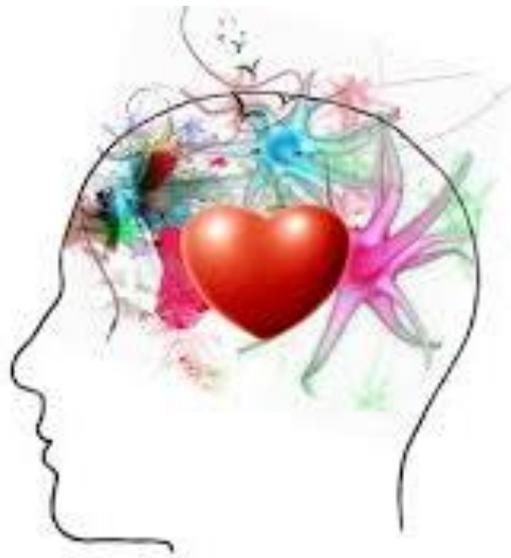




Percepción de las personas con esquizofrenia de sus relaciones afectivo-sexuales



FUB 4º Enfermería: Trabajo Final de Grado
Raquel Ortega Tomas y Jorge Pereiro Lorenzo
Tutora: Gemma Torras
18 de mayo de 2018, Manresa

Índice

Abstract.....	3
1. Introducción y justificación.	6
2. Pregunta y objetivos del estudio.	8
3. Marco teórico.....	8
3.1. Salud sexual.....	8
3.2. Sexualidad y esquizofrenia.....	9
3.3. La enfermería y la sexualidad del paciente psiquiátrico: abordaje y tabús.....	15
3.4. Políticas hospitalarias.....	15
4. Metodología.	16
4.1. Tipo de diseño.	16
4.2. Participantes	16
4.3. Muestreo.....	17
4.4. Técnicas de recogida de datos.	17
4.5. Análisis de los datos.	19
4.6 Criterios de rigor y validez	20
4.7 Consideraciones éticas y legales.....	21
4.8. Procedimiento del estudio.....	21
5. Límites del estudio.....	22
6. Recursos.....	23
7. Cronograma del estudio.	24
8. Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados	25
9. Plan de difusión.....	25
10. Conclusiones.....	26
11. Bibliografía.....	28
12. Anexos	31
Anexo 1: Antipsicóticos típicos.	31
Anexo 2 Reacciones adversas de los antipsicóticos típicos	33
Anexo 3: Antipsicóticos atípicos.	34
Anexo 4: Guion de la entrevista y de los grupos focales.	35
Anexo 5: Consentimiento informado.....	36
Anexo 6. Carta de presentación:.....	39

Abstract

En el ámbito de la salud mental la esfera afectivo-sexual ha sido históricamente poco abordada o tratada desde una perspectiva distorsionada por la enfermedad. A pesar de que los enfoques actuales preconizan la necesidad de tratar a los individuos de manera global, atendiendo a todas sus esferas, no se ha producido un cambio sustancial. Conocer estas percepciones y como las relacionan con su tratamiento es, por tanto, un paso necesario para saber cómo influyen en la evolución de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más prevalentes, principal razón de centrar en ella el estudio.

El presente estudio pretende conocer como perciben sus relaciones afectivo-sexuales, sociales y relacionales las personas diagnosticadas de esquizofrenia y tratadas con antipsicóticos, de la unidad de agudos y subagudos de salud mental del hospital Sant Joan de Deu de Manresa, así como su opinión sobre la atención de enfermería en relación con estas necesidades.

El estudio tiene un enfoque cualitativo, con una perspectiva fenomenológica descriptiva, buscando el significado que dan los participantes a sus experiencias, estos entraran en el estudio mediante un muestreo no probabilístico, intencional y de conveniencia, seleccionándose a medida que ingresen en la unidad. Los datos se recogerán mediante grupos focales, de entre 8 y 12 participantes, y entrevistas semiestructuradas individuales. Ambas actividades se realizarán en las instalaciones de la unidad. La información se complementará con las notas de campo de los investigadores. El análisis de la información obtenida se hará de forma simultánea hasta alcanzar la saturación de datos.

Durante la investigación se tendrá en cuenta, tanto en la recogida como el análisis de los datos, que el tema de la sexualidad puede ser difícil de tratar para los participantes, así como los tabús y prejuicios de estos y de los propios investigadores, para lo que se buscará el abordaje más objetivo y facilitador.

La conclusión obtenida por los investigadores, al analizar el estado actual de la cuestión, es que la esfera afectivo-sexual es fundamental para el tratamiento de las patologías mentales, pero desde el ámbito sanitario no siempre se le da toda la atención

necesaria, esto es así por motivos históricos, sociales e individuales. Pacientes y profesionales deben eliminar los tabús y prejuicios para que pueda ser abordada e incluida entre los factores a tener en cuenta a la hora de plantear y llevar a cabo un tratamiento.

Palabras clave: Salud Mental, esquizofrenia, sexualidad, relaciones afectivas, psicofármacos.

Abstract

Speaking about the field of mental health, the affective-sexual sphere has historically been little addressed or treated from a distorted perspective due to the disease. While current approaches advocate the need to treat individuals in a comprehensive manner, attending all their areas, a substantial change has not taken place yet. Being aware of these perceptions and how they relate them to their treatment is, therefore, a necessary step to know how they influence the disease evolution and adherence to treatment. Schizophrenia is one of the most prevalent mental illnesses, main reason to focus this study on her.

The present study aims to know how people diagnosed with schizophrenia and treated with antipsychotics (from acute and subacute of Sant Joan de Deu hospital mental health unit) perceive their affective-sexual, relational and social relationships, as well as their opinion about nursing care in relation to these needs.

The study is a qualitative approach, with a descriptive phenomenological perspective; by looking for the meaning that participants give to their experiences, they will enter the study through a non-probability, intentional and convenient sampling, selecting them as they enter into the unit. Data will be collected through focal groups (eight to twelve participants) and semi-structured individual interviews. Both activities will be carried out on the facilities of the unit. The information will be complemented by researchers notes. The analysis of the obtained information will be simultaneously done until the data saturation is reached.

During the investigation some issues will be especially taken into account, both in collection and analysis of data, such as sexuality may be a difficult topic for the participants to speak about, their taboos and prejudices and researchers' too. In

order to overcome these aspects, the most objective and facilitator approach will be considered.

The conclusion obtained by researchers, by analyzing the current state of the matter, is that the affective-sexual sphere is fundamental to mental diseases treatment; however health field do not always give the required attention to this area, due to historical, social and individual reasons. Patients and professionals must delete taboos and prejudices to address and include this topic as one of the key factors to take into consideration when planning and carrying treatments out.

Key words: Mental health, schizophrenia, sexuality, sexual life, psychoactive drugs.

1. Introducción y justificación.

En el ámbito de la salud mental, las dos grandes asignaturas pendientes son: la integración laboral y la salud sexual. La sexualidad de las personas con cualquier patología se relaciona en el imaginario colectivo con alteraciones somáticas (a tratar por ginecólogos, urólogos u otros especialistas), y si esta enfermedad es, además, mental, la visión estará probablemente relacionada con adicciones al sexo o sexo compulsivo (1)(2).

Como indican Cejas y Farré es necesario conocer la realidad completa de cada individuo, ya que “la calidad de vida de todo ser humano pasa por tener un bienestar físico, psíquico, social y como no, sexual”. Todos estos ámbitos están interrelacionados y por tanto actuando sobre uno de ellos se pueden mejorar los demás, no contemplarlos todos supone en cambio renunciar a la plenitud de ese bienestar o que no se alcancen los objetivos, pues una de las variables arrastra a las otras: “las alteraciones en el área sexual repercuten negativamente en la evolución de la patología, disminuyendo la autoestima y dificultando las relaciones” (3).

Aun así, en la práctica clínica habitual, el personal sanitario se suele centrar en el tratamiento de los síntomas psiquiátricos agudos, para retornar a una fase controlada de la enfermedad (3). Sin embargo, el enfoque de este primer abordaje al paciente es determinante en la posterior evolución de la enfermedad y en las posibles recaídas. Por tanto, los profesionales de la salud, a la hora de planificar los cuidados a las personas con una patología mental, no pueden ignorar su sexualidad o tratarla solo cuando se evidencia un problema (1). Los autores anteriormente mencionados, se han planteado, a la hora de hacer una valoración, como se aborda el tema de la sexualidad, y han evidenciado que en la mayoría de los casos se obvia o se trata superficialmente.

