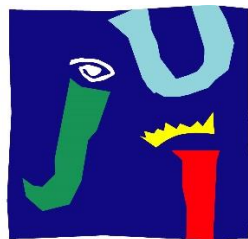


REVISIÓN SOBRE LA SATISFACCIÓN SEXUAL DE LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

Máster de Psicología General Sanitaria
SBF018 - Treball de Final de Màster (2022/2023)
Paula Ramírez Martínez
TUTORA: Estefanía Ruiz Palomino



**UNIVERSITAT
JAUME·I**

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN	5
MÉTODO	16
RESULTADOS.....	18
DISCUSIÓN	37
BIBLIOGRAFÍA	43

RESUMEN

La esquizofrenia afecta entre el 0,3 y el 07% de la población. Estas personas ven afectadas áreas de su vida, entre ellas la sexualidad. El presente estudio realiza una revisión, siguiendo la Guía PRISMA, para analizar el grado de satisfacción sexual en personas con esquizofrenia. Se han buscado artículos de los últimos cinco años en Proquest, Pubmed y Scopus, principalmente. Los criterios de inclusión son artículos científicos, que evalúen la satisfacción sexual en esquizofrenia, de cualquier edad y género, escritos en inglés, español o catalán y con acceso a texto completo. De 1.222 publicaciones se han incluido 11. Existe tendencia a manifestar una satisfacción sexual baja en esquizofrenia, con puntuaciones peores que otras patologías o sin patología (resultados significativos y no significativos). Hay cierta tendencia a peor satisfacción en mujeres, una relación negativa entre la satisfacción sexual y la disfunción sexual, la sintomatología y la medicación y una relación positiva entre la satisfacción sexual y la calidad de la relación sentimental. Pese a que no se cumple con todos los criterios de la Guía PRISMA y que falta análisis en relación al género y variables moduladoras, este estudio supone una aportación al análisis de la satisfacción sexual en las personas con esquizofrenia, que ha sido un área muy poco estudiada. En conclusión, la satisfacción sexual en la esquizofrenia es baja y debe ser atendida. Habría que seguir investigando la influencia de otras variables, homogeneizando los instrumentos para medirla y, con todo ello, realizar propuestas prácticas que atiendan las necesidades.

PALABRAS CLAVE: Trastorno Mental Grave, Esquizofrenia, Sexualidad, Satisfacción Sexual, Calidad de Vida Sexual.

ABSTRACT

Schizophrenia affects between 0.3 and 07% of the population. These people are affected in some areas of their lives, including sexuality. The present study conducts a review, following the PRISMA Guide, to analyze the degree of sexual satisfaction in people with schizophrenia. Articles from the last five years have been searched mainly in Proquest, Pubmed and Scopus. The inclusion criteria were scientific articles assessing sexual satisfaction in schizophrenia, of any age and gender, written in English, Spanish or Catalan and with full-text access. Out of 1,222 publications, 11 were included. There is a tendency to show low sexual satisfaction in schizophrenia, with worse scores than other pathologies or without pathology (significant and non-significant results). There is a certain tendency to worse satisfaction in women, a negative relationship between sexual satisfaction and sexual dysfunction, symptomatology and medication, and a positive relationship between sexual satisfaction and the quality of the romantic relationship. Despite not meeting all the criteria of the PRISMA Guide and lacking analysis in relation to gender and modulating variables, this study is a contribution to the analysis of sexual satisfaction in people with schizophrenia, which has been a little studied area. In conclusion, sexual satisfaction in schizophrenia is low and should be addressed. It would be necessary to continue investigating the influence of other variables, homogenizing the instruments to measure it and, with all this, to make practical proposals that meet the needs.

KEY WORDS: Severe Mental Disorder, Schizophrenia, Sexuality, Sexual Satisfaction, Sexual Quality of Life.

INTRODUCCIÓN

Según el National Institute of Mental Health [NIMH] (2023b), “una enfermedad mental grave se define como un trastorno mental, conductual o emocional que provoca un deterioro funcional grave, interfiriendo significativamente o limitando una o más actividades vitales importantes”. La mayoría de las definiciones del Trastorno Mental Grave (TMG) incluyen cuatro características comunes: conductas fuera de las normas de funcionamiento (Deviant), que generan malestar (Distress), que tienden a ser disfuncionales (Dysfunction) y que pueden ser peligrosas (Dangerous) (Espinosa-López y Valiente-Ots, 2017).

El TMG incluye, entre otros, a los trastornos psicóticos, que se caracterizan por presentar psicosis (Ortiz et al., 2011). El DSM-5 ha conceptualizado estos trastornos en el “espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”. Estos son: el trastorno esquizotípico (de la personalidad), el trastorno delirante, el trastorno psicótico breve, el trastorno esquizofreniforme, la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, el trastorno psicótico debido a otra afección médica, otro trastorno especificado, trastorno no especificado e incluye la subcategoría de catatonía (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Dentro de este espectro y de la psicopatología en general, la esquizofrenia ha sido y es un trastorno que ha generado gran interés en la psiquiatría y la psicología. A finales del siglo XIX, algunos psiquiatras empiezan a describir diferentes síndromes que se agruparían en la esquizofrenia (Rodríguez-Testal et al., 2020; Valle, 2020). En 1896, Kraepelin acuñó el término “dementia praecox” para definir las psicosis observadas en jóvenes, que conllevan un deterioro en su curso y tienen tendencia a cronificarse. En 1913, Bleuler, en un intento de describir la base psicológica de dicha demencia, acuñó el término “esquizofrenia” para explicar una escisión en la mente de la persona o falta de integración de diferentes procesos psíquicos, haciendo hincapié en los síntomas negativos de la esquizofrenia (Valle, 2020;

Ortiz et al., 2011; Moskowitz y Heim, 2011; y Frith, 1995). Schneider (1959) consideró que la principal dificultad era la alteración de la comunicación empática, siendo la incomprensión de la experiencia individual un rasgo de la esquizofrenia (Tandon y Maj, 2008).

Todavía hoy en día es difícil establecer un consenso para definir este trastorno, debido a la heterogeneidad en la neurobiología, las manifestaciones clínicas, la evolución y la respuesta al tratamiento y, también, al hecho de que se comparten síntomas con otros trastornos (Tandon y Maj, 2008; Godoy et al., 2014).

La esquizofrenia se caracteriza por presentar síntomas positivos, negativos, cognitivos, comportamentales y del estado de ánimo (NIMH, 2023; Godoy et al., 2014). Esta sintomatología afecta a la forma y contenido del pensamiento y altera la percepción, la memoria, la motivación, las relaciones sociales, el control sobre las conductas y la expresión emocional (Rodríguez-Testal et al., 2020). Por todo ello, a veces se observa cierta pérdida de contacto con la realidad de las personas que padecen este trastorno (NIMH, 2023).

Esta sintomatología desde una perspectiva transdiagnóstica se divide en cuatro dimensiones. En primer lugar, se encuentra la dimensión psicótica, que incluye ideas delirantes o delirios, alucinaciones -siendo las más comunes las auditivas verbales- y las alteraciones del *self*, creyendo que existe una fuerza de control externa. En segundo lugar, está la dimensión desorganizada o cognitiva, que incluye habla o pensamiento desorganizado, comportamiento desorganizado, extraño o desconcertante y con falta de control, inhibición motora y síntomas psicomotores. Además, se da una alteración de la cognición social, viéndose alterado el procesamiento emocional, la teoría de la mente, la percepción social y el estilo atribucional, así como de la metacognición para analizar las interacciones interpersonales. Por último, dentro de esta dimensión se incluye el deterioro cognitivo y funcional, que inicia antes de la psicosis como alteración del neurodesarrollo. En tercer lugar, la dimensión negativa comprende dos componentes: uno experiencial, que se refiere al

aislamiento social, la anhedonia y la abolición; y otro de expresión emocional disminuida, que incluye el aplanamiento afectivo y la alogia. Por último, la dimensión afectiva, abarca la depresión y la manía (Rodríguez-Testal et al., 2020).

A nivel mundial, entre el 0,3% y el 0,7% de la población presentan un diagnóstico de esquizofrenia, que se traduce en unos 24 millones de personas (OMS, 2022; APA, 2014). En el caso de Europa, se estima que existe una prevalencia de 0.52% (Simeone et al., 2015) y en el Estado Español, la prevalencia se sitúa en el 0.37%. Respecto a la diferencia según el sexo, se observa que es mayor en hombres (4,5 por 1000) que en mujeres (2,9 por 1000) hasta los 50 años. Además, en hombres se observa un inicio más temprano (OMS, 2022; Häfner, 2020). La incidencia entre hombres y mujeres se iguala a los 65 años y a partir de los 70 años, se observan puntuaciones ligeramente mayores en mujeres (Sistema Nacional de Salud [SNS], 2020). Según el DSM-5, las diferencias en relación al sexo dependen del tipo de síntomas y curso. En este sentido, hay mayor incidencia en hombres, si se hace hincapié en los síntomas negativos y con peor pronóstico, mientras que no se observan diferencias en definiciones que incluyen síntomas del estado de ánimo y cuadros breves (APA, 2014). En relación con la distribución geográfica o cultural no hay un consenso sobre los datos. Por un lado, se ha observado que no existen diferencias (Häfner, 2022; APA, 2014). Por otro lado, los datos indican que la esquizofrenia es más frecuente en países desarrollados y en zonas urbanas (Godoy et al., 2014). Además, parece que cada vez hay mayor evidencia de que es más frecuente en inmigrantes y personas refugiadas (Hollander et al., 2016; Coid et al., 2008), aunque en el Estado Español se observa mayor prevalencia en personas autóctonas que extranjeras (SNS, 2020). También se observa que existe mayor prevalencia en niveles de renta muy bajos, siendo más marcada en hombres (SNS, 2020).

Con los datos epidemiológicos encontrados, se puede concluir que el perfil característico de las personas con esquizofrenia es el de hombres, jóvenes, solteros,

desempleados, con ingresos por debajo del umbral de pobreza, que viven en zonas urbanas y de gran hacinamiento, que conviven en un entorno familiar o solos en alquiler, con tratamiento farmacológico antipsicótico combinado con otras medicaciones y que consumen sustancias (tabaco, alcohol y cannabis, sobre todo) (OMS, 2022; Stilo y Murray, 2019; Baca et al., 2006).

Se ha observado que un curso típico en el cuadro de la esquizofrenia. El inicio puede ser abrupto o insidioso y la edad de aparición en la mayoría de los casos suele darse desde el final de la adolescencia hasta la mitad de los treinta años. Previa a este cuadro, es característica una fase prodrómica, que puede durar varios años. En ella se da una gran variedad de síntomas inespecíficos que afectan al funcionamiento de la vida cotidiana. Suelen ser negativos y afectivos, con presencia de ansiedad, depresión y estados de irritabilidad y se puede empezar a ver deterioro cognitivo leve. Después de este primer período, se da la fase activa, de corta duración, que se caracteriza por la presencia de sintomatología positiva y desorganizada, aunque los síntomas negativos se mantienen. Por último, se pasa a una fase residual o de recuperación, donde dominan los síntomas negativos y afectivos, sobre todo, sintomatología depresiva. Se ha observado que existe un alto porcentaje de recaída en los cinco años siguientes al primer episodio (Rodríguez-Testal et al., 2020; y APA, 2014).

Los factores que influyen en un peor pronóstico son la edad de inicio temprana, la latencia en la aplicación del tratamiento y un estilo familiar hostil o sobreprotector. La mayoría de los pacientes requieren apoyo para llevar su vida diaria y en muchos casos tiende a cronificarse y presentar un deterioro progresivo. Tan solo el 20% tienen un curso favorable y muy pocos se recuperan. Con el tiempo, los síntomas psicóticos tienen una tendencia a la baja, mientras que la sintomatología negativa es más persistente. De hecho, esta última se relaciona con mayor deterioro cognitivo (Rodríguez-Testal et al., 2020; y APA, 2014).

Según el DSM-5, existe una alta comorbilidad entre la esquizofrenia y otros trastornos relacionados con sustancias, sobre todo tabaco. También se observa un aumento de la comorbilidad con los trastornos de ansiedad, en especial, el trastorno de pánico, y con el trastorno obsesivo-compulsivo (APA, 2014).

Para explicar las causas de la esquizofrenia, actualmente se apuesta por modelos integradores que incluyen factores biológicos y ambientales (Godoy et al., 2014), ya que no existe un mecanismo etiológico único sobre el origen de este trastorno (Rodríguez-Testal et al., 2020) y han sido muchas las hipótesis y modelos propuestos para explicar este fenómeno.

Las teorías más antiguas son las biologicistas. Entre ellas, se encuentran las hipótesis genéticas, que sostienen que la esquizofrenia es transmitida hereditariamente, debido a que la prevalencia aumenta conforme lo hace el parentesco. Actualmente se cree que existen combinaciones genéticas que predisponen a la persona y que, en interacción con el ambiente, darían como resultado cierta sintomatología (Rodríguez-Testal et al., 2020, Godoy et al., 2014)). Como el modelo de vulnerabilidad-estrés, que supone una propuesta integradora que considera que cada persona tiene una predisposición a desarrollar un episodio esquizofrénico y si los acontecimientos internos o externos superan el grado de estrés tolerable, dicho episodio, se puede desarrollar.

Dentro de las teorías biologicistas también se encuentran las hipótesis de alteraciones bioquímicas, como son las de los neurotransmisores y los neuromoduladores, especialmente la hipótesis de la dopamina y la del glutamato (Jauhar et al., 2022; Godoy et al., 2014).

La hipótesis de la dopamina se remonta a hace más de 50 años. Se fue desarrollando hasta apostar por una mayor capacidad de síntesis de la dopamina debido a un aumento de sus receptores, sobre todo, los D2. Esto explicaría la sintomatología positiva por la hiperfunción dopaminérgica subcortical; y sintomatología frontal y negativa, debido a un déficit cortical.

Pero por sí sola no explicaría toda la complejidad de la esquizofrenia (Jauhar et al., 2022; Godoy et al., 2014; Laurelle et al., 2003; y Obiols y Carulla, 2000).

La hipótesis del glutamato postula que los síntomas se dan por una hipotransmisión glutamatérgica de los receptores NMDA. Esta afectaría a la actividad de la dopamina y a la relación de zonas corticales y subcorticales. También conllevaría cierta excitotoxicidad, causante del deterioro cognitivo asociado. Esto propiciaría síntomas positivos, negativos, cognitivos y afectivos (Jauhar et al., 2022; Godoy et al., 2014; Saiz et al., 2010).

Otra hipótesis biologicista muy interesante es la del neurodesarrollo, que ayudaría a explicar las alteraciones anatómicas y fisiológicas cerebrales. El proceso patológico ocurriría por un desarrollo anómalo que empezaría en el segundo trimestre del embarazo. Se alteraría la migración y diferenciación neuronal, la proliferación axonal y dendrítica, los procesos de reducción o apoptosis neuronal y la poda sináptica (Jauhar et al., 2022; Godoy et al., 2014; Saiz et al., 2010; Ashe, et al., 2001). Según Read et al. (2005), los acontecimientos traumáticos en el momento del desarrollo cerebral están relacionados con anomalías anatómicas y fisiológicas e influyen en los síntomas principales.

Para acabar con las hipótesis biologicistas, también se apuesta por hipótesis víricas, donde la causa podría ser una exposición a agentes infecciosos (Godoy et al., 2014).

Estas hipótesis explicarían la afectación observada en la estructura y funcionamiento cerebral de la esquizofrenia. Aunque se observa mucha variabilidad en la neuroimagen, en líneas generales el cerebro de las personas con esquizofrenia se caracteriza por un aumento del volumen ventricular lateral, lo que se traduce como una disminución del volumen cerebral y de sustancia gris. Esto se observa desde las primeras fases del trastorno. Sobre todo, se observa en el córtex prefrontal y temporal, así como zonas del sistema límbico (hipocampo, amígdala, circunvolución parahipocampal, giro temporal superior) y el tálamo (núcleo caudado, putamen y pálido). Con respecto a la hipófisis, se observa que es de mayor tamaño

lo que supone mayor activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (Jauhar et al., 2022; Saiz et al., 2010; y Obiols y Carulla, 2000).

Aparte de las hipótesis biologicistas, existen otras explicaciones más psicosociales. Aunque son interesantes, y pueden ayudar a explicar la sintomatología, parece que no tienen rigor para las causas. Entre ellas se encuentran las teorías familiares, que consideran el entorno familiar como factor etiopatogénico del trastorno, sobre todo, aquel que es crítico, hostil y sobreprotector (Ortiz et al., 2011). También están las teorías socioculturales, entre las que destaca la antipsiquiatría, que defiende la idea de que la locura es una forma natural de enfrentarse a una patología social. En esta misma línea, postulan que existe una profecía autocumplida en el diagnóstico de esquizofrenia y que liberándose del peso social e institucional es como se podrán tratar los síntomas reales (Rendueles, 2016; y Ortiz et al., 2011).

El tratamiento de la esquizofrenia tiene como objetivos el control de los síntomas y la rehabilitación de los déficits neuropsicológicos. Existen dos tipos principalmente: el farmacológico y el psicológico/psicosocial.

Los tratamientos farmacológicos de elección son los antipsicóticos, que bloquean la familia de receptores postsinápticos de la dopamina D2. Los fármacos antipsicóticos han ido evolucionando con el tiempo. Primero se desarrollaron los de primera generación (clorpromazina, haloperidol, tioridazina, tiotixeno, trifluoperazina). Estos fármacos reducen la sintomatología, sobre todo, la positiva y en parte la negativa y mejoran el funcionamiento social. No obstante, hay elevada resistencia al tratamiento. Además, conllevan muchos efectos secundarios, como letargo, sedación, aumento de peso, disfunción sexual y síntomas extrapiramidales agudos (trastornos del movimiento, como parkinsonismo, reacciones distónicas agudas, acatisia, distonía y discinesia tardía, llegando a poner en riesgo la vida). En 1988 se descubrió la utilidad de la clozapina y se desarrollaron los antipsicóticos de segunda

generación o atípicos (clozapina, olanzapina, quetiapina y risperidona). Estos producen mayor mejoría y son eficaces en pacientes más resistentes al tratamiento. Posteriormente se desarrollan los de tercera generación, como el aripiprazol. Ambos son más indicados, ya que a pesar de que presentan ciertos efectos secundarios, como el aumento de peso o el síndrome metabólico (hipercolesterolemia y diabetes), el resto de efectos causados por los antipsicóticos de primera generación no están tan presentes o no son tan graves (Jauhar et al., 2022; Rodríguez-Testal et al., 2020; Godoy et al., 2014; National Institute for Health and Care for Mental Health [NICE], 2014).

Los tratamientos psicológicos o psicosociales son la otra opción para el tratamiento de la esquizofrenia. La división 12 de la Asociación Estadounidense de Psicología (APA, 2022) recoge los tratamientos con mayor evidencia. Con un fuerte apoyo de la investigación están: el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC), la rehabilitación cognitiva, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), la psicoeducación familiar, el programa de aprendizaje social o economía de fichas, el entrenamiento en habilidades sociales y el empleo con apoyo, todos ellos específicos para la esquizofrenia. Otros tratamientos con modesto apoyo por la investigación son el manejo y recuperación de la enfermedad y el entrenamiento en adaptación cognitiva. El NICE (2014) considera que los tratamientos psicológicos deben incluir la mejora de los síntomas y tratar la vulnerabilidad.

Por un lado, se recomienda un tratamiento combinado (farmacológico y psicológico) (Godoy et al., 2014). Hay autores que hablan de la importancia del tratamiento farmacológico en las diferentes fases o momentos de una persona con cuadro esquizofrénico, recomendando la medicación desde el primer episodio (Pringsheim, et al., 2017). No obstante, cada vez hay más evidencia de que se puede prescindir de la farmacología a largo plazo y apostar por las intervenciones psicológicas únicamente (NICE, 2014; Harrow et al., 2012, Morrison et al.,

2012). En lo que sí que hay consenso es que cuanto más temprana sea la intervención, mejor pronóstico se esperará (Rodríguez-Testal, 2020).

Por todo lo expuesto hasta ahora, la esquizofrenia es un trastorno que tiene consecuencias negativas en muchas áreas de la vida, como se indica en el Criterio B del DSM-V (APA, 2014). Por un lado, interfiere en el área profesional, ya que se observan muchas interrupciones en la carrera, siendo afectado tanto el rendimiento académico como el laboral. Además, existe una alta tasa de pérdida de empleo en el primer año de contrato, gran inseguridad laboral y una falta de oportunidades laborales (Chafi, et al., 2020; NICE. 2014). También se observa un deterioro en el funcionamiento social, de modo que las personas diagnosticadas de este trastorno tienden a un mayor retraimiento, evitación y aislamiento social. Esta afectación social se empieza a observar en algunos casos desde fases premórbidas (Dziwota et al., 2018). Todas estas dificultades se relacionan con la sintomatología, pero también con el estigma y la discriminación asociadas a este trastorno (Chafi, et al., 2020; NICE. 2014). Tanto los problemas a nivel laboral como social conllevan un mayor índice de pobreza, así como consecuencias negativas en la salud tanto física como mental (NICE, 2014).

Otro ámbito que se ve afectado en este trastorno tiene que ver con un área más individual. Esta patología se asocia con una falta de autonomía en el cuidado personal y en la realización de actividades de la vida diaria, así como estilos de vida poco saludables, con abuso de sustancias y mala alimentación (APA, 2014). En muchas ocasiones la familia juega un papel muy importante a la hora de atender necesidades y suplir carencias. En este sentido, llevan mucha carga en el acompañamiento diario de la vida cotidiana, en la medicación y en la rehabilitación o tratamiento (Khankeh et al., 2011). La carga que acarrear las familias supone consecuencias negativas a nivel económico, en el desarrollo de actividades de la vida

diaria, el ocio y la interacción (Khatoon et al., 2021). Además, el estigma que conlleva la patología también afecta a las relaciones familiares (OMS, 2022).

Tanto la sintomatología como las afectaciones en las diferentes áreas de la vida generan en las personas que padecen esquizofrenia una calidad de vida significativamente baja. Y se ha estudiado que, a peor calidad de vida, mayor probabilidad de recaída. (He et al., 2022; Pinho et al., 2017). La esperanza de vida en la esquizofrenia se ha observado que es de entre 10 y 25 años más corta que la de la población general, aunque esta diferencia va disminuyendo conforme avanza la edad. (Munk et al., 2014). Los factores que se asocian con la mortalidad precoz son la presencia de enfermedades físicas, los efectos secundarios de los antipsicóticos, el estilo de vida poco saludable y el alto riesgo de suicidio y accidentes (Laursen et al., 2012). La tasa de suicidio en personas con esquizofrenia oscila entre el 4% y el 13%, y los intentos de suicidio varían entre el 18% y el 55% (Sher y Kahn, 2019). El riesgo es especialmente alto en las recaídas crónicas y los primeros meses de alta hospitalaria (Comendador et al., 2023). Con todo lo descrito, la esquizofrenia supone gran interferencia y tiene muchas implicaciones en el desarrollo de la vida cotidiana de las personas que la padecen.

Un área muy importante en la vida es la sexualidad y es inherente a todos los seres humanos (EMAIZE y Asociación Ayalesa de familiares y personas con enfermedad mental [ASASAM], 2021). A pesar de la importancia de la sexualidad, es un tema poco atendido en la vida de las personas, en general, y menos aún en las personas con un TMG. La estigmatización y el prejuicio social que acarrea el TMG es muy significativa y peyorativa y afectan negativamente al desarrollo y calidad de la vida sexual de este colectivo. En muchas ocasiones la actitud del entorno, respecto a la vida sexual de las personas con TMG, es desde el proteccionismo, la condena, el miedo o la censura (Martino, 2019). Por otro lado, existen muchos mitos respecto a la sexualidad de las personas con TMG, como, por ejemplo: que no

tienen deseos o no son deseables eróticamente. Con todo ello se invisibilizan y vulneran las necesidades sexuales, eróticas y reproductivas (EMAIZE y ASASAM, 2021). Es importante promover una vida sexual satisfactoria, ya que es uno de los componentes que más influye en la calidad de vida de las personas (Drake y Whitley, 2018)

En el caso de la esquizofrenia, la inmensa mayoría de los pacientes relatan una falta de información y educación sexual. También manifiestan una pérdida de la actividad sexual después de la aparición del trastorno en ambos sexos y en mujeres, concretamente, también se ve reducida la actividad previa al diagnóstico (Salvador-Carrulla et al., 1993). Se ha observado que existe una alta prevalencia de disfunción sexual en pacientes con esquizofrenia: entre el 30 y el 82% en ambos sexos, con afectación en todos los dominios del funcionamiento sexual. Esta prevalencia es mayor que en la población general (Dumonatu et al., 2020; Zaho et al., 2020; Niccolai et al., 2006). Además, el inicio de las disfunciones sexuales es más precoz que en otras poblaciones no clínicas, debido al trastorno y al tratamiento. En este sentido, se ha observado que los antipsicóticos también tienen una afectación a nivel sexual, como las anomalías menstruales, galactorrea y disfunción sexual. Y se ha concluido que el riesgo de disfunciones sexuales aumenta con el uso del tratamiento farmacológico (Dumontaud et al., 2020; NICE, 2014).

Por lo tanto, conociendo en profundidad el trastorno de la esquizofrenia y viendo las afectaciones que tiene para la vida, en general, y para la sexualidad, en particular, se ve necesaria la realización de una revisión para poder responder a algunas cuestiones. ¿Cuál es nivel de satisfacción sexual de las personas que viven con el diagnóstico de esquizofrenia? Mujeres y hombres, ¿tienen la misma satisfacción a nivel sexual? En relación a población no clínica, ¿existen diferencias? Y, ¿en relación a otros diagnósticos de trastorno mental? ¿Qué variables pueden estar relacionadas con la satisfacción sexual en las personas con esquizofrenia?

El objetivo general de este trabajo consiste en analizar la evidencia disponible de los últimos 5 años sobre el nivel de satisfacción sexual de las personas que tienen un diagnóstico de esquizofrenia. Los objetivos específicos son: 1) conocer el grado de satisfacción sexual de hombres y mujeres con diagnóstico de esquizofrenia y las diferencias que existen en relación al género. 2) Conocer si existen diferencias entre las personas con esquizofrenia y personas con otro trastorno o sin trastorno en el grado de satisfacción sexual. 3) Conocer si existen variables que influyen en la satisfacción sexual de las personas con diagnóstico de esquizofrenia.

MÉTODO

Se ha realizado una revisión siguiendo los criterios de la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analyses) (Page et al., 2021).

Los criterios de inclusión para la búsqueda y selección de los artículos fueron: 1) artículo científico (estudios empíricos o experimentales), 2) población objeto, personas con diagnóstico de esquizofrenia, 3) estudio de la satisfacción sexual o insatisfacción sexual, 4) en población de cualquier edad, 5) idioma en inglés, español o catalán, 6) artículos publicados entre los años 2019-2023 y 7) acceso a texto completo gratuito. En la misma línea, los criterios de exclusión fueron: 1) estudios de caso, revisiones sistemáticas, tesis, comentarios, capítulos de libro, 2) la población objeto con otro diagnóstico que no fuera esquizofrenia, 3) en otro idioma que no sea inglés, español o catalán, 4) artículos previos a 2019 y 5) sin acceso a texto completo gratuito en línea.

Para la identificación de los estudios se utilizó, en primer lugar, ProQuest, que incluye las bases de datos de la Asociación Americana de Psicología, Health and Medical Collection y Psychology Database. En segundo lugar, se utilizó Pubmed, que es el servicio de la National Library of Medicine que da acceso a MEDLINE. En tercer lugar, se utilizó

SCOPUS. También se buscó en la biblioteca de la Universitat Jaume I (UJI), Dialnet y Google Academic.

Para realizar una búsqueda ajustada a los objetivos del trabajo, se eligieron unas palabras clave. Para el término esquizofrenia se utilizaron las siguientes: “*schizophrenia*”, “*people with schizophrenia*”, “*patients with schizophrenia*” y “*schizophrenic patients*”. Para buscar el término de satisfacción sexual se utilizó “*sexual satisfaction*”. El operador booleano utilizado para la combinación de las dos palabras clave fue *AND*. Se realizaron búsquedas paralelas en cada base de datos con las siguientes combinaciones: “*schizophrenia*” *AND* “*sexual satisfaction*”; “*people with schizophrenia*” *AND* “*sexual satisfaction*”; “*patients with schizophrenia*” *AND* “*sexual satisfaction*”; “*schizophrenic patients*” *AND* “*sexual satisfaction*”.

Para el posterior estudio de los datos se han realizado tres tablas de datos. En la primera se ha seleccionado información general del estudio (autores, país, año de publicación, financiación, idioma, base de datos y tipo de diseño). En la segunda, se han reflejado datos sobre las muestras de cada estudio (tamaño de la muestra, grupos estudiados, género, edad, rango de edad, condiciones o criterio de inclusión para la muestra, procedencia, situación laboral, situación sentimental, media de años del diagnóstico, edad de inicio del trastorno y si reciben o no tratamiento y de qué tipo). Por último, se ha elaborado una tabla con los datos específicos sobre los principales resultados del artículo, incluyendo los instrumentos para medir la satisfacción sexual y las dimensiones de los mismos, el tipo de análisis estadístico, la puntuación global de la satisfacción sexual en los pacientes de esquizofrenia, la comparación de la satisfacción sexual con otros trastornos o con población no clínica, las diferencias en cuanto al género y otras variables que se han estudiado en relación a la satisfacción sexual, como datos sociodemográficos, problemas o disfunción sexual y sintomatología, entre otras.

Todo este proceso de selección y recopilación de los datos ha sido realizado por una revisora. En la presente revisión no se ha realizado la medida del efecto ni la evaluación del sesgo de las publicaciones ni de la certeza de la evidencia.

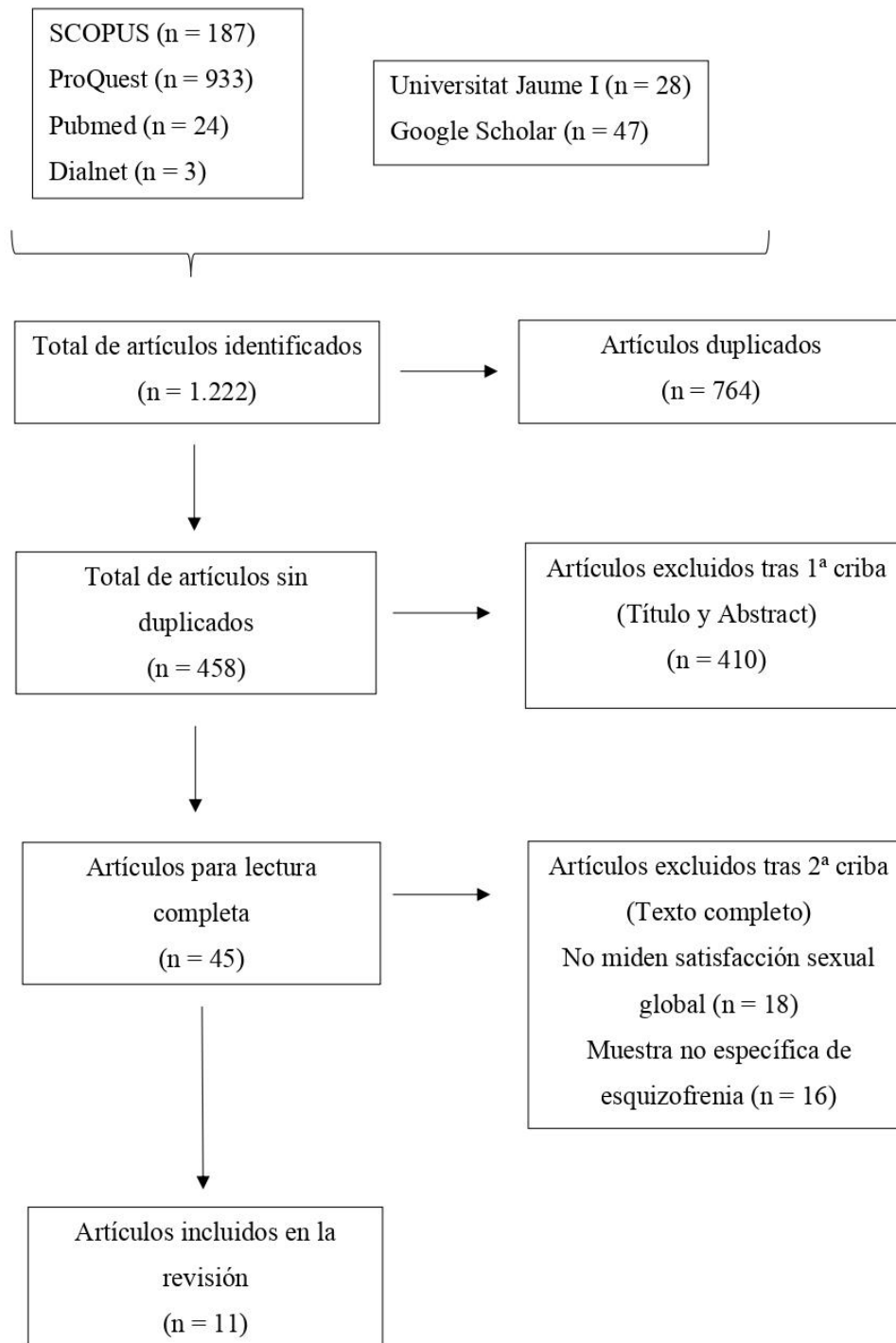
RESULTADOS

En la Figura 1 se muestra el diagrama de flujo de la búsqueda de los artículos. En la búsqueda realizada se encontraron un total de 1.222 estudios. Para la combinación de “schizophrenia” AND “sexual satisfaction” se encontraron un total de 384 estudios; para “people with schizophrenia” AND “sexual satisfaction”, 224; para “patients with schizophrenia” AND “sexual satisfaction”, 245; y para “schizophrenic patients” AND “sexual satisfaction”, 96.

Tras realizar la eliminación de las publicaciones duplicadas (N= 764), el número total de artículos quedó en 458. Tras una primera criba en la que se revisaron los títulos y resúmenes, se excluyeron 410 publicaciones por los siguientes motivos: 5 eran revisiones sistemáticas, 153 analizaban otros trastornos, como el trastorno bipolar y 252 analizaban otras variables que no eran satisfacción sexual, algunas medían la calidad de vida o la satisfacción con la vida, otras, satisfacción con otras áreas y otras analizaban otro tipo de variables, como hospitalización o tratamiento. Se realizó una segunda criba, en la que se revisó el texto completo de las 45 publicaciones que quedaron, y de ésta se eliminaron 34 artículos (18 por medir variables que no tenían una escala de satisfacción global de la sexualidad o que medían la satisfacción con el orgasmo; y 16 por estudiar la muestra de esquizofrenia junto con otros trastornos sin diferenciar los resultados para los sujetos con esquizofrenia). Con todo ello, finalmente se han seleccionado un total de 11 artículos para la revisión que cumplían con los criterios de elegibilidad.

Figura 1

Diagrama de flujo de la búsqueda de artículos



Como se puede observar en la Tabla 1, de los 11 estudios seleccionados, 3 (27,3%) han sido encontrados en tres bases de datos Proquest, Pubmed y Scopus, otros 3 (27,3%) en Pubmed y Scopus, 2 (18,2%) en Proquest y Pubmed, 2 (18,2%) en la Biblioteca de la Universitat Jaume I y 1 (9%) en Proquest y Scopus. De los y las autoras de los artículos, destacar que dos de los estudios son realizados por el mismo equipo de investigación Silvia Aggarwal et al. en dos años consecutivos (2019 y 2020).

Las investigaciones están realizadas entre 2019 y 2023, siendo el año con mayor número de publicaciones el 2020 y el que menos el 2023, en el que no se ha seleccionado ningún estudio. La distribución de los artículos por años se distribuye de la siguiente manera: el 27,3% (N=3) están publicados en 2019, el 45,5% (N=5) son del 2020, el 9% (N=1) es del 2021 y el 18,2% es del 2022.

Las publicaciones son procedentes de diferentes países de todos los continentes, exceptuando Oceanía. El país más representado es India, con un 36,4% de los estudios (N=4) y el continente con mayor variedad de países de los estudios seleccionados es Europa, con publicaciones de Estado Español (N=1), Finlandia (N=1) e Italia (N=1).

Más de la mitad de los estudios han sido financiados por universidades (54,5%; N=6), en el 36,4% (N=4) han participado institutos o colegios de profesionales y en un 27,3% (N=3) han colaborado también hospitales.

Todos los estudios son de tipo transversal y hay un estudio que añade análisis descriptivo analítico (Abdelatti, et al., 2020), otro que se ha realizado en modalidad online (Tandon et al., 2020) y uno que es de corte naturalístico, no controlado frente al resto que sí que lo son (Martínez-Giner et al., 2022).

Tabla 1*Información general de los estudios seleccionados*

NA	Autores	País	Año	Financiación	Idioma	Base de datos	Diseño
1	Aggarwal, Shivali et al.	India	2019	Institute of Medical Education and Research	Inglés	Proquest/Pubmed/ Scopus	Estudio transversal
2	Kazour, Francois et al.	Líbano	2019	Hospital Psiquiátrico de la Cruz	Inglés	Pubmed/Scopus	Estudio transversal
3	Ravichandran, Dhananjayan et al.	India	2019	Hervey Bay and Mayborough Hospitals, Christian Medical College	Inglés	Proquest/Pubmed	Estudio transversal
4	Aggarwal, Shivali et al.	India	2020	Institute of Medical Education and Research	Inglés	UJI	Estudio transversal
5	Kantipudi, Suvarna et al.	India	2020	Institute of Higher Education and Research	Inglés	UJI	Estudio transversal
6	Abdelatti, Sameh et al.	Egipto	2020	Al-Azhar University	Inglés	Proquest/Scopus	Descriptivo analítico- transversal
7	Werkkala, Camila et al.	Finlandia	2020	University of Truku	Inglés	Proquest/Pubmed/ Scopus	Estudio transversal
8	Tandon, Ravij et al.	USA	2020	Western Michigan University	Inglés	Proquest/Pubmed/ Scopus	Estudio transversal online
9	Adesola, Adekunle y Oladeji, Bibilola	Nigeria	2021	University College Hospital Ibadan	Inglés	Pubmed/Scopus	Estudio transversal
10	Martínez-Giner, Gema et al.	Estado Español	2022	Universidad de Valencia	Inglés	Pubmed/Scopus	Estudio transversal naturalístico
11	Barchielli, Benedetta et al.	Italia	2022	University of Rome	Inglés	Proquest/Pubmed	Estudio transversal

Nota. NA = Numeración del artículo; UJI = Biblioteca de la Universitat Jaume I

Las características de la muestra para cada uno de los estudios se presentan en la Tabla 2. Cabe destacar que dos de los estudios están realizados por el mismo equipo de investigación (Aggarwal et al., 2020; 2019). En el primero se evalúa la satisfacción sexual de los pacientes de esquizofrenia, evaluándola desde una dimensión individual y otra relacional, comparándola con pacientes de Trastorno Depresivo Recurrente y analizando la relación con otras variables. En cambio, en la segunda, se incluyen también a los cónyuges, analizando la satisfacción desde una perspectiva relacional y evaluando también el grado de incompatibilidad en la pareja.

El número de participantes oscila entre 47 del estudio de Werkkala et al. (2020) a 432 del estudio de Tandon et al. (2020). De toda la selección, 4 estudios tienen una muestra menor a 100 (36,4%), otros 4 estudios tienen una muestra entre 100 y 200 participantes (36,4%), la muestra de 2 estudios oscila entre 100 y 200 personas (18,2%) y un estudio tiene una muestra mayor a 400 (9%).

En las publicaciones se ha estudiado a los pacientes que cumplían con un diagnóstico de esquizofrenia y, además, en algunos casos, se ha comparado con otros grupos. En el artículo de Kazour et al. (2019) se realiza una diferenciación entre los pacientes con esquizofrenia que tienen una actividad sexual, entendida como masturbación y los que no tienen actividad sexual. Después hay 2 estudios que realizan una comparación entre pacientes con esquizofrenia y grupo control no clínico, 5 estudios que comparan los pacientes con esquizofrenia con otros trastornos mentales (Trastorno Depresivo, Trastorno Depresivo Recurrente, Trastorno Bipolar, Trastorno de Ansiedad, Trastorno Esquizoafectivo y Otros no especificados) y 1 estudio que lo compara con otras patologías médicas no mentales (Abdelati et al., 2020).

En relación con el género, la mayoría de los estudios (72,8%; N=8) incluyen a hombres y a mujeres. De los restantes, los participantes de 2 estudios (18,2%) son hombres y

tan solo en el estudio de Kantipudi et al. (2020) la muestra es exclusivamente de mujeres. De entre los estudios que incluyen ambos grupos, se observa que el 62,5% (N=5) tienen más población de mujeres, el 25% (N=2) tiene más población de hombres y 1 estudio (12,5%) tiene la misma proporción de hombres que de mujeres (Kazour et al., 2019).

En todos los estudios era requisito que la población tuviera más de 18 años, pero, además, en 5 de las publicaciones incluyen un rango de edad, que varía en función del estudio. En estos, además de ser mayores de 18 años tienen que tener como máximo entre 45 y 65 años. La media de edad de los pacientes oscila entre 31,09 años (Ravichandran et al., 2019) y 46,28 años (Barchielli et al., 2022). En la publicación de Kazour et al. (2019) no se establece una edad media de la muestra, si no que se realiza una distribución por rangos, no obstante, el porcentaje más alto de participantes (45%) se encuentra en el rango de 35 a 50 años, coincidiendo con las medias de edad del resto de los artículos.

Las condiciones para formar parte de la muestra son variadas entre los diferentes estudios, no obstante, hay algunos criterios comunes. Hay condiciones de la muestra relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento de la esquizofrenia. Para 2 de los estudios es requisito que los pacientes tengan el diagnóstico desde hace un año como mínimo, para 3 de los estudios es necesario que estén en régimen de hospitalización, para 1 estudio es necesario que estén sin tratamiento farmacológico (Ravichandran et al., 2019), para otro sin medicación con efectos secundarios de tipo sexual (Abdelatti et al., 2020) y para otro que reciban medicación con efectos secundarios (Tandon et al., 2020). Hay algunos artículos que añaden cuestiones relacionadas con la pareja, por ejemplo, para 3 estudios es necesario que estén más de un año de matrimonio y en 1 que convivan en pareja (Abdelatti et al., 2020). Para el estudio de mujeres de Kantipudi et al. (2020) es requisito que no estuvieran embarazadas. Además, hay dos condiciones que han sido las que más presentes se encuentran en los estudios, por un lado, que la patología esté estable y en remisión ha sido condición para 5 de

los estudios y, por otro lado, que no tuvieran otra patología ha sido criterio de inclusión para 7 de las publicaciones.

Respecto al país de procedencia todos los estudios han contado con población residente del país, excepto el de Tandon et al. (2020) debido a que se ha realizado en modalidad online, en el cual han participado personas procedentes de Estados Unidos de América, Canadá, Australia, Estado Español, Italia, Noruega y Dinamarca.

En 9 de los estudios se ha analizado la situación laboral de los participantes. En 4 de ellos se ha observado mayor proporción de desempleados que de empleados, en 2 de ellos existe mayor número de empleados y en el estudio de Barchielli et al. (2022) se observa que en hombres hay mayor proporción de empleados y en mujeres se igualan ambas condiciones. Además, hay 2 estudios que estudian la situación laboral de forma más desgranada (Martínez-Giner et al., 2022; Tandon et al., 2020).

Todos los estudios excepto el de Werkkala et al. (2020) han analizado la situación sentimental de los participantes. En 4 estudios el 100% de la muestra estaba casada o en pareja. 2 de los estudios han comparado la muestra en pareja y soltera y en ambos hay mayor número de solteros que de personas en pareja (Martínez-Giner et al., 2022; Ravichandran et al., 2019). Hay 3 estudios que han diferenciado entre personas que estaban en pareja o casadas, solteras y divorciadas y la prevalencia de personas solteras es mayor. Los estudios de Aggarwal et al. (2019 y 2020) y de Ravichandran et al. (2019) describen la media de años de la relación de pareja. Además, el último incluye el porcentaje que han tenido solo una pareja sentimental a lo largo de su vida.

Tabla 2

Características de las muestras de los estudios

NA	N	Grupos	Género	Edad media/ Rango	Condiciones de la muestra	País	Situación Laboral	Situación Sentimental	Años Diagnóstico	Edad Inicio	Tratamiento
1	134	<i>Esqui.</i> 56,72% (N=76) <i>Trastorno Depresivo Recurrente</i> 43,28% (N=58)	<i>Esqui. Hombres</i> 44,7% (N= 34) <i>Mujeres</i> 55,3% (N=42)	M=40,86 (DT=8,43) (27-62)	>1 año de diagnóstico Estables y en remisión Sin enfermedad física o trastorno psiquiátrico. > 1 año casados	India	<i>Esqui. Empleados</i> 44,7% (N=34) <i>Desempleados</i> 55,3% (N=42)	<i>Casados</i> 100% M=20,75 (DT=9,04)	M=10,76 (DT=8,28) (1-36)	M=29,83 (DT=8,53) (18-60)	<i>Fármaco</i> M=9,10 (DT=7,39) (1-36)
2	60	<i>Actividad sexual</i> 45% (N=27) <i>Sin actividad sexual</i> 55% (N=33)	<i>Hombres</i> 50% (N=30) <i>Mujeres</i> 50% (N=30)	25-35 20% (N=12) 35-50 45% (N= 27) >50 35% (N=21) (25-60)	> 1 año de hospitalización.	Líbano	NI	<i>Casados</i> 21,7% (N=13) <i>Solteros</i> 75% (N=45) <i>Divorciados</i> 40% (N=24)	NI	NI	<i>Hospital.</i>
3	100	-	<i>Hombres</i> 100%	M=31,09 (DT=8,43) (18-60)	Pacientes ambulatorios y hospitalizados. ≥ 6 meses sin medicación. Sin otros trastornos	India	<i>Empleados</i> 88% (N=88) <i>Desempleados</i> 22% (N=22)	<i>Pareja</i> 42% (N=42) M=11.61 <i>Solteros</i> (DT=7,95) 58% (N=58) <i>UPS</i> 69% (N=69)	M= 2,77 (DT=4,12)	M= 28,27 (DT=7,59)	≥ 6 meses sin tratamiento 100% (N=100)

NA	N	Grupos	Género	Edad media/ Rango	Condiciones de la muestra	País	Situación Laboral	Situación Sentimental	Años Diagnóstico	Edad Inicio	Tratamiento
4	268	<i>Esqui.</i> 28,36% (N=76) <i>Pareja de Esqui.</i> 28,36% (N=76) <i>TDR</i> 21,64% (N=58) <i>Pareja de TDR</i> 21,64% (N=58)	<i>Esqui.</i> <i>Hombres</i> 44,7% (N= 34) <i>Mujeres</i> 55,3% (N=42) M	M=40,86 (DT=8,43) (27-62)	>1 año de diagnóstico. Estables y en remisión Sin enfermedad física o trastorno psiquiátrico. > 1 año casados	India	<i>Esqui.</i> <i>Empleados</i> 44,7% (N=34) <i>Desempleados</i> 55,3% (N=42)	<i>Casados</i> 100% M=20,75 (DT=9,04)	M=10,76 (DT=8,28) (1-36)	M=29,83 (DT=8,53) (18-60)	<i>Fármaco</i> M=9,10 (DT=7,39) (1-36)
5	56	<i>Esqui.</i> 53,57% (N=30) <i>Sin esqui.</i> 46,43% (N=26)	<i>Mujeres</i> 100%	M=34,40 (DT=6,40) (18-45)	> 1 año de matrimonio heterosexual. Sin otro trastorno No embarazo	India	<i>Empleadas</i> 33,3% (N=10) <i>Desempleadas</i> 66,7% (N=20)	<i>Casadas</i> 100%	NI	M=28,56 (DT=6,55)	NI
6	180	<i>Psiquiátricos</i> 44,44% (N=80) [<i>Esqui.</i> 25% (N=20)] <i>Patologías</i> <i>médicas</i> 55,56% (N=100)	<i>Hombres</i> 100%	<i>Psiquiátricos</i> M= 43,30 (DT=7,73) 29-57	Convivencia en pareja. Sin otra patología. Sin medicación con efectos secundarios sexuales.	Egipto	<i>Psiquiátricos</i> <i>Empleados</i> 48,75% (N=39) <i>Desempleados</i> 51,25% (N=41)	<i>Casados</i> 100%	NI	NI	Sin medicación
7	47	-	<i>Hombres</i> 42,6% (N=20) <i>Mujeres</i> 57,4% (N=27)	M=41,1 (DT=12,17) (23-69)	Diagnosticados con CIE-10	Finlandia	NI	NI	NI	NI	NI

NA	N	Grupos	Género	Edad media/ Rango	Condiciones de la muestra	País	Situación Laboral	Situación Sentimental	Años Diagnóstico	Edad Inicio	Tratamiento
8	432	-	<i>Hombres</i> 45,83% (N=198) <i>Mujeres</i> 54,17 (N=234)	M=37,9 (DT=11,0) (18-66)	> 1 mes estables Efectos secundarios de antipsicóticos. Acceso a ordenador	<i>EEUU</i> 41,4% (N=180) <i>Canadá</i> 22,8% (N=99) <i>Australia</i> 6,4% (N=28) <i>España</i> 5,1% (N=22) <i>Italia</i> 20,7% (N=90) <i>Noruega</i> 1,8% (N=8) <i>Dinamarca</i> 1,8% (N=8)	<i>Empleados</i> 39,8% (N=173) <i>Amas de casa</i> 14,9% (N=65) <i>Estudiantes</i> 5,5% (N=24) <i>Desempleados</i> 16,6% (N=92) <i>Discapacidad</i> 20% (N=87) <i>Retirados</i> 3,2% (N=14)	<i>Convivencia</i> <i>Pareja</i> 48,7% (N=212) <i>Solos</i> 16,1% (N=70) <i>Otras personas</i> 35,2% (N=150)	< 1 año 23,7% (N=103) 1-5 años 48,3 (N=210) 5-10 años 17% (N=74) >10 años 11% (N=48)	NI	≤ 1 año de fármaco
9	238	<i>T. Depresivo</i> 13% (N=31) <i>T. Bipolar</i> 16,8% (N=40) <i>Esqui.</i> 61,3% (N=146) <i>Otros</i> 8,8% (N=21)	<i>Hombres</i> 60,5% (N=144) <i>Mujeres</i> 39,5% (N=94)	M=35,71 (DT=9,53) (18-60)	En remisión parcial o total. Sin otra sintomatología cognitiva aguda.	Nigeria	<i>Empleados</i> 66,4% (N=158) <i>Desempleados</i> 33,6% (N=80)	<i>Casados</i> 38,7% (N=92) <i>Solteros</i> 55% (N=131) <i>Divorciados</i> 6,3% (N=15)	< 1 año 61,3% (N= 146) 1-3 años 24,8% (N=59) > 5 años 13,9% (N=33)	< 18 años 21,4% (N=51) >18 años 78,6% (N=187)	<i>Fármaco</i> < 5 años 54,2% (N=129) 6-10 años 26,5% (N=63) > 10 años 19,3% (N=46)

NA	N	Grupos	Género	Edad media/ Rango	Condiciones de la muestra	País	Situación Laboral	Situación Sentimental	Años Diagnóstico	Edad Inicio	Tratamiento
10	131	<i>Esqui.</i> 67,9% (N=89) <i>T. esquizoafect.</i> 16,8% (N=22) TB 9,2% (N=12) <i>Otros</i> 6,1% (N=8)	<i>Hombres</i> 68,7% (N=90) <i>Mujeres</i> 31,3% (N=41)	M=44,8 (DT=11,1)	Tratamiento de antipsicóticos inyectables de acción prolongada. Clínicamente estables	España	<i>Empleados</i> 13% (N=17) <i>Desempleados</i> 22,9% (N=30) <i>Incapacitados</i> 63,4% (N=83) <i>Jubilados</i> 0,8% (N=1)	<i>Pareja</i> 22,3% (N=28) <i>Solteros</i> 77,7% (N=103)	M=16,1 (DT=10,9)	NI	<i>Fármacos</i> M=11,9 (DT=10,9)
11	98	<i>Esqui.</i> 46,94% (N=46) <i>Sin esqui.</i> 53,06% (N=52)	<i>ESQUI.</i> <i>Hombres</i> 43,48% (N=20) <i>Mujeres</i> 46,52% (N=26)	M=46,28 (DT=12,3) (20-55)	Hospitalizados entre 2018 y 2019. Sin otras patologías.	Italia	<i>HOMBRES</i> <i>Empleados</i> 70% (N=14) <i>Desempleados</i> 25% (N=5) <i>Incapacitados</i> 5% (N=1) <i>MUJERES</i> <i>Empleadas</i> 50% (N=13) <i>Desempleadas</i> 50% (N=13)	<i>HOMBRES</i> <i>Pareja</i> 10% (N=2) <i>Solteros</i> 85% (N=17) <i>Divorciados</i> 5% (N=1) <i>MUJERES</i> <i>Pareja</i> 34,6% (N=9) <i>Solteras</i> 61,5% (N=16) <i>Divorciadas</i> 4,3% (N=1)	NI	NI	NI

Nota. NA = Numeración del artículo; N = Número de la muestra; Esqui. = Esquizofrenia; Hospital. = Hospitalización; UPS = Solo una pareja sexual en la vida. TDR = Trastorno Depresivo Recurrente; NI = No se recoge información en el estudio.

En relación al diagnóstico se han incluido dos variables, por un lado, la media de años del diagnóstico de esquizofrenia y, por otro, la edad en la que inició dicha patología.

Respecto a la media de años del diagnóstico, hay 6 artículos que incluyen datos que oscilan entre 2,77 hasta 16,1 años. Hay dos artículos que, en vez de utilizar la media, diferencian por rangos, en el de Tandon et al. (2020) los pacientes tienen sobre todo un diagnóstico de 5 a 10 años de media y en el de Adesola et al. (2021) el 61,3% cuenta con un diagnóstico de menos de un año. En relación a la edad de inicio, 5 son los estudios que la describen, en 4 de ellos la media se encuentra entre los 28,27 y los 29,83 años y Adesola et al. (2021) diferencian entre tener un diagnóstico antes o después de los 18 años, siendo el porcentaje mucho mayor para los que lo desarrollan más tarde (78,6%).

Por último, se ha descrito la información relativa al tratamiento recibido por los pacientes. 3 de los estudios no incluyen información relativa a esta variable, de los otros 8 que sí que la incluyen, en 2 de los estudios los pacientes no reciben tratamiento farmacológico y en el estudio de Kazour et al. (2019) el tratamiento es la hospitalización y no especifican si reciben otro tipo de tratamiento aparte. De los 5 estudios restantes, todos los participantes reciben tratamiento farmacológico. Se observa que la edad media de administración es muy variable: en el estudio de Tandon et al. (2020) por menos de un año, en el de Adesola y Bibilola (2021) la mayoría reciben tratamiento por menos de cinco años, en los estudios de Aggarwal et al. (2019 y 2020) la media es de 9,10 años y en el de Martínez-Giner et al. (2022) es de 11,9 años.

En la Tabla 3 se describen los resultados de los estudios individuales. Se han incluido los instrumentos de medida de la satisfacción sexual y sus dimensiones, el tipo de análisis realizado, los principales resultados sobre la satisfacción sexual global de las personas con esquizofrenia y su relación con otras variables moduladoras (comparación con otros grupos, diferencias en función del género y otras variables).

La satisfacción sexual se ha medido de forma muy variable en los estudios. Se ha utilizado la Nueva Escala de Satisfacción Sexual [NESS] (Stulhofer et al., 2010) en el estudio de Aggarwal et al. (2019), el Cuestionario de Comportamiento Sexual [SBQ] (Macdonald et al., 2003) en el estudio de Kazour et al. (2019), el Perfil de mejora de salud finlandés [HIP-F] (Werkkala et al., 2020), Brief Index of Sexual Functioning for Women [BISF-W] (Panzeri et al., 2009) y for Men [BISF-M] (Raoli y Panzeri, 2010) y Sexual Quality of Life-Female [SQoL-F] (Symonds et al., 2007) y Male [SQoL-M] (Abraham et al., 2008) en el estudio de (Barchielli et al., 2022). Hay 3 estudios que utilizan preguntas sobre la sexualidