvia de ideas, *sensate focus*, entre otros. El *sensate focus* es una técnica que desarrollaron Masters y Johnson para que las parejas se descentren del coito como única fuente de placer<sup>75</sup>. En cada sesión (excepto la primera) se comienza con un breve resumen y comentarios sobre la(s) sesión(es) anterior(es) y se concluye con una breve exposición de lo que se tratará en la siguiente sesión. En la última sesión, se deja un espacio al final, para que los participantes del programa realicen un breve cuestionario final para la mejora del mismo. Se les facilita una hoja para que respondan a las preguntas: "¿qué aspectos concretos de las sesiones les han resultado más útiles?"; "¿Qué cosas cambiarían?"; "Otros comentarios de interés".

El ambiente que se propiciará será de respeto y confianza, con una actitud de crítica constructiva que facilite el pensamiento creativo, reflexivo, riguroso y crítico. Todos los miembros del grupo (participantes y profesionales) se sentarán a la misma altura. Durante la primera sesión, al tratarse las “consideraciones generales” se les explicará a los participantes las reglas de conducta propuestas y que deben ser aceptadas por todos los miembros, para el buen funcionamiento, mantenimiento, crecimiento y desarrollo del grupo. El contenido de las sesiones (tanto del programa adaptado como del original), las funciones básicas y habilidades pedagógicas de la enfermera formadora y las normas para el comportamiento del grupo se explicitan en el anexo.

Aunque en un principio el hecho de que el grupo sea mixto (hombres y mujeres) puede conllevar resistencia a la comunicación, se considera muy positivo que se trate de un programa conjunto para ambos sexos, ya que se crea un clima adecuado para poder llevar a cabo habilidades de búsqueda de pareja y estilos de cortejo y permite explorar mitos sexuales sobre el sexo opuesto, contrastándose entre los mismos participantes.

Se entregará al finalizar la última sesión un dossier impreso a cada participante con documentación acerca de lo que se ha tratado, para que pueda ser usado como material de consulta a la que recurrir en un futuro.

### **Método de recogida de información**

Se van a utilizar dos tipos de variables de evaluación: objetivas (pruebas de laboratorio para caracterización de la muestra) y subjetivas (cuestionarios para los criterios de selección y para la evaluación de la hipótesis y protocolo de recogida de datos para la caracterización de la muestra).

Para la determinar del nivel de DS (criterio de inclusión: “moderada o intensa”) se utilizará el Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Fármacos o *Psychotropic Related Sexual Dysfunction Questionnaire* (PRSexDQ o SALSex), 2000, de Montejo et al<sup>76</sup>. Las preguntas se refieren a diversos aspectos de la función sexual del paciente que pueden verse afectados por la toma de psicofármacos. Ha sido ideado con el fin de medir y cuantificar los problemas sexuales que aparecen por la toma de psicofármacos, fundamentalmente antidepresivos y antipsicóticos, y valorar la interferencia de los problemas sexuales en la adherencia al tratamiento y el riesgo de abandono. Se aplica mediante entrevista clínica directa y es heteroaplicado con el fin de cerciorarnos de que los conceptos son claramente entendidos por el paciente sin dar lugar a confusión. Todas las preguntas se deberán dirigir al paciente directamente, excepto la pregunta B, que debe ser contestada por el entrevistador. Existe una única versión para hombres y mujeres ya que se puede aplicar indistintamente variando los enunciados de las preguntas entre orgasmo/eyaculación y disfunción eréctil /lubricación vaginal. Consta de 7 ítems: A+ B + 5 ítems específicos. Los ítems A y B evalúan la presencia de algún tipo de alteración en la actividad sexual tras el inicio del tratamiento con un psicofármaco (ítem A) y si su comunicación al médico es espontánea o bien la información se obtiene solo mediante el uso del cuestionario (ítem B) desvelando la infracomunicación tan frecuente del problema. Los siguientes 5 ítems evalúan la intensidad o frecuencia de las siguientes alteraciones de la función sexual mediante una escala Likert de 0 (menor

intensidad o frecuencia posible) a 3 (mayor intensidad o frecuencia posible). Puede obtenerse una puntuación general total de la escala mediante la suma de los puntos obtenidos en los ítems 1-5 obteniéndose una puntuación total entre 0 (ninguna DS) a 15 puntos (máxima DS). El cuestionario ha sido validado para esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (en 2008) mostrando adecuada fiabilidad y validez convergente así como sensibilidad al cambio.

Para la valoración de la capacidad cognitiva se contará con el *MiniMental State Examination* (MMSE) que Lobo et al<sup>77</sup> tradujeron en 1979. El MEC de Lobo es la versión adaptada y validada en España del MMSE diseñado por Folstein y McHung en 1975, con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos. Constituye un instrumento de amplio uso, tanto en la actividad asistencial, como en investigación clínica, como en estudios epidemiológicos comunitarios. Se trata de una sencilla escala estructurada, breve de aplicar (no requiere más de 5 ó 10 minutos) y que no precisa de especiales habilidades para su administración (pueda ser aplicado por entrevistadores no especialistas). Sus ítems exploran 5 áreas cognitivas: Orientación, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje. Su utilidad estriba fundamentalmente en la alta correlación que se tiene interobservadores, como test-retest. La edad y la escolarización influyen en la puntuación total. Existen limitaciones a su uso en pacientes con bajo nivel cultural, analfabetos o con déficit sensoriales. La puntuación total máxima es de 35 puntos. Obtiene buenas relaciones con otras pruebas para detectar la demencia y deterioro y ofrece cifras de sensibilidad y especificidad altas. Un aspecto relevante de este test es que constituye en muchos estudios de validación sobre pruebas de evaluación cognitiva el "gold standard" en la determinación del déficit cognitivo.

Se genera un protocolo de recogida de datos para la caracterización de la muestra permite poder aislar posibles variables extrañas que estén actuando en el ensayo. Dicho protocolo contempla:

- Variables socio-demográficas: edad, sexo, nacionalidad, nivel educativo y económico, estado civil, lugar de residencia, número de hijos, situación laboral y grado de discapacidad.
- Variables de la historia clínica: tipo de esquizofrenia, sintomatología actual, comorbilidades (mentales y/o orgánicas), fecha última hospitalización, tiempo de evolución de la enfermedad, conciencia de enfermedad, tipo, dosis y duración de psicotrópicos y otros fármacos relacionados con DS.
- Variables educativas, religiosas y actitudes sexuales: actitudes y creencias, expectativas y metas, miedos y sentimientos generados, motivación al cambio, medio socio-familiar.
- Variables de la vida sexual; inicio de las relaciones sexuales, nº de abortos, frecuencia (actividad sexual y masturbatoria) pasada y presente, nº de relaciones sexuales, relaciones de pareja y pareja actual.
- Tipología DS: descripción subjetiva del problema, tipo de DS, forma de detección.

Este protocolo es de elaboración propia a partir de los factores relacionados contemplados en el diagnóstico enfermero NANDA "Disfunción Sexual"<sup>70</sup>, del trabajo de Rodríguez Vela et al<sup>78</sup> y de la propuesta para la recogida de datos mediante entrevista semi-estructurada de McCann<sup>33</sup>. Los datos para su cumplimentación (que lo llevara a cabo la enfermera formadora) serán facilitados por los terapeutas del CSM, el mismo paciente durante la entrevista inicial y a través de la consulta del historial clínico.

A todos los participantes se les realizará una determinación sérica de prolactina, glucemia, creatinina, estudio lipídico (colesterol HDL, LDL y triglicéridos), pruebas de función hepática y hemoglobina glicosilada en diabéticos, pues son sustancias relacionadas con el funcionamiento sexual. Todas estas determinaciones se incorporan dentro del control rutinario del Programa de Continuidad de Cuidados que se viene realizando en el CSM, no suponiendo en ningún caso una determinación creada *ad hoc* para la presente investigación.

Para la evaluación de la hipótesis del estudio, se va a utilizar la Escala de Experiencia Sexual de Arizona (*Arizona Sexual Experience Scale*, ASEX), de McGahuey CA et al<sup>79</sup>. Es una escala autoaplicada que fue desarrollada con la intención de obtener un instrumento que permitiese cuantificar la disfunción sexual inducida por psicotrópicos. El marco de referencia temporal es la semana pasada, y tiene versiones específicas para cada sexo. Consta de cinco ítems que cuantifican el nivel de deseo sexual en la persona, lubricación vaginal y la capacidad de alcanzar el orgasmo y satisfacción del mismo, abarcando las tres etapas de la respuesta sexual humana (deseo, excitación y orgasmo). Cada ítem es puntuado por el sujeto utilizando una escala tipo Likert de 6 grados, que oscila desde 1 (no disfunción) hasta 6 (disfunción en grado extremo). Proporciona una puntuación total, suma de las puntuaciones en los 5 ítems. Dicha puntuación puede oscilar entre 6 y 30. A mayor puntuación, mayor disfunción sexual. En cuanto a su confiabilidad y validez, la consistencia interna de la prueba presenta un  $\alpha$  de Cronbach de 0.91, mientras que la confiabilidad del instrumento se refleja en un  $rtt=0,8$ . Se creó en 1997, siendo validada al español en el año 2000. Las ventajas de esta escala frente a otras ya existentes es su brevedad, habitualmente se cumplimenta en 5-10 minutos y su falta de intrusividad. El ASEX ha demostrado buena validez convergente frente al *Brief Index of Sexual Functioning* (BISF), así como buena validez divergente frente a las escalas de Hamilton para la depresión y la ansiedad y adecuada validez discriminante.

El último cuestionario que se va a utilizar, y que se pretende validar, se encuentra dentro de la clasificación de resultados de enfermería NOC<sup>80</sup>, con código 0119: "Funcionamiento sexual", que se define como la integración de los aspectos físicos, socioemocionales e intelectuales de la manifestación y función sexual. Se trata de un cuestionario creado para evaluar la calidad de los cuidados enfermeros, los efectos de las intervenciones y su efectividad. Además, permiten cuantificar el cambio en el estado del paciente después de las intervenciones y monitorizar su progreso. Es un cuestionario heteroaplicado con un total de 25 ítems que se evalúan mediante una escala tipo Likert que puntúa desde 1 (nunca demostrado) hasta 5 (siempre demostrado). Este NOC fue añadida en la 2ª edición y no ha sido validado, por lo que se pretende verificar en el presente

proyecto, siguiendo las directrices indicadas por las autoras para que la profesión de enfermería se implique activamente en la investigación.

### **Análisis estadístico**

Para el análisis estadístico se utilizará el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20.0<sup>®</sup> (2011).

La evaluación del objetivo general se hará mediante un análisis cuantitativo. Para comparar los resultados (pre y post) de los dos grupos independientes (intervención y control) con respecto a la variable dependiente numérica (DS) se realizará la prueba paramétrica de la t de Student, asumiendo una muestra aleatoria y una distribución normal de los valores de dicha variable (en caso de que los resultados no sigan una distribución normal, se realizarán las pruebas no paramétricas correspondientes). Se determina que existe evidencia estadística si el valor de t es significativo para un intervalo de confianza del 95%, aceptando la hipótesis de investigación.

Para el estudio de la validez de la escala NOC "Funcionamiento sexual" comparada con la escala ASEX "Escala de experiencia sexual de Arizona" se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson, considerando el coeficiente significativo al nivel de 0,05.

El cálculo del nivel de disfunción sexual secundaria a fármacos en los pacientes esquizofrénicos se realizará mediante la determinación de la media y desviación estándar de los resultados de la aplicación del test de Montejo (o mediante mediana y rango intercuartílico en caso de que la distribución no gaussiana). De igual modo, la valoración del grado de comunicación espontánea de problemas sexuales a los profesionales sanitarios se determinará con el porcentaje de personas que han comunicado espontáneamente con respecto a la totalidad de los participantes del estudio mediante la aplicación de dicho test.

Para estimar si las mujeres con esquizofrenia se benefician más que los hombres o si existe un rango de edad que se beneficia más de los programas de educación sexual, se realizará test no paramétrico usando la tabla de puntos críticos de la distribución  $\chi^2$  de Pearson. Se fija nuevamente una diferencia estadísticamente significativa a un p valor menor a 0,05.

El análisis de los resultados se realiza por intención de tratar, con seguimiento completo (todos los pacientes incluidos en el ensayo clínico serán tenidos en cuenta, incluidos los abandonos, pérdidas de seguimiento y retiradas). Se realizará un análisis de sensibilidad para analizar el impacto de las pérdidas, recalculando los resultados suponiendo que los pacientes perdidos en cada rama presentan los resultados más favorables y más desfavorables.

### **Recursos presupuestados**

Dentro del presupuesto necesario para llevar a cabo este proyecto, se incluyen:

- Recursos materiales: papelería (consumibles y materiales diversos), audiovisuales (proyector y pantalla, vídeo *Sensate Focus*, documental “Almas sin sexo”) y divulgación científica (inscripción en congresos, edición en revistas, bolsa de viaje, traducción al inglés)
- Recursos humanos (investigadores, terapeutas del CSM, enfermera especialista, residente en Salud Mental, analista de datos, enfermera colaboradora).

### **Cronograma del plan de trabajo**

Se plantea una duración de 14 meses para la ejecución del presente proyecto. En el calendario que aparece a continuación, se presentan los diferentes plazos de ejecución del mismo. Cada una de las cuatro filas que comprende cada mes hace referencia a las semanas.

## CRONOGRAMA DE TRABAJO

	ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE		ENERO		FEBRERO			
Contratación personal. Puesta en marcha	█	█	█	█																										
Solicitud autorizaciones		█	█	█																										
Información personal CSM		█	█	█																										
Captación de la muestra				█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█													
Caracterización muestra: Entrevista inicial y pretest											█	█	█	█	█	█	█	█												
Pruebas complementarias (analítica)																█	█	█												
Ejecución Sesiones VI																			█	█	█	█	█	█						
Valoración post test y análisis estadístico																								█	█	█				
Resultados y conclusiones																									█	█	█			
Divulgación científica																											█	█	█	█



## **Limitaciones del proyecto**

Respecto al diseño del ensayo clínico, no se ha utilizado el diseño tipo Salomon (con dos grupos de intervención y dos grupos control), tipo de diseño utilizado cuando existen variables reactivas (la variable dependiente, DS, tiene un componente actitudinal/comportamental). La justificación se basa en el incremento de la complejidad que entrañaría el estudio y al requerimiento de un tamaño muestral mayor; ambos aspectos harían difícil poder llevar el proyecto a cabo. Por tanto, pueden darse un efecto de sensibilización previa al tratamiento que no se contrasta, disminuyendo la validez interna.

Hay una imposibilidad de enmascaramiento a los participantes, dada la naturaleza de la intervención, y a los investigadores, dado que la enfermera formadora forma parte del equipo investigador. Sin embargo, se garantiza la objetividad de los resultados (pre y post-test) a los investigadores, al realizarse éstos por un enfermero colaborador ajeno a la investigación y al contratarse a un estadista ajeno al estudio para la interpretación de los datos. Además, el enmascaramiento de la aleatorización permite disminuir la posible influencia en la inclusión o exclusión del paciente en el ensayo en función del tratamiento a recibir.

Hay una carencia de estudios controlados acerca de la efectividad de las técnicas que se usan en el programa; además, éste procede de una traducción y adaptación de una herramienta que no ha sido validada en un ensayo clínico.

Existe un sesgo en tanto que los pacientes incluidos en el grupo control no serán tratados de la misma forma, ya que recibirán el PCC por parte de distintas enfermeras (cada uno, su enfermera de referencia), cada una de ellas con una forma de realizar el plan de seguimiento presumiblemente similar, pero no igual. Además, el hecho de realizar una entrevista inicial en el que se tratan los temas de sexualidad puede propiciar que se aborde el tema en el PCC de una forma explícita, hecho que posiblemente no hubiera ocurrido en el PCC habitual. Al haber elegido la entrevista personal como modo de recogida de datos puede darse un sesgo del entrevistador, que se pretende subsanar de forma que la persona encargada de recopilar estos datos es la misma en todas las entrevistas (enfermera formadora).

Dado que la población diana del estudio es la de Alcalá de Henares, las conclusiones que se deriven del mismo no podrán ser generalizables a otros municipios o entidades mayores. Igualmente, los datos obtenidos están asociados a la utilización del programa tipo presentado, y no de cualquier programa de educación para la salud sexual.

## **Consideraciones éticas**

Al paciente se le informará verbalmente sobre el estudio y además se le entregará una hoja informativa donde se incluyen: las características del estudio, su derecho a no participar y, si participara, su derecho a la intimidad, anonimato y confidencialidad. Se le facilitará consentimiento informado por escrito para que sea firmado.

El equipo investigador asegurará la confidencialidad de la información en todas las fases del estudio. Los resultados de los diversos cuestionarios que serán

rellenados por los participantes en el estudio, los datos recogidos en la entrevista de la valoración inicial y toda la información que se recopile durante el desarrollo de las sesiones será guardada en un sitio seguro y sólo accesible para el equipo investigador y personal autorizado. Con el fin de respetar el anonimato de los participantes, los resultados obtenidos serán codificados usando un número de identificación.

El proyecto respetará los principios éticos básicos y los enunciados en la Declaración de Helsinki (Seúl, 2008) y en el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina (Oviedo,1997). También se contemplará la legislación sobre protección de datos (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información Documentación Clínica).

El estudio será sometido al dictamen del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

### **Aportaciones del proyecto**

El presente documento pretende ser un impulso para el desarrollo de un mayor número de ensayos clínicos (bien diseñados, realizados e informados) que investiguen sobre educación para la salud sexual en psicopatologías, principalmente desde el punto de vista enfermero.

Se desea aumentar el nivel de conocimientos y comprensión al respecto, con el fin de facilitar la normalización de la vida sexual de las personas que sufren trastornos mentales, ayudando a superar los miedos y prejuicios de profesionales y propiciando el emponderamiento de los pacientes al respecto. Se quiere presentar una posible intervención enfermera que resulte fácil, cómoda, económica y, sobre todo, efectiva para mejorar la disfunción sexual de las personas con esquizofrenia.

Por último, se desea validar el Criterio de Resultado (NOC) "Funcionamiento sexual" como cuestionario útil en la práctica asistencial e investigadora.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Gender and Reproductive Rights Glossary. Ginebra: World Health Organization; 2002. Disponible en: <http://www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html>
- 2) Fisher HE, Aron A, Mashek D, Li H, Brown LL. Defining the brain systems of lust, romantic attraction, and attachment. *Arch Sex Behav.* 2002; 31: 413-419.
- 3) Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSSR.pdf>
- 4) Hart G, Wellings K. Sexual behaviour and its medicalisation: in sickness and in health. *Brit Med J.* 2002; 324: 896-900.
- 5) Asociación Mundial de Sexología (WAS). Declaración de los Derechos Sexuales. En: XIII Congreso Mundial de Sexología. Valencia, 1997. Corregido en: XIV Congreso Mundial de Sexología. Hong Kong, 1999.
- 6) Naciones Unidas (NNUU). Informe de la IV Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). El Cairo: NNUU; 2004. A/CONF.171/13. Disponible en: <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>
- 7) Naciones Unidas (NNUU). Informe de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing: NNUU; 2005. A/CONF.177/20/Rev.1. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
- 8) World Association for Sexual Health. Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico. Minneapolis: World Association for Sexual Health; 2008.
- 9) Organización Panamericana de la Salud (PAHO). Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action. Washington DC: PAHO; 2000.
- 10) Reglamento 1567/2003. Ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo. Diario Oficial de la Unión Europea L nº 224. Parlamento Europeo y Consejo, (15 de julio de 2003).
- 11) Olivares JM. Las supuestas anhedonias sexuales de los esquizofrénicos. En: Montejo González A L (coordinador). Sexualidad y salud mental. Barcelona: Editorial Glosa SL; 2003 (147-150).
- 12) Verhulst J, Scheneidman B. Schizophrenia and sexual functioning. *Hosp Comm Psych.* 1981; 32 (4): 259-262.
- 13) Skopec HM, Rosenberg SD, Tucker GJ. Sexual behaviour in Schizophrenia. *Med Asp Hum Sex.* 1976; 10 (4): 32-39.
- 14) Martín N, Vega FM, Montejo AL. Sexualidad en la esquizofrenia. En: Montejo AL (coordinador). Sexualidad y salud mental. Barcelona: Editorial Glosa SL; 2003 (117-128).
- 15) Meade CS, Sikkema KJ. HIV risk behavior among adults with severe mental illness: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2005; 25 (4): 433-457.
- 16) Díaz J. La sexología clínica: presente y futuro. ¿De dónde venimos, dónde estamos y hacia dónde vamos? *Sex Integ.* 2004; 1: 1-2.
- 17) Laumann EO et al. A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Arch Sex Behav.* 2006; 35 (2): 145-161.
- 18) I Encuesta Nacional de Salud Sexual. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.

- 19)García M, Rico-Villademoros F. La evaluación de la disfunción sexual. En: Montejo AL (coordinador). Sexualidad y salud mental. Barcelona: Editorial Glosa SL; 2003 (57-72).
- 20)Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. Eros los mundos de la sexualidad. Barcelona: Ed. Grijalbo; 1996.
- 21)Sánchez F. Deseo sexual hipoactivo femenino: una propuesta de intervención médica. Rev Int Androl. 2010; 8(1): 21-27.
- 22)Salvador-Carulla L, Rodríguez-Blázquez C, Salas D, Magallanes T. Sexualidad y enfermedad mental crónica. En: Amor Pan J R. Sexualidad y personas con discapacidad psíquica. Colección FEAPS. Madrid: Feaps; 2000 (361-378).
- 23)Federación Española de Sociedades de Sexología (FESS). Estudio sobre las Actitudes y Hábitos Sexuales en España. En: VII Congreso Español de Sexología. Santander: FESS; 2004.
- 24)Labrador FJ, Crespo M. Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. Psicothema. 2001; 13 (3): 428-441.
- 25)Montejo AL et al. Antipsicóticos y Afectación de la Respuesta Sexual. En J. Bobes, S Dexeus, J Gibert: Psicofármacos y Función Sexual. Madrid: Díaz de Santos; 1999 (111-132).
- 26)Dikson RA, Glaser W. Development of a scale to asses sexual functioning. En: Antipsychotic medication and Sexuality. CLIII American Association of Psychiatric (APA) Annual Meeting. Chicago: APA; 2000. Abstract S35.
- 27)Baca E. Clasificación de las disfunciones sexuales. En: Bobes J, Dexeus S, Gilbert J (editores). Psicofármacos y función sexual. Madrid: Díaz de Santos; 2000 (93-104).
- 28)Fora F. Esquizofrenia y sexualidad [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 1996.
- 29)Sullivan G, Lukoff D. Sexual side effects of antipsychotic medication: Evaluation and interventions. Hosp Community Psych. 1990; 41: 1238-1241.
- 30)Montejo AL, Majadas S y Grupo Español de trabajo para el estudio de las Disfunciones Sexuales Secundarias a Psicofármacos. Disfunción sexual secundaria a antipsicóticos: diagnóstico y tratamiento [monografía en internet]. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2005 [acceso 17 de diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.sexualidadysaludmental.com/imagenes/recursos/antipsicot04.pdf>
- 31)Higgins A, Barker P, Begley C. Clients with mental health problems who sexualize the client–nurse encounter. J Adv Nurs. 2009; 65: 616–624.
- 32)Lomas L. Call for more sexual health training for mental health nurses. J Clin Nurs. 2009; 18: 591-600.
- 33)McCann E. Investigating mental health service user views regarding sexual and relationship issues. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2010; 17: 251-259.
- 34)McCann E. The expression of sexuality in people with psychosis: Breaking the taboos. J Adv Nurs. 2000; 32(1): 132-138.
- 35)Shell JA. Including sexuality in your nursing practice. Nurs Clin North Am. 2007; 42 (4): 685-696.
- 36)Krebs LU. Sexual assessment: research and clinical. Nurs Clin North Am. 2007; 42 (4): 515-529.
- 37)Vázquez G, Ponce J. Sexual health and nursing consultation. Index Enferm [revista en Internet]. 2009 [acceso 10 de diciembre de 2011]; 18 (3): 209-210. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000300015&lng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000300015&lng=en)

- 38) Organización Mundial de la Salud. Instrucciones y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Informe de un grupo científico de la OMS. [informe en internet]. Ginebra: OMS; 1975 [acceso 19 de diciembre de 2011]. Serie de informes técnicos: 572. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_572\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_572_spa.pdf)
- 39) Resolución 2001/2128 (INI). Salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia. Diario Oficial de la Unión Europea, nº 206. Parlamento Europeo (3 de julio de 2002).
- 40) Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado, nº 71 (23 de marzo de 2007).
- 41) Basson R. Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstet Gynecol.* 2001; 98: 350-3.
- 42) Malmberg L, Fenton M. Psicoterapia psicodinámica individual y psicoanálisis para la esquizofrenia y enfermedades mentales graves (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*; 2008, Nº 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons).
- 43) Hernando M, Rivera MS. Intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de la disfunción eréctil en varones adultos: revisión sistemática. *Enferm Clin.* 2008; 18 (2): 64-69.
- 44) Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Art. No.: CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.
- 45) Kopelowicz A, Liberman RP, Stolar D. Sexuality. En: Mueser KM, Jeste DV. *Clinical Handbook of Schizophrenia*. New York: The Guilford Press; 2008 (604-616).
- 46) Assalian P, Fraser R, Tempier R, Cohen D. Sexuality and quality of life of patients with schizophrenia. *Int J Psych Clin Pract.* 2000; 4: 29-33.
- 47) González C, Sánchez-Crespo Bolaños JR, González A. Educación integral en sexualidad y anticoncepción para los/las jóvenes. *Enferm Clin.* 2009; 19 (4): 221-224.
- 48) Revilla C, López MJ, Santín C, Torrico E. Experiencia de trabajo comunitario en la realización de un proyecto de educación afectiva sexual. *Trab Soc y Salud.* 2004; 47: 149-156.
- 49) Blanco R. Imagen corporal femenina y sexualidad en pacientes con cáncer de mama. *Index de Enferm.* 2010; 19 (1): 24-28.
- 50) Mick JM. Sexuality assessment: 10 strategies for improvement. *Clin J Oncol Nurs.* 2007; 11 (5): 671-675.
- 51) Rodrigues L, Coelho de Almeida, Coelho E. Enfermería y sexualidad: revisión integradora de artículos publicados en la *Revista Latino Americana de Enfermería* y en la revista brasileña de *Enfermería*. *Rev Latino-Am Enfermagem* [revista en internet]. 2011 [acceso 1 de diciembre de 2011]; 19 (3): [10 pantallas]. Disponible en: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- 52) Acebes E, Lozano S. Educación sexual en la adolescencia. *Met Enferm.* 2003; 6 (57): 46-48.
- 53) Hernández A, García I, Simón-Hernández M, Coy R, García AM, Liante P et al. Efectividad de un programa de educación sexual en adolescentes acerca de la adquisición de conocimiento y cambios de actitud ante el empleo de métodos anticonceptivos. *Enferm Clin.* 2009; 19 (3): 121-128.

- 54) Loban JM. Orientaciones para iniciar un programa de educación sexual en un recurso rehabilitador. En: XXI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Madrid: ANESM; 2004. 333-339.
- 55) González C, Cano C, Ubis A, Mejías C, Delgado, Zafra R. Abordaje de las disfunciones sexuales desde la consulta de enfermería de salud mental. En: XXII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Madrid: ANESM; 2005. 505-509.
- 56) Martínez M, Castro M, Sáez A. Disfunción eréctil: objetivos e intervenciones en la consulta de enfermería. *Enferm Clin.* 2005; 15 (1): 43-49.
- 57) Pedreño, MA. Proyecto de investigación: Atención de enfermería en el patrón Sexualidad de la persona con depresión. Intervención en pareja. *Educare21 [revista en internet]*. 2003 [acceso 2 de diciembre de 2011]; 4 [15 páginas]. Disponible en: [http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/archivo-de-revistas.html?task=ver\\_revista&anyo=&numPublica=4&numRevista=4&volRevista=](http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/archivo-de-revistas.html?task=ver_revista&anyo=&numPublica=4&numRevista=4&volRevista=)
- 58) Romero AM, Zarzoso M, Romero Y. Programa de psicoeducación familiar en la esquizofrenia. *Experiencias enfermeras. Rev Presencia [revista en internet]*. 2009 [acceso 10 de octubre de 2011]; 5(10). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n10/p7106.php>
- 59) Maslow A. *El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del ser.* 17ª ed. Barcelona: Kairós; 2007.
- 60) Kalish RA. *Psicología de la conducta humana.* Buenos Aires: Paidós; 1978.
- 61) Orem DE. *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica.* Barcelona: Masson- Salvat; 1993.
- 62) García C, Sellán MC. *Fundamentos teóricos y metodológicos de Enfermería.* Madrid: Levosend; 1995. 31-42.
- 63) Henderson V. *Principios básicos de los cuidados de enfermería.* Ginebra: CIE; 1961.
- 64) Gordon M. *Diagnóstico enfermero.* 3ª ed. Madrid: Mosby-Doyma; 1996.
- 65) Watson J. *Human Caring Science: a theory of nursing.* 2ª ed. Ontario: Jones & Bartlett; 2012
- 66) Peplau HE. *Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica.* España: Salvat Editores; 1990.
- 67) NANDA Internacional. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011.* Madrid: Elsevier; 2010.
- 68) Anuario Estadístico de la Comunidad de Madrid 1985-2012 [sede web]. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid; 2012 [actualizado en diciembre de 2011; acceso 5 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/general/anuario/ianucap02.htm>
- 69) Asociación Mundial de Psiquiatría. *La esquizofrenia abre las puertas [sede web]*. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2007 [acceso 5 de febrero de 2012]. Recuperado de: <http://www.1decada4.es/profmedios/datos/>
- 70) NANDA Internacional. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011.* Madrid: Elsevier; 2010.
- 71) López-Ibor JJ, Valdés M. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado.* Barcelona: Editorial Masson; 2002.
- 72) American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia.* *Am J Psychiatry* 1997; 154 (4 Suppl):1-63.

- 73) Melnik T, Soares BGO, Nasselo AG. The effectiveness of psychological interventions for the treatment of erectile dysfunction: systematic review and metaanalysis, including comparisons to sildenafil treatment, intracavernosal injection, and vacuum devices (Brief record). *J Sex Med* [revista en internet]. 2008 [acceso 25 de febrero de 2012]; 5 (11): 2562-2574. Disponible en: [www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-12009101602/frame.html](http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-12009101602/frame.html)
- 74) Proyecto de Intervenciones IOWA: Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3ª ed. Madrid: Harcourt; 2001.
- 75) Masters WH, Johnson VE, Kolodny RG. *Human sexuality*. 5ª ed. Nueva York: HarperCollins College; 1995
- 76) Montejo AL, García M, Espada M, Rico-Villademoros F, Llorca G, Izquierdo JA, y Grupo Español de Trabajo para el Estudio de las Disfunciones Sexuales Secundarias a Psicofármacos. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos. *Actas Esp Psiquiatr* 2000; 28 (3): 141-150.
- 77) Lobo A, Saz P, Marcos G, Grupo de Trabajo ZARADEMP. *MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental*. Madrid: TEA Ediciones; 2002.
- 78) Rodríguez L, Gonzalo A, Pascual D, Rioja LA. Disfunción eréctil. *Actas Urol Esp*. 2002; 26 (9): 667-690.
- 79) McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther*. 2000; 26 (1): 25-40.
- 80) Moorhead S, Jonson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 4ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2009.

## ANEXO

SESIONES DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	
<b>SESIÓN 1</b>	
Planteamiento	Dinámica de trabajo
<b>Identidad sexual y autoestima</b>	<p>Introducción al curso; presentaciones; consideraciones generales.</p> <p>Debate breve sobre la importancia del sexo en la vida de cada uno.</p> <p>Cada persona realiza un collage sobre su identidad y se exponen al resto para discutir sobre su significado. Empleo de revistas, tijeras, pegamento y demás material necesario.</p>
<b>SESIÓN 2</b>	
Planteamiento	Dinámica de trabajo
<b>Tu pareja sexual es otra persona</b>	<p>Hacer una lista de tres características de la persona a la que se quisiera conocer y tener una cita. Exposición de la lista de cada uno.</p> <p>Lluvia de ideas sobre los lugares en donde se puede ligar.</p> <p><i>Role-playing</i> sobre presentarse a alguien en una fiesta.</p>
<b>SESIÓN 3</b>	
Planteamiento	Dinámica de trabajo
<b>Aparato reproductor masculino. Tus puntos fuertes como pareja</b>	<p>Transparencia sobre el aparato reproductor masculino.</p> <p>Informar sobre el tamaño y la función del pene.</p> <p>Escribir un anuncio de contactos para una revista de solteros.</p> <p>Discusión sobre las cualidades de cada uno como pareja en una relación.</p>
<b>SESIÓN 4</b>	
Planteamiento	Dinámica de trabajo
<b>Aparato reproductor femenino. Cómo comportarse en una cita</b>	<p>Transparencia del aparato reproductor femenino. Información sobre la menstruación y la lubricación en las relaciones sexuales.</p> <p>Compartir experiencias personales sobre citas; por ejemplo: cómo y quién inicia la cita, qué se hace durante la misma, cómo se pasa al contacto sexual, qué se siente durante las diferentes fases sexuales.</p>
<b>SESIÓN 5</b>	
Planteamiento	Dinámica de trabajo
<b>El placer y no el resultado como foco de atención</b>	<p>Proyección de vídeos de Sensate Focus de pareja realizando los ejercicios de Masters and Johnson.</p> <p>Debate sobre la importancia de la comunicación entre la pareja acerca de qué es placentero para cada uno durante las relaciones sexuales.</p> <p>A cada persona se le proporciona una naranja y se le insta a que explore las sensaciones de ver, sentir, oler, pelar y comer la naranja.</p>
<b>SESIÓN 6</b>	
Planteamiento	Dinámica de trabajo
<b>Control de la</b>	Presentación de los diferentes métodos anticonceptivos, forma



natalidad. Prevención de enfermedades de transmisión sexual	de uso, porcentaje de efectividad. Debate sobre qué método anticonceptivo han utilizado los participantes, cuáles son los que prefieren o qué tienen pensado para prevenir los embarazos no deseados en el futuro.
<b>SESIÓN 7</b>	
Planteamiento	Dinámica de trabajo
Comunicación abierta con la pareja sexual	Cine forum: "Almas con sexo" (Pilar González Rams, 2002), trata la sexualidad en personas con discapacidad física severa en España y Dinamarca, dando así dos puntos de vista totalmente distintos Debate sobre los obstáculos para vivir la vida sexual en plenitud y de manera gratificante que se han encontrado debido a la esquizofrenia, formas de afrontarlo, diversidad de formas para aumentar el placer.
<b>SESIÓN 8</b>	
Planteamiento	Dinámica de trabajo
Respuesta sexual humana y disfunción sexual	Presentación de las cuatro fases del ciclo de respuesta sexual, los efectos de los fármacos neurolépticos en la función sexual, tipos de disfunción, cómo decirlo y qué hacer si se sospecha que la disfunción está relacionada con la medicación, fármacos/suplementos para tratar la disfunción. Despedida y cierre. Valoración de la intervención. Propiciar el debate y las preguntas de los participantes ante estas cuestiones.

**Funciones básicas y habilidades pedagógicas de la enfermera formadora:**

- Transmitir información
- Desmitificar y aclarar ideas erróneas
- Estimular el cambio de actitudes nocivas
- Abordar los sentimientos y reforzar la autoestima
- Trabajar desde el aprendizaje significativo, intentando dar respuesta a lo que cada persona en su momento necesita
- Dinamizar el grupo estableciendo continuo *feed-back* entre los participantes y ella.
- Ser positivo, dialogante, observador y motivador
- Ser respetuoso sin juzgar, dando protagonismo al grupo y permitiendo el intercambio
- Adaptar el lenguaje al nivel de los participantes

### Normas del grupo:

- Confidencialidad: nadie puede hablar fuera del grupo de las cosas que allí se comenten.
- Expresión de emociones: se tratará que las emociones (enfado, tristeza, angustia, afecto...) sean manifestadas a través de palabras y no de actos. Cada uno podrá expresar los sentimientos que le provocan otras personas, pero no toleraremos que en el grupo se insulte, se amenace y menos se agreda a otro. Las relaciones interpersonales deben ser amables, cordiales, francas, abiertas, de aprecio y mutua colaboración, sin juzgar lo que otros comenten e intentado que las críticas sean constructivas.
- Tomar la palabra: se intentará respetar el tiempo para cada uno, evitaremos acaparar la palabra procurando que participe el mayor número posible de personas. Si alguien no quiere hablar respetaremos su decisión pero intentaremos entender a qué responde tal actitud.