Para Montejo una de las razones de que esto ocurra se debe a que muchos profesionales de la salud (médicos y enfermeras) se muestran reticentes a afrontar este problema (4). Esto se debe, por un lado, a que pertenecen a una sociedad que hasta hace pocos años no había estado dispuesta a hablar abiertamente de sexo, y que actualmente, vulgarizado por los medios de comunicación, a penas surge en los ámbitos científicos (5). Por otro lado, también influye la habitual confusión que existe entre lo meramente coital y la sexualidad. Esta última abarca todo acercamiento e intimidad con otro ser

humano, un tema fundamental a tratar en patologías que tanto afectan al ámbito relacional (4).

Para que los profesiones puedan ofrecer un adecuado soporte en el ámbito de la sexualidad Jacob y Bobek creen que primero deben examinar sus propias aptitudes, valores, miedos y creencias (6) y formarse en educación sexual como parte integral de sus competencias (7)(6), de esta manera tendrán la capacidad para promover cambios de comportamiento en la sexualidad de los pacientes que incidan positivamente en la evolución de su enfermedad (8).

Junto a estas consideraciones hay que tener en cuenta la propia dinámica de la hospitalización y los recursos materiales, de tiempo y de personal. La experiencia de los autores del estudio durante las prácticas de enfermería en ámbitos de salud mental constató que la sexualidad no es un tema que se aborde por el personal sanitario, ni enfermeros ni psiquiatras. Esto se relaciona, tanto por la limitación impuesta por tiempo y los recursos disponibles, la ausencia del abordaje de las relaciones afectivo-sexuales en los programas universitarios, así como por los tabús sociales, que a nivel personal pueden tener los profesionales y que se refleja su trabajo.

En resumen, las personas con una patología mental tienen la necesidad de que sea contemplada y atendida su dimensión sexual, tanto por ser una de las áreas necesarias para alcanzar un completo bienestar, como por lo que puede influir en la evolución de su patología. A pesar de ello, aún no hemos conseguido que se incluya de manera rutinaria en las evaluaciones de enfermería (9).

Este estudio pretende identificar qué áreas perciben los pacientes que inciden más negativamente en su sexualidad, para que las enfermeras y/o cualquier otro profesional de la salud puedan proporcionar una atención holística.

2. Pregunta y objetivos del estudio.

- Pregunta de estudio: ¿Qué percepción tiene las personas con esquizofrenia de sus relaciones afectivo-sexuales?
- Objetivos.
 - Principal: Conocer como perciben sus relaciones afectivo-sexuales los pacientes diagnosticados de esquizofrenia de la unidad de agudos y subagudos de Salud Mental del Hospital Sant Joan de Deu de Manresa
 - Secundarios:
 1. Comprender las relaciones afectivo-sexuales, sociales y relacionales de las personas con esquizofrenia.
 2. Saber la percepción que tienen los pacientes respecto a los efectos derivados del tratamiento antipsicótico relacionados con sus relaciones afectivo-sexuales.
 3. Conocer la opinión de los pacientes sobre la atención de enfermería en relación a sus necesidades afectivo-sexuales.

3. Marco teórico

El estudio de la sexualidad humana actualmente es, como dice Montejo, una disciplina “oculta y obvia” dentro de la Salud Mental. Sin embargo, en los inicios de la psiquiatría formaba parte indiscutible de ella, de hecho, para el psicoanálisis¹ “la pulsión sexual parecía el motor de nuestra vida y sus limitaciones el camino de la enfermedad”. Desde que esta visión fue completamente denostada, los grandes padres de la sexología han desaparecido de los currículos de psiquiatría (5).

Pero a pesar de haber mantenido esta invisibilidad, la propia evolución de las disciplinas en torno a las enfermedades mentales ha hecho que fueran apareciendo voces que contradecían esta tendencia.

3.1. Salud sexual

A esto último ha contribuido la progresiva importancia que se le ha dado a la salud sexual dentro de la salud general de la población y que se vio plasmado en una reunión

¹ Sigmund Freud y el psicoanálisis se atrevieron a teorizar sobre la importancia de la represión sexual como causas de un gran número de padecimientos mentales.

(8) auspiciada por la OMS en Guatemala en el año 2000, que sienta las bases de una política de promoción de salud sexual. A través de los consensos alcanzados se pusieron los cimientos que permitirán promover cambios de comportamiento mediante la adecuada comprensión de la sexualidad humana.

La primera “dificultad” surge al intentar definir que es la sexualidad, pues a menudo no se establece una diferencia clara entre sexo, sexualidad y salud sexual:

- **Sexo:** se refiere a un conjunto de características biológicas que definen el espectro de humanos como hembras y machos.
- **Sexualidad:** se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano, basada en el sexo, que incluye el género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, querencias, actitudes, valores, actividades prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales.
- **Salud sexual:** experiencia del proceso permanente de consecución del placer físico, psicológico y sociocultural, relacionado con la sexualidad.

El establecimiento de estas definiciones son el punto de partida para el abordaje de la sexualidad humana. Así como el reconocimiento de la salud sexual como un derecho que obliga a promocionarla y proteger a los grupos más vulnerables, como son los pacientes de salud mental. El reconocimiento de estos derechos sexuales se encuentra en proceso de evolución.

3.2. Sexualidad y esquizofrenia.

La esquizofrenia

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (10), DSM en sus siglas en inglés (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), en su cuarta edición (1994), define la esquizofrenia como:

“una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes (o

durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses. Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral.”

Estos síntomas se dividen en dos categorías, positivos y negativos, que entre otros incluyen:

Síntomas positivos	Síntomas negativos
Ideas delirantes	Aplanamiento afectivo
Alucinaciones	Alogia
Lenguaje desorganizado	Abulia
Comportamiento gravemente desorganizado o catatónico	Aislamiento
Incongruencia afectiva	Deterioro de las relaciones sociales
Alteraciones en la vivencia del yo	Abandono de los hábitos higiénicos

La prevalencia de la esquizofrenia se estima entre el 0,5 y el 1%, puesto que suele ser crónica, las tasas de incidencia son considerablemente inferiores, aproximadamente 1/10.000 al año. El primer episodio se suele iniciar en la tercera década de la vida, puede ser brusco o insidioso, aunque suelen manifestar un lento y gradual desarrollo de signos y síntomas. No hay diferencias significativas en la proporción en que afecta a hombre y mujeres.

Dada la complejidad de las manifestaciones clínicas y su repercusión funcional, el tratamiento ha de ser necesariamente sintomático y multidimensional. A la hora de abordar la dimensión afectivo-sexual hay que tener en cuenta que los pacientes con esquizofrenia tienen dificultades para identificar sus sentimientos, por tanto, hay que dirigir las intervenciones para capacitarlos en la identificación de sus emociones y la manera de regularlas. Elementos que hay que tener en cuenta en el momento de evaluar a un paciente, pues identificación y regulación ya son fuente de bienestar emocional y serán la base de la mejora de sus relaciones sociales de cualquier clase (11).

Estigma y esquizofrenia

El término estigma engloba un complejo fenómeno social, que no afecta solo a personas con enfermedad mental, sino que caracteriza las relaciones de la mayoría respecto a determinados grupos. Es un conjunto de actitudes negativas² frente a una minoría con algún rasgo diferencial. Las personas con enfermedad mental forman una de estas minorías, con el agravante de que los trastornos mentales más graves contaminan las actitudes hacia todo lo que suene a enfermedad mental, situándose en el imaginario social próximas a drogodependencias, prostitución u otras conductas consideradas asociales (12). Algunas de estas falsas creencias asociadas a la esquizofrenia son:

- Son violentas y peligrosas.
- Pueden contagiar su enfermedad a otras personas.
- Son perezosas y poco fiables.
- Son incapaces de informar sobre los efectos de la medicación o la evolución de la enfermedad.
- No pueden tomar decisiones racionales sobre su vida.
- Son impredecibles.
- Sufren un empeoramiento progresivo a lo largo de su vida.

Para las personas con esquizofrenia resulta difícil escapar de ese estereotipo, produciéndoles:

- Sentimiento de vergüenza.
- Propensión al aislamiento social.
- Dificultad para pedir ayuda.
- Incremento del riesgo de recaídas e incluso riesgo de suicidio.

Los factores que pueden amortiguar a nivel social y personal los efectos del estigma son:

- Un sistema familiar sólido.
- Explicaciones externas de la causa de la enfermedad compartidas por la comunidad.

² Goffman utiliza el término estigma como un atributo profundamente desacreditador.

- La reversibilidad del comportamiento y lo síntomas.

Especialmente las personas que cuentan con el apoyo de familiares y amigos consiguen reinsertarse en la vida familiar y laboral, y cuanto más amplia es su red social menos posibilidades hay de reingresos por agudización. Los ámbitos que anteriormente habíamos mencionado como las asignaturas pendientes de la salud mental (13).

Antipsicóticos

Hasta mediados de la década de los cincuenta del siglo veinte no se disponía de fármacos activos para el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas graves, en 1952 la aparición de las fenotiazinas para el tratamiento de estas, como es la esquizofrenia, revolucionó el campo de la terapéutica e inauguró la era de la psicofarmacología.

La clasificación más ampliamente aceptada es la que los divide en típicos y atípicos:

- Los antipsicóticos (Anexo 1) típicos son los más antiguos, se caracterizan por su eficacia en el control de los síntomas psicóticos positivos y su poca eficacia sobre los negativos. Su uso se asocia frecuentemente con los síntomas extrapiramidales y la hiperprolactinemia (Anexo 2) (relacionada con las disfunciones sexuales).
- Los antipsicóticos atípicos (Anexo 3) son eficaces tanto en los síntomas positivos como con los negativos, se asocian menos con síntomas extrapiramidales.

TABLA 4. Perfiles de efectos secundarios de los antipsicóticos atípicos						
	Clozapina	Olanzapina	Quetiapina	Risperidona	Ziprasidona	Aripiprazol
Agranulocitosis	Sí	No	No	No	No	No
Efectos extrapiramidales	No	A dosis altas	No	A dosis altas	A dosis altas	A dosis altas
Hipotensión ortostática	Alta	Baja	Alta	Moderada	Baja	Baja
Convulsiones	Sí	No	No	Raras	Raras	Raras
Sedación	Alta	Baja	Alta	Baja	Alta	Baja
Efectos anticolinérgicos	Sí	Sí	Moderado	No	No	No
Taquicardia	Sí	No	Moderada	Sí	Sí	Baja
Aumento de peso	Sí	Sí	Sí	Sí	Muy Leve	No
Hipersecreción de prolactina	No	No	No	Sí	Raro	No

Fuente: Bermejo JC. Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. *Ter en APS*. 2017; 14(10):637-47.

Aunque los segundos han sustituido a los primeros de manera casi generalizada, la evidencia científica no ha acabado de demostrar esta superioridad clínica, ni la ausencia de extrapiramidales para todos los pacientes (14).

Pacheco (15) indica, sin embargo, que no se puede “demonizar” los antipsicóticos, por los posibles o probables efectos secundarios, obviamente existen efectos indeseables, pero todos los fármacos, psicofármacos o no, los producen. Por lo que hay que ser extremadamente prudentes a la hora de establecer relaciones de causa-efecto.

Es necesario valorar el riesgo de no tratar la enfermedad mental, frente a riesgo de tratarla con determinados psicofármacos.

Por ejemplo, en la psicosis se puede producir un deterioro progresivo del paciente, severa distorsión familiar, divorcio, repercusiones negativas en la educación de los hijos, consumo de sustancias tóxicas, problemas legales, problemas económicos, suicidio y homicidio.

Por tanto, hay que considerar siempre la relación riesgo/beneficio y no pensar solo en los efectos secundarios. Hoy en día se conocen mucho mejor estos efectos, en concreto los que están relacionados con la disfunción sexual, clásicamente infravalorados. Se sabe que no se trata de efectos permanentes, disminuyen o desaparecen al bajar la dosis o retirarla. Además de que existen principios que no provocan estas secuelas.

Aún con esto Pacheco recomienda que para evitar equívocos se evalúe la función sexual antes de la instauración del medicamento, para identificar pacientes que padezcan previamente una disfunción

Enfoques en el tratamiento de la esquizofrenia

El paso de la reclusión en centro psiquiátricos a una integración progresiva en la sociedad ha sido acompañado, en los últimos treinta años, del desarrollo de psicofármacos y de programas comunitarios de salud mental, dando como resultado un cambio radical en la situación de la esquizofrenia. Todo lo cual ha fomentado mayor preocupación por asuntos que permanecían en mayor o menor medida desatendidos: la calidad de vida del paciente, la evaluación de las necesidades, la satisfacción y aspectos relacionados con la vida familiar.

Pero este giro radical de la atención al paciente de salud mental ha dejado al descubierto dos grandes asignaturas pendientes (de las que hemos venido hablando): la búsqueda y mantenimiento de empleo y la vida sexual. Estos dos aspectos han pasado de ser marginales a centrar el foco de profesionales y afectados.

a) La visión del paciente de salud mental: uno de los primeros estudios³ de interrelación de enfermedad mental y salud sexual (Pinderhughes, 1972), revela que entre el 20 y 50% de los pacientes hospitalizados con trastornos mentales graves, consideraba que su patología psiquiátrica interfería en el funcionamiento sexual y que:

- Los problemas en el funcionamiento sexual podían haber contribuido a su trastorno psiquiátrico.
- La mejoría de dicha actividad se considerada como un factor relevante para la posible evolución positiva.

b) El interés de los profesionales está determinado por dos factores:

- En la evaluación de la calidad de vida la sexualidad es una de las dimensiones a considerar. Pues no debemos tratar la sexualidad solo cuando exista un problema, sino que hay que conocer esta realidad del individuo desde que realizamos la valoración inicial. No tener esta dimensión en cuenta en los pacientes con una enfermedad mental pueden provocar problemas de adherencia y estigmatización, que lleven a reagudizaciones, pérdida de calidad de vida y el deterioro de los pacientes.

Aun así, durante mucho tiempo la comunidad científica no se ha interesado por este tema, ya que puede parecer una complicación poco relevante comparada con síntomas como los psicóticos u otros secundarismo asociados a una gran capacidad deteriorante (1). Como parte de esta comunidad, enfermería adolece también de este interés y no aporta al progreso científico toda la información que da el continuo contacto con el paciente (16).

- Efectos de los psicofármacos (Anexo 1): que inhiben en mayor o menor medida la libido y el retraso o inhibición de la eyaculación y el orgasmo.

Esto último ha despertado el interés de las farmacéuticas en la sexualidad del paciente de salud mental, incorporando los métodos de evaluación del funcionamiento sexual en los ensayos clínicos y financiando estudios sobre la actividad sexual de estos pacientes.

³ Hay que señalar que la literatura sobre sexualidad en paciente psiquiátricos es significativamente inferior al de otras especialidades.

Pero lo cierto es que raramente se reciben comunicaciones de efectos adversos sexuales enviados por médicos a los servicios de farmacovigilancia, por la dificultad de éstos para entrevistar al paciente sobre su vida sexual (1).

3.3. La enfermería y la sexualidad del paciente psiquiátrico: abordaje y tabús.

Para reconocer la aparición de problemas, la enfermera debe conocer la función sexual del paciente antes y después del inicio del tratamiento y aprovechar su especial cercanía para promover y dar consejos sobre salud sexual. El mejor conocimiento ha contribuido a la detección precoz de complicaciones por parte de enfermería, lo que determina un cambio cualitativo en el abordaje de estos trastornos. También debe conocer el funcionamiento de los fármacos de uso psiquiátrico para orientar esta detección (1).

Este acercamiento a la vida afectiva de los pacientes con esquizofrenia puede empezar en la atención primaria, estableciendo un vínculo no solo con el paciente sino también con el cuidador principal, para apoyar el establecimiento de una vida familiar y de pareja saludable. Y de esta forma abordar conjuntamente con los dos miembros de la pareja problemas tan específicos como los que giran en torno a la sexualidad. Así la pareja, presente o futura, de una persona con esquizofrenia puede ser un elemento estabilizador y no generador de ansiedad (17)

Si no se indaga sobre ello o se espera a que el paciente verbalice sus preocupaciones, podemos crear la situación en que este esté esperando a ser preguntado. El desafío es crear un contexto de cuidado que transmita al paciente que la sexualidad es un área que puede ser tratada. Es necesario que el paciente puede sentirse cómodo hablando o respondiendo preguntas sobre sexualidad. Al legitimar el tema de la sexualidad la enfermera da “permiso” para pensar sobre la sexualidad y su relación con la enfermedad. Enfermería debe contribuir a derribar tabús, no fomentarlos (11).

3.4. Políticas hospitalarias.

Los administradores y el personal clínico no saben dar respuesta a las necesidades y conductas sexuales de los pacientes y cómo lidiar con las responsabilidades legales.

Es más probable que sean reconocidas las necesidades y problemas sexuales de los pacientes de salud mental si se desarrollan políticas formales. Se necesita una política sanitaria donde se contemple:

- El derecho a la intimidad sexual.
- Derecho a que el personal acepte y sitúe la sexualidad de los pacientes de forma humana.
- Proporcionar educación y rehabilitación relevante para la sexualidad del paciente (2).

Por todos los puntos tratados anteriormente vemos la necesidad de estudios que profundicen en como los pacientes psiquiátricos perciben su sexualidad, para que desde la profesión sanitaria se puedan desarrollar herramientas que nos ayuden a abordar la sexualidad de los pacientes desde un punto de vista científico y humano.

4. Metodología.

4.1. Tipo de diseño.

El estudio propuesto tendrá un enfoque cualitativo, para así poder abordar una realidad compleja en todas sus dimensiones, la percepción que las personas tienen de sus vivencias, ya que “la investigación cualitativa facilita una práctica de enfermería sensible a las realidades de las personas a las que cuidamos, a su diversidad cultural y a los contextos en los que se desenvuelven sus vidas” (18).

Así mismo la perspectiva fenomenológica descriptiva nos permitirá poner el foco de estudio en las experiencias de las personas, y el significado que dan a las mismas. Se pretende saber a través de su propia interpretación como las personas diagnosticadas de esquizofrenia viven su sexualidad (19).

4.2. Participantes

Los participantes en este estudio serán personas diagnosticadas de esquizofrenia que ingresen en la Unidad de adultos de Agudos y Subagudos del Hospital Sant Joan de Deu de Manresa y que continúen el seguimiento dentro de la Xarxa Assistencial i Universitaria de Manresa.

Este centro da cobertura asistencial a la población de las comarcas del Bages, Berguedà, Solsonès y Cerdanya (en total unos 250.000 habitantes). La división cuenta

con 24 camas de agudos y 15 de subagudos. Atiende unos 450 ingresos agudos y unos 150 de subagudos al año. Las urgencias psiquiátricas (más de 3000 anuales) y las interconsultas (cerca de 500 cada año) (20).

4.3. Muestreo

Se realizará un muestreo no probabilístico, intencional y de conveniencia, los participantes, hombres y mujeres, entraran en el estudio a medida que ingresen en la unidad de hospitalización y que cumplan los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Ser capaz de leer y escribir.
- Estar diagnosticado de esquizofrenia según el DSM IV (10).
- Tener o haber tenido un tratamiento con antipsicóticos.
- Haber estado ingresado al menos una vez en un servicio de salud mental o estar vinculado actualmente.
- No tener disfunciones sexuales diagnosticadas anteriores a la esquizofrenia.
- Que el paciente esté en un estado psicopatológico no agudo o en proceso de estabilización.

El tamaño de la muestra abarcará entre 8 y 12 participantes, en función de cuando se alcance la saturación de los datos.

4.4. Técnicas de recogida de datos.

La recogida de datos se realizará mediante la combinación de tres técnicas: los grupos focales, entrevistas semiestructuradas y las notas de campo. La triangulación de estas permitirá compensar las debilidades de cada una y sumar sus fortalezas (21).

- Grupos focales: Consiste en un grupo de participantes escogidos por los investigadores, entre 8 y 12, con el objetivo de discutir y comentar temas (Anexo 4) propuestos por el moderador, los cuales serán objeto central del estudio (18).

Esta técnica ha demostrado una gran sensibilidad a la hora de recabar información en el campo de las Ciencias de la Salud, pues permite conocer percepciones, sentimientos y pensamientos de los sujetos involucrados. (22)

Estas sesiones se realizarán en una sala confortable y tranquila para los participantes. El investigador será quien modere cada una de las sesiones planteando entre 3 o 4 preguntas abiertas por sesión. También contaremos con un investigador auxiliar u observador el cual se encargará del registro de cada una de las sesiones con una grabadora, observando y tomando notas.

- Entrevista semiestructurada: Es una herramienta de investigación cualitativa que se utiliza para obtener información mediante preguntas abiertas (Anexo 4) preparadas por el investigador y que de las respuestas surjan otros puntos de interés en los que profundizar con más preguntas no preparadas. Esta técnica permite una recogida de información de forma fluida creando así un clima más cómodo con el entrevistado.

Las entrevistas se llevarán a cabo en un despacho de la unidad de Salud Mental del Hospital Sant Joan de Deu de Manresa en un entorno tranquilo y de confianza para los entrevistados.

Cada entrevista tendrá una duración aproximada de 1 hora. Antes de cada entrevista el investigador recordará al participante el objetivo del estudio y se facilitará el consentimiento informado (Anexo 5) pudiendo renunciar en cualquier momento a la participación en la investigación. Durante la entrevista el investigador utilizará el diario de campo donde podrá anotar datos importantes sobre todo de la comunicación no verbal del participante. Además, el investigador deberá recordarle que la sesión será grabada o incluso filmada para facilitar la posterior transcripción (19).

- Notas de Campo: Se trata de un registro por escrito hecho por el investigador de forma literal de aquello que sucede en el escenario.

Para que el investigador pueda hacer un registro de los acontecimientos lo más objetivamente posible tendrá que anotar la información lo más inmediato al hecho que pueda.

Estas anotaciones serán: gestos, tono de voz, dudas, impresiones, sensaciones, incluyendo la fecha y la hora. El investigador utilizará esta técnica mientras se realiza la entrevista y los grupos focales (23).

4.5. Análisis de los datos.

En la investigación cualitativa la recogida de datos y el análisis de estos son dos procesos que se dan de forma simultánea (24).

El investigador ha de reunir, tratar e interpretar los datos obtenidos de las diferentes técnicas empleadas (grupos focales, entrevista y notas de campo) simultáneamente hasta que logre la saturación de los datos. A menudo los datos pueden ser heterogéneos por lo tanto es algo indispensable elaborar una visión en conjunto, para ello es importante que el investigador ordene meticulosamente la información para poder acceder a ella cuando sea necesario.

Etapas del análisis de los datos:

Inmersión de los datos: El investigador deberá preparar la información obtenida y esto lo conseguirá haciendo una transcripción “*palabra por palabra*” de las grabaciones, se ayudará del software F4™, un programa que sirve para enlentecer la voz.

El investigador ha de “*convivir con los datos*” deberá familiarizarse con ellos. Esto implica leer detalladamente y de manera reiterada.

Reducción de los datos: El investigador deberá hacer una selección de los datos y así reducir el volumen de la información obtenida.

Análisis de los datos: El investigador deberá, para poder dar códigos a cada una de las ideas seleccionadas, codificarlas. A continuación, será necesario que diferencie entre sus propias ideas y las ideas recogidas de los participantes. Esto lo conseguirá haciendo uso de la reflexión de sus sentimientos y experiencias personales que pueden influir en el estudio. Para la ordenación de la información se ayudará de un programa informático el Atlasti.ti™ v8.

Interpretación: Una vez el investigador haya identificado los códigos, se deducirán las categorías a partir de las relaciones entre estos, y de la misma manera para agrupar las categorías en familias, de las que a su vez nacerán las metacategorías, que es el conjunto de interpretaciones de las familias.

4.6 Criterios de rigor y validez

En la investigación cualitativa existe un reto: mostrar que la información obtenida es veraz, esto es debido a que los resultados de la investigación tienen implícita la subjetividad del investigador. Para dar validez y rigor a este estudio el investigador se basará en los criterios de rigor de Guba y Lincoln desde una perspectiva naturalista (25).

- Credibilidad: Es un criterio para asegurar que los resultados de la investigación son creíbles, basándose en la capacidad explicativa del investigador para revelar los resultados obtenidos, para ello utilizará la triangulación de técnicas, la saturación de datos, reconocer los sesgos, proceso interactivo entre: la fase de recogida, interpretación y sistematización de los datos. El investigador deberá obtener un total isomorfismo entre los datos recogidos y la realidad.
- Transferibilidad: Es un criterio que se refiere a la posibilidad de transferir los resultados obtenidos en ese contexto a otros contextos de similares condiciones, bajo una situación de investigación en idénticas condiciones. Se utilizarán diferentes técnicas como la descripción explícita de los sujetos y sus contextos, así como también la descripción detallada del estudio.
- Dependencia: Es un criterio que vela para que los resultados de una investigación sean estables y exista la posibilidad de replicar el estudio y obtener los mismos resultados. Para cumplir este criterio utilizará el sistema de triangular técnicas en la recogida de datos que en este estudio son la entrevista, los grupos focales y las notas de campo.
- Conformabilidad: Es un criterio que vela para que exista una garantía de que los resultados no estén sesgados. Los resultados hallados por el investigador serán independientes a sus propias motivaciones e intereses personales es decir el investigador ha de mantenerse neutral. Deberá comprobar la información recogida de los participantes con estos mismos, también deberá dejar por escrito su propia posición respecto al tema del estudio y utilizar, además, la recogida mecánica de la información por medio de grabaciones.

4.7 Consideraciones éticas y legales

En primer lugar, el investigador deberá solicitar autorización y aceptación del *Comité ético de investigación clínica* (CEIC) de la Unión Catalana de Hospitales. Este es el comité de ética de referencia de la Fundación Althaia que es donde se realizará el estudio, a la que se remitirá una carta de presentación (Anexo 6). La función de este comité es velar por los intereses de los participantes y asegurar que se respeten sus derechos. También deberá solicitar la aprobación del *Comité ético de la Investigación* (CEI) y del *Comité Ètic de Recerca* (CER) de la Universidad de Manresa-de Vic-Central de Cataluña.

Este estudio se llevará a cabo respetando los diversos códigos y normas:

- La *Declaración de Helsinki 1964*, garantizando que se seguirán todos los principios éticos para la investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.
- *Código de Nuremberg 1947*, que es el juramento hipocrático.
- El Informe Belmont 1978, es un informe creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los EEUU que trata de “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”.

El investigador tendrá que informar a los participantes sobre el estudio y sus objetivos remarcando que se respetará el anonimato de estos, dándoles la oportunidad de abandonarlo en cualquier momento y que su participación es totalmente voluntaria. También facilitará el *consentimiento informado* (Anexo 4) para que los participantes puedan dar su autorización por escrito ya que sin este papel no podríamos publicar los resultados según la *Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal [LOPD]*.

4.8. Procedimiento del estudio.

El estudio se llevará a cabo siguiendo las siguientes etapas:

- Búsqueda bibliográfica en profundidad sobre el tema de estudio, como parte de la preparación previa de los investigadores.

- Autoexamen de las ideas preconcebidas sobre el objeto de estudio y registro de estas.
- Presentación del proyecto para su evaluación por los comités de ética pertinentes:
 - *Comité ético de la Investigación (CEI)*.
 - *Comité ético de investigación clínica (CEIC)* de la Unión Catalana de Hospitales.
 - *Comité Ètic de Recerca (CER)* de la Universidad de Manresa-de Vic-Central de Cataluña.
- Una vez obtenida la aprobación se iniciaría el proyecto. Este se desarrollará en la unidad de salud mental de agudos y subagudos del Hospital Sant Joan de Deu de Manresa.
- La primera etapa consistirá en que los investigadores se familiaricen con la unidad, su día a día (en los distintos turnos), el personal y los pacientes. Un hito importante porque de los vínculos desarrollados con estos dos últimos grupos depende en buena medida el desarrollo óptimo de estudio.
- Seguidamente se informará a los pacientes del estudio, anotando aquellos que desean participar, a estos se le hará entrega de la hoja de consentimiento informado.
- Las entrevistas con cada uno de los participantes se llevarán a cabo durante entre julio y octubre de 2018 citando a cada uno de ellos de forma personalizada y sin interrumpir sus rutinas. Así mismo los grupos focales se realizarán en los mismos meses.

5. Límites del estudio

Los límites de lo que podemos obtener con este estudio están en buena medida relacionados con los participantes, tanto para alcanzar un número adecuado dentro del estudio, como de la información que nos puede dar.

La sexualidad y sus disfunciones son un tema que puede ser difícil de tratar para pacientes, así como para los profesionales. Estas barreras pueden impedir que obtengamos toda la información necesaria para alcanzar los objetivos del estudio, o que sepamos interpretarla y codificarla adecuadamente.

Así mismo, la gran variabilidad de los síntomas y afectaciones de la esquizofrenia y los efectos de los psicofármacos sobre cada paciente puede impedir que se alcance la saturación de datos.

La formación de grupos lo suficientemente numerosos en la unidad de agudos y subagudos, dado el flujo de altas y bajas, puede impedir que se creen las condiciones necesarias.

No poder acceder a los pacientes, porque no acepten participar en el estudio, abandonen (como está contemplado en el propio estudio, ya que es voluntario) o no cumplan con los criterios inclusión.

Y por último que el tiempo marcado para el estudio, 20 meses, no sea suficiente, por las contingencias propias de la unidad y el método de selección de participantes.

Por todo ello los investigadores han de tener la flexibilidad necesaria para adaptar el proyecto a las circunstancias.

6. Recursos.

Para poder llevar a cabo el estudio se tiene que tener en cuenta los recursos humanos y materiales que en este caso son:

- Recursos Humanos: Investigadores, participantes y personal sanitario colaborador que participaran del estudio de forma voluntaria.
- Recursos materiales: Espacio físico donde se desarrollarán las sesiones, un ordenador, impresora, grabadora de audio, cámara, diarios de campo, material de oficina, y software (F4™, Atlas.ti™).

7. Cronograma del estudio.

	2017				2018												2019			
	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
Elaboración del marco teórico	■	■	■	■	■															
Planteamiento de los objetivos		■	■	■																
Diseño metodológico				■	■	■	■	■												
Solicitud al comité de ética									■											
Guión de las entrevistas y grupos						■	■													
Selección de la muestra										■										
Consentimiento informado											■	■	■	■	■	■				
Sesiones de grupo														■	■	■				
Entrevistas											■	■	■							
Transcripción											■	■	■	■	■	■	■			
Elaboración de resultados												■	■	■	■	■	■	■		
Conclusiones														■	■	■	■	■	■	
Difusión de la información																				■

Fuente: Elaboración propia

8. Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados

Este estudio permitirá ampliar el conocimiento científico sobre la percepción que los pacientes de esquizofrenia tienen sobre la influencia de su enfermedad y del tratamiento, en sus relaciones afectivo-sexuales. Como todo estudio ayudará en la elaboración de otros, además de ampliar el conocimiento que enfermería tiene de esta dimensión olvidada, reforzar la importancia que tiene abordar la misma en los planes de cuidado, así como elaborar nuevas estrategias.

También puede contribuir a luchar contra el estigma social que hay en torno la patología mental y las disfunciones sexuales, tanto en la población general como en los profesionales de la salud.

La mejora del abordaje de las relaciones afectivos-sexuales se puede realizar en todos los niveles de la asistencia de salud mental (unidades de hospitalización, atención primaria, etc.), así como influir en las distintas fases de la enfermedad, para ello es fundamental el conocer la percepción de los propios pacientes, pues mejorará la colaboración paciente-profesional al hacerlo desde su propia perspectiva.

9. Plan de difusión

La importancia de la investigación es creciente en la profesión enfermera, lo que viene a reforzar su base de conocimiento y la validez científica de sus actuaciones. Para el avance científico es tan fundamental la investigación como la divulgación de los resultados.

Este estudio está especialmente dirigido a los profesionales del ámbito de la salud mental, por lo que los resultados aparecerán en publicaciones especializadas en este ámbito, como son:

- Revista Ridec, Salud mental comunitaria: trayectoria y contribuciones de la enfermería.
- Psychiatry Research.
- Revista de Salud Mental y psiquiatría.
- Revista Española de Enfermería de Salud Mental.
- Actas Españolas de Psiquiatría.

También se presentará en conferencias y congresos en relación con la salud mental como, por ejemplo:

- Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental.
- Ciclo de conferencias 2018 sobre Salud Mental.
- Jornadas Nacionales Salud Mental (AEN).

10. Conclusiones

La idea del presente trabajo nació como una inquietud de sus autores sobre el abordaje de la sexualidad en la salud mental durante nuestra experiencia en el ámbito. Una vez iniciada la búsqueda bibliográfica constatamos que diferentes profesionales de la salud mental exponían deficiencias o planteamientos incorrectos. El foco de nuestra atención se ampliaría, motivados por nuestras preguntas y la propia investigación para englobar conceptos más amplios: sexualidad y afectividad, entendidos como un todo.

La bibliografía refleja dos ideas principales: La importancia que tiene lo afectivo-sexual en las patologías mentales y lo deficiente de la atención que se le da, aunque crecen las iniciativas para integrarlo, dentro del paradigma general de dar una atención global a la persona.

Las enfermedades mentales llevan aparejados problemas relacionales, tanto de familia, pareja y amistades, las dificultades crean situaciones de ansiedad que pueden influir negativamente en la evolución de la enfermedad, es más la perspectiva sobre el futuro de nuevas relaciones o las ya existentes son un motivo de preocupación para estos pacientes, que en el caso de la pareja se suma a los problemas de intimidad y sexualidad. Como muestran las estadísticas la incertidumbre acerca de las relaciones sexuales es uno de los principales motivos para el abandono de la medicación, sobre todo entre la población más joven. Por el contrario, relaciones sociales estables, especialmente de pareja son fuerzas estabilizadoras que reducen las recaídas y mejoran la adherencia.

La puesta en práctica de un abordaje que tenga en cuenta lo afectivo-sexual se enfrenta al problema de falta de preparación de los profesionales (sería necesaria una formación específica), la falta de recursos y de tiempo en las unidades psiquiátricas, los tabús y

estigmas de los pacientes y los profesionales, tanto hacia el otro como hacia sí mismos. La formación que pasa por el autoconocimiento sería el primer paso para que dispusieran de las herramientas para tratar estos problemas, a través del vínculo de cercanía que enfermería puede desarrollar con los pacientes. Así como identificar de la forma más precisa los efectos secundarios indeseados de los medicamentos, para poder ajustar la pauta lo más personalizada posible, lo que, de nuevo, redundará en la adherencia.

La perspectiva del paciente, como base para el desarrollo de estas herramientas, lo pone en el centro del proceso, más que desde una perspectiva teórica, porque sus percepciones subjetivas son las que determinan en buena medida la evolución de la enfermedad.

En la elaboración del propio trabajo hemos tenido también que perfeccionar nuestra capacidad de trabajo en equipo, en disentir de manera constructiva, en debatir en profundidad englobando las ideas propias y las del otro, es decir, poner en práctica esa asertividad, sobre la que tanto nos han hablado durante la carrera. No fue menos desafío la búsqueda bibliográfica en la que debimos aprender a discernir lo importante de lo accesorio, aunque todo estuviera en relación con nuestro tema, hacernos una idea global y plasmarla con coherencia. Sin embargo, en lo que quizá más hemos aprendido fue al tratar de traducir nuestra idea a un proyecto basado en el método científico, es el momento en el que surgen todas las inconsistencias y cuando aparecen aspectos que no se habían tenido en cuenta, lo que obliga a retroceder constantemente a puntos que ya parecían cerrados.

11. Bibliografía

1. Luque-Romero Sánchez M, López Sánchez O, Caballero Guerrero MJ. La sexualidad en el paciente mental: una perspectiva enfermera. *Hygia de enfermería*: [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 26];90:26–31. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5208888>
2. Morfa JD. La sexualidad del paciente esquizofrenico y una politica hospitalaria. *An Psiquiatr*. 2006;1–17.
3. Cejas Pascual B, Farré Martí JM. La esquizofrenia y su sexualidad. *Rev Enfermería y Salud Ment* [Internet]. 2017;6:22–5. Available from: <http://www.enfermeriaysaludmental.com/uploads/revistas/0040.pdf>
4. Montejo González ÁL. Esquizofrenia y sexualidad. *Enfermería y salud Ment*. 2017;6:6,7.
5. Montejo González AL. Psiquiatria y sexualidad ¿ Condenados a entenderse ? *Cuad piscosomática y Psiquiatr enlace*. 2012;103:7,8.
6. Jacobs P, Bobek SC. Sexual Needs of the Schizophrenic Client. *Perspect Psychiatr Care*. 1991;27(1):15–20.
7. Corrêa V, Emerson D, Rasera F, Peres RS. Sexualidade E Saúde Mental: Vivências, Serviços E Estigmas. *Rev da SPAGEP* [Internet]. 2016;17 (2):81–95. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v17n2/v17n2a07.pdf>
8. OMS; OPS. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. [Internet]. OMS. 2000 [cited 2017 Nov 26]. p. 49. Available from: http://www1.paho.org/spanish/hcp/hca/salud_sexual.pdf?ua=1
9. Hughes E, Edmondson AJ, Onyekwe I, Quinn C, Nolan F. Identifying and addressing sexual health in serious mental illness: Views of mental health staff working in two National Health Service organizations in England. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2017; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29150893>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29150893>
10. López-Ibor Aliño JJ. *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Association. 1995.
11. van der Meer L, Wout M van't, Aleman A. Emotion regulation strategies in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res* [Internet]. 2009 Dec 30 [cited 2018 Apr 13];170(2–3):108–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19906439>
12. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible [Internet]. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría La Asociación*; 2008 p. 43–83. Available from: [28](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-</div><div data-bbox=)

57352008000100004

13. Marcelino López, Margarita Laviana, Luis Fernández AL, Aparicio AMR y A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2008;28(101):43–83.
14. Bermejo JC. Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. *Ter en APS.* 2007;14(10):637–47.
15. Pacheco L, Medrano J, Conget T, Arroita A, Segura A, Uriarte L, et al. ¿Son tan malos los psicofarmacos?: Reflexiones desde la práctica psiquiátrica. *Norte Salud Ment* [Internet]. 2010;VIII(1):31–46. Available from: <http://www.ome-aen.org/NORTE/37/31-46.pdf>
16. Quinn C, Browne G. Sexuality of people living with a mental illness: A collaborative challenge for mental health nurses. *Int J Ment Health Nurs.* 2009;18(3):195–203.
17. Kertchok R. Building Collaboration in Caring for People with Schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2014 Nov 29 [cited 2018 Apr 13];35(11):872–82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25353300>
18. Vanegas de Ahogado BC. La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería. *Rev Colomb Enfermería.* 2010;6:128–42.
19. Icart Isern MT, Pulpón Segura AM, Garrido Aguilar EM, Delgado-Hito P. Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis. UB. 2012. p. 99–100.
20. Salut mental - Fundació Althaia [Internet]. [cited 2018 Feb 16]. Available from: <https://www.althaia.cat/althaia/ca/docencia/formacio-sanitaria-especialitzada/unitats-docents/salut-mental>
21. Okuda Benavides, Mayumi Gómez Restrepo C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2005;34(1):118–24.
22. Hamui-Sutton A, Varela-Ruiz M. La técnica de grupos focales. *Investig en Educ Médica* [Internet]. 2013;2(5):55–60. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2007505713726838>
23. Mayan MJ. Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. *International Institute for Qualitative Methodology.* 2001. 42 p.
24. Carrillo Pineda M, Leyva-Moral JM, Medina Moya JL. El análisis de los datos cualitativos: un proceso complejo. *Index de Enfermería* [Internet]. 2011 Jun [cited 2018 Feb 16];20(1–2):96–100. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100020&lng=en&nrm=iso&tlng=en
25. Rodríguez Sabiote, Clemente; Lorenzo Quiles, Oswaldo; Herrera Torres L. **TEORÍA Y PRÁCTICA DEL ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVOS.**

PROCESO GENERAL Y CRITERIOS DE CALIDAD. Rev Int Ciencias Soc
y Humanidades, SOCIOTAM [Internet]. 2005 [cited 2018 Feb 16];XV(2).
Available from: <http://www.redalyc.org:9081/html/654/65415209/>

12. Anexos

Anexo 1: Antipsicóticos típicos.

TABLA 2. Antipsicóticos típicos. Características					
Principio activo	Nombre comercial	Presentaciones	Indicaciones	Posología	Características especiales
Clorpromazina	Largactil®	Comprimidos de 25 y 100 mg Solución oral 40 mg/ml Ampollas 25 mg	Psicosis Delirio Confusión Esquizofrenia	Dosis inicial 25-50 mg/día. Mantenimiento 25-50 mg/8 h (máxima 300 mg/día) Vía i.m. o perfusión i.v. 25-50 mg varias veces al día hasta una dosis máxima de 150 mg/día	En tratamientos crónicos realizar recuentos sanguíneos y revisiones oftálmicas Fotosensibilidad Ajuste en IR e IH
Flufenazina	Modecate®	Ampollas 25 mg	Psicosis Esquizofrenia	La dosis y frecuencia óptima se determinan para cada paciente Dosis inicial 12,5-25 mg. Terapia de mantenimiento: una única administración puede ser eficaz para 4 semanas o más. No exceder 100 mg	Fotosensibilidad Precaución en IR e IH
Periciazina	Nemactil®	Comprimidos de 10 y 50 mg Solución 40 mg/ml	Agitación Neurosis Psicosis	Agitación: 10-60 mg/día, en 2-3 tomas. Ancianos: 5-15 mg/día en 2-3 tomas Neurosis, psicosis: 50-250 mg/día en 2-3 tomas	Fotosensibilidad Precaución en IR e IH
Clotiapina	Etumina®	Comprimidos 40 mg	Ansiedad Esquizofrenia Psicosis Delirio Manía Insomnio	Psicosis: tratamiento de ataque, 120-160 mg máximo de 360 mg/día. Mantenimiento, 60-80 mg en varias tomas Insomnio: 20-60 mg al acostarse	Fotosensibilidad Ajuste en IR e IH
Levomepromazina	Sinogan®	Comprimidos de 25 y 100 mg Solución oral 40 mg/ml Ampollas de 25 mg	Ansiedad Agitación Depresión Psicosis	Pacientes psicóticos 100-200 mg/día en 2-3 tomas No psicóticos 25-75 mg/día en 2-3 tomas. Por vía i.m. 75-100 mg/día en 3-4 inyecciones, como tratamiento de ataque y bajo vigilancia médica	Fotosensibilidad Ajuste en IR e IH
Perfenazina	Decentan®	Comprimidos de 8 mg	Ansiedad Esquizofrenia Psicosis Delirio Manía	Dosis usual 4 mg/8 h (máximo 8 mg/8 h)	Fotosensibilidad Ajuste en IR e IH
Pipotiazina	Lonseren®	Ampollas 100 mg	Ansiedad Esquizofrenia Psicosis Delirio Manía	Dosis usual 100 mg/4 semanas, pudiendo incrementarse la dosis, en función de la respuesta, hasta un máximo de 200 mg/4 semanas	Fotosensibilidad Ajuste en IR e IH
Tioproperazina	Majeptil®	Comprimidos de 10 mg	Ansiedad Esquizofrenia Psicosis Delirio Manía	Dosis de inicio 5 mg/24 h pudiendo incrementarse en hasta dosis usual de mantenimiento de 10 mg/6-8 h	Fotosensibilidad Ajuste en IR e IH
Trifluoperazina	Eskazine®	Comprimidos de 1, 2 y 5 mg	Ansiedad Esquizofrenia Psicosis Delirio	Dosis usual 2-5 mg/12 h, pudiendo incrementarse hasta 25 mg/día. Ancianos y pacientes	Fotosensibilidad Ajuste en IR e IH

(Continúa en pág. siguiente)

Trabajo Final de Grado: Percepción de las personas con esquizofrenia de sus relaciones afectivo-sexuales

TABLA 2. Antipsicóticos típicos. Características (Continuación)					
Principio activo	Nombre comercial	Presentaciones	Indicaciones	Posología	Características especiales
Haloperidol	Haloperidol EFG	Comprimidos de 0,5 y 10 mg Solución oral de 2 mg/ml Ampollas de 5 mg	Psicosis Esquizofrenia Ansiedad grave Agitación Tics motores Vómitos Hipo persistente	debilitados: 1-2,5 mg/12 h Dosis inicial 0,5-2 mg/8-12 h con dosis de mantenimiento de 1-15 mg diarios En esquizofrenia crónica y tratamiento de ataque de psicosis, dosis inicial de 15 mg/día, en casos resistentes son necesarias dosis de hasta 60-100 mg/día en 2-3 tomas diarias	Fotosensibilidad Ajuste en IR e IH
Zuclopentixol	Cisordinol® Clopixol®	Comprimidos de 10 y 25 mg Solución oral de 20 mg/ml Ampollas de 50 mg viales depot de 200 mg	Esquizofrenia	Dosis inicial de 20-30 mg/día pudiendo incrementarse hasta 150 mg/día, dosis usual 20-50 mg día	Ajuste posológico en IH
Amisulprida	Solian®	Comprimidos de 100, 200 y 400 mg	Esquizofrenia	Dosis usual 400 mg/12-24 h, excepcionalmente, puede aumentarse hasta 1.200 mg/día	Ajuste posológico en IR A diferencia del resto de los neurolépticos, no tiene afinidad por los receptores serotoninérgicos, adrenérgicos, histamínicos H1 y colinérgicos
Sulpiride	Digton® Dogmatil® Guastil® Lebopride® Psicocen® Teravil®	Comprimidos de 50 y 200 mg Ampollas de 100 mg Solución oral de 25 mg/5 ml	Ansiedad, fobias, delirio, esquizofrenia, paranoia, delirio y vértigo	Neurosis y vértigo: 50-100 mg/8 h Psicosis: 100-200 mg/6 h Vía i.m. 600-800 mg/día (durante 15-20 días)	Ajuste de dosis en IR
Tiaprida	Tiaprizal®	Comprimidos de 100 mg Ampollas de 100 mg Solución oral de 12 mg/ml	Ansiedad Síndromes de hiperactividad motriz Tics Náuseas y vómitos	Dosis usual 50-100 mg/8 h, y puede incrementarse hasta un máximo de 200 mg/6 h (800 mg/día). En ancianos la dosis usual 50-100 mg/12 h Vía i.m. o i.v. 100-200 mg/24 h	Ajuste en IR e IH
Pimozida	Orap®	Comprimidos de 1 y 4 mg	Psicosis Síndrome de Guilles Tourette	Dosis de inicio 4 mg/día pudiendo incrementarse hasta máximo 16 mg/día En el síndrome de Tourette 1-2 mg/24 h, pudiendo incrementarse hasta máximo 10 mg/día	Semivida muy larga que permite dosificación diaria o cada varios días Ajuste en IR e IH Fotosensibilidad

IH: insuficiencia hepática; IR: insuficiencia renal.

Anexo 2 Reacciones adversas de los antipsicóticos típicos

TABLA 1. Reacciones adversas de los antipsicóticos típicos (clasificados por estructura química)				
Medicamento	Sedación	Efectos extrapiramidales	Efectos anticolinérgicos	Hipotensión ortostática
Fenotiazinas				
Clorpromazina	+++	+	+++	+++
Flufenazina	+	++++	+	+
Levomepromazina	+++	+	+++	+++
Perfenazina	++	++	++	+
Pipotiazina	+	+	++	+++
Tiopropirazina	+	+++	+	+
Trifluoperazina	+	++++	+	+
Butirofenonas				
Haloperidol	+	+++	+	+
Tioxantenos				
Zuclopentixol	+++	+++	+	+
Ortopramidas				
Amisulprida	+	+	+	+
Sulpirida	+	++	+	+
Tiaprida	+	+	+	+

Trabajo Final de Grado: Percepción de las personas con esquizofrenia de sus relaciones afectivo-sexuales

Anexo 3: Antipsicóticos atípicos.

TABLA 5. Antipsicóticos atípicos. Características					
Principio activo	Nombre comercial	Presentaciones	Indicaciones	Posología	Características especiales
Clozapina	Leponex®	Comprimidos de 25 y 50 mg	Esquizofrenia	Dosis de inicio 12,5 mg 1-2 veces al día. Dosis de mantenimiento 300-600 mg/día (dosis máxima 900 mg/día). La hipotensión ortostática es el factor limitante del aumento de dosis	Reacciones adversas hematológicas Ajuste en IR e IH Fotosensibilidad Medicamento de especial control médico
Risperidona	Risperidona EFG Arketin® Diaforin® Risfarma® Risperdal®	Comprimidos de 1, 3 y 6 mg, comprimidos bucodispersables de 0,5, 1, 2, 3 y 4 mg Solución oral 1 mg/ml Formulación depot i.m. 25, 37.5 y 50 mg	Psicosis Esquizofrenia Trastornos bipolares Alteraciones del comportamiento asociadas a demencia	Dosis de inicio 2 mg/día aumentando según respuesta del paciente. Dosis > 10 mg/día no han demostrado ser más eficaces que dosis menores. Dosis máxima 16 mg/día. Las dosis se pueden administrar de manera única o cada 12 h. Demencia: 0,5-1 mg/12-24 h (no exceder 2 mg/12 h) empleada en la esquizofrenia; se administra cada 2 semanas	Ajuste en IR e IH Demencia: aumento del riesgo de episodios isquémicos
Olanzapina	Zyprexa®	Comprimidos de 2,5, 5 y 10 mg, comprimidos bucodispersables de 5 y 10 mg Ampollas de 10 mg	Esquizofrenia Manía Trastornos bipolares	Se administra normalmente una vez al día, con dosis de inicio de 2,5 (ancianos) a 10 mg, que posteriormente se ajusta a dosis entre 5 y 20 mg diarios	Aumento inicial y transitorio de transaminasas Posible aumento intervalo QT Fotosensibilidad
Quetiapina	Seroquel®	Comprimidos de 25, 100, 200 y 300 mg	Esquizofrenia Psicosis Manía Trastornos bipolares	La pauta de inicio es 25 mg/12 h, aumentando progresivamente con intervalos de 25-50 mg hasta llegar a dosis de 300-600 mg/día repartidos en una o dos dosis	Aumento de transaminasas Realizar controles periódicos de función hepática y tiroides Realizar exámenes oftalmológicos al inicio y cada 6 meses para detectar la presencia de cataratas
Ziprasidona	Zeldox®	Comprimidos de 20, 40, 60 y 80 mg Suspensión oral 10 mg/ml Vial 20 mg/ml	Esquizofrenia Dosis máxima 80 mg/12 h	Tratamiento agudo: 40 mg/12 h con alimentos. Mantenimiento: usual 20 mg/12 h	Prolongación intervalo QT Ajuste en insuficiencia hepática. Realizar controles periódicos de la función hepática
Aripiprazol	Abilify®	Comprimidos de 5, 10 y 15 mg	Ansiedad Esquizofrenia Psicosis Delirio Manía	La dosis de inicio y de mantenimiento habituales es de 15 mg/día, y la dosis máxima de 30 mg/día	Agonista parcial de los receptores D2 y 5HT1A, y un antagonismo con los receptores 5HT2
Sertindol	Serdolect®	Comprimidos de 4, 12, 16 y 20 mg	Esquizofrenia: sólo en aquellos intolerantes al menos a otro antipsicótico	Dosis de inicio: 4 mg. Se recomienda un aumento paulatino de dosis hasta dosis de mantenimiento entre 16 y 20 mg diarios	Se recomienda una estrecha monitorización del electrocardiograma

IH: insuficiencia hepática; IR: insuficiencia renal.

Anexo 4: Guion de la entrevista y de los grupos focales.

GUIÓN ENTREVISTA

1. ¿Cómo son sus relaciones de pareja?
2. ¿Podría hablarme de cómo sus relaciones sexuales?
3. ¿Podría describirme como es su relación con sus familiares y amigos?
4. ¿Cómo cree que afecta la enfermedad a sus relaciones afectivo? ¿y a las sexuales?
5. ¿Cómo han sido tratados estos aspectos por el personal sanitario?
6. ¿Qué información ha recibido del personal sanitario sobre relaciones sexuales relacionada con su enfermedad?
7. ¿Cómo ha podido resolver sus dudas sobre estos aspectos?
8. ¿Puedes hablarnos de tu seguimiento del tratamiento farmacológico?
9. ¿Has percibido algún cambio en su vida afectivo-sexual con la toma del tratamiento antipsicótico?
10. ¿Afecta en tu adherencia al tratamiento los efectos que percibes en tu vida afectivo-sexual? Y si es así ¿Cómo lo hace?

GUIÓN GRUPO FOCAL

1. ¿Cómo vivís el día a día en vuestro entorno familiar?
2. ¿Cómo creéis que influye la enfermedad en vuestras relaciones afectivas?
3. ¿Qué información o atención habéis recibido respecto a la sexualidad por parte del personal de enfermería?
4. ¿Creéis que el tema de la sexualidad es tratado en el ámbito hospitalario? ¿En qué aspectos consideráis que se podría mejorar el abordaje del tema?
5. ¿Establecéis alguna relación entre el tratamiento antipsicótico y cambios en vuestra vida afectivo-sexual?

Anexo 5: Consentimiento informado

Consentimiento informado para participar en la investigación:

Estudio sobre la percepción de las personas con esquizofrenia de sus relaciones afectivo-sexuales

1. Información sobre este documento.

Usted está invitado a participar en el estudio de investigación que lleva el título Percepción de las personas con esquizofrenia de sus relaciones afectivo-sexuales.

Este documento le aporta información importante y necesaria sobre este estudio.

Es necesario que sepa que las investigaciones en personas se llevan a cabo bajo los principios siguientes:

- Formar parte del estudio es completamente voluntario. Esto significa que no ha de participar si no lo desea.
- Si decide participar y en un futuro cambia de opinión, tiene derecho a dejar el estudio sin ninguna penalización.

2. Información general sobre el estudio y sus investigadores.

Título del estudio: Percepción de las personas con esquizofrenia de sus relaciones afectivo-sexuales.

Institución que participa en el estudio: Fundación Universitaria del Bages y Fundación Althaia de Manresa.

Nombres de los investigadores/as principales de este estudio: Jorge Pereiro Lorenzo y Raquel Ortega Tomas

3. Objetivo del estudio.

El objetivo principal:

- Conocer cómo influye la esquizofrenia en las relaciones afectivo-sexuales.

Los objetivos secundarios:

- Comprender las relaciones afectivo-sexuales, sociales y relacionales de las personas con esquizofrenia.
- Describir la relación entre la medicación y las disfunciones sexuales y como lo perciben los pacientes.
- Conocer el abordaje del equipo de enfermería a las necesidades afectivo-sexuales de los pacientes con enfermería.

4. Información sobre los participantes.

¿Quién puede participar en este estudio?

Todas aquellas personas que cumplan los criterios de inclusión del estudio:

- Tener 18 años o más.
- Ser capaz de leer y escribir.
- Estar diagnosticado de esquizofrenia.
- Tener o haber tenido un tratamiento con antipsicóticos.
- Haber estado ingresado al menos una vez en un servicio de salud mental.
- Tener conciencia de la enfermedad.
- No tener disfunciones sexuales diagnosticadas anteriores a la esquizofrenia.

5. Procedimientos del estudio

¿Qué clase de procedimientos se realizarán?

Se llevarán a cabo sesiones grupales donde se hablará sobre la percepción de los participantes de sus relaciones afectivo-sexuales.

¿Cuánto tiempo es necesario para realizar este estudio?

Un año.

6. Información sobre riesgos y beneficios del estudio.

¿Qué riesgos corro si participo en este estudio?

Participar en este estudio no supone ningún riesgo para la salud del individuo. Durante la sesión grupal es posible que el participante se pueda sentir intimidado, violento, incomodo por los temas expuestos. Si fuere ese el caso usted puede negarse a opinar o debatir sobre el tema en cuestión sin ningún tipo de problema.

¿Qué beneficios puedo obtener participando en este estudio? ¿Pueden otras personas beneficiarse de este estudio?

Participar en este estudio puede ser una forma de conocer más la enfermedad y sus efectos. La información recopilada de este estudio ayudara a otros pacientes en las mismas circunstancias, a los profesionales de la salud a tener un conocimiento más amplio y a otros investigadores para seguir indagando en la misma línea.

7. Confidencialidad de los datos.

Los datos de las personas recogidos en el presente estudio serán manejados por Jorge Pereiro Lorenzo y Raquel Ortega Tomas.

Estos datos están sometidos a la legislación vigente: Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) 15/1999, de 13 de diciembre y Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Los resultados se comunicarán en los medios habituales de difusión científica, incluyendo presentaciones orales o en formato poster en Congresos, Jornadas u otras reuniones de interés científico; publicaciones técnicas y otros medios de divulgación profesional, salvaguardando siempre la intimidad de la persona, tanto por lo referente a los datos como por las imágenes obtenidas.

Si necesita más información sobre este estudio, puede contactar con los investigadores responsables, Jorge Pereiro y Raquel Ortega en la Universidad de Manresa. Tel. 691740736

Se le recuerda que su participación en el estudio es totalmente voluntaria.

8. Documento de consentimiento.

Yo, _____ con DNI _____ he leído y entendido la información anterior y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Fecha:

Teléfono del participante:

Firma del participante:

Firma del investigador:

9. Documento de revocación del consentimiento

Título del estudio: “Percepción de las personas con esquizofrenia de sus relaciones afectivo-sexuales”

Investigadores principales: Jorge Pereiro Lorenzo y Raquel Ortega Tomas

Sede donde se realizará el estudio: Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa, Barcelona

Nombre del participante:

Con este documento deseo informar mi decisión de retirarme de esta investigación por las siguientes razones: (OPCIONAL)

Si el paciente así lo desea, podrá solicitar que le sea entregada toda la información que se haya recabado sobre él, con motivo de su participación en el presente estudio.

Firma del participante o del padre/madre o tutor:

Fecha:

Testimonio:

Fecha:

Anexo 6. Carta de presentación:

Distinguidos señores:

Nos dirigimos a ustedes con el motivo de presentarles un estudio que llevaremos a cabo en la unidad de Salud Mental en su centro el próximo abril con el título

Trabajo Final de Grado: Percepción de las personas con esquizofrenia de sus relaciones afectivo-sexuales

“Percepción de las personas con esquizofrenia de sus relaciones afectivo-sexuales”. Este trabajo está dentro del plan de estudios de cuarto del grado de enfermería, que en este momento estamos cursando.

El estudio tiene como objetivo conocer la percepción que tienen los pacientes con esquizofrenia respecto sus relaciones afectivo-sexuales para detectar las áreas no tratadas y poder elaborar nuevas estrategias por parte del equipo de enfermería y dar una atención más completa a los pacientes. Para realizar dicho estudio se utilizará una metodología cualitativa y de dimensión fenomenológica, donde se realizarán las técnicas de recogida de datos como: la entrevista semiestructurada, diario de campo y grupos focales.

La investigación cumple con la legislación vigente y se realizara basándose en la Declaración de Helsinki, el Código de Nuremberg, los principios de Belmont y la ley de protección de datos.

Por todo esto solicitamos su autorización para dicho estudio.

Atentamente,

Jorge Pereiro Lorenzo y Raquel Ortega Tomas

Correo electrónico: tfgrajo@gmail.com

Teléfono de contacto: 691740736

Manresa, de..... Del 2018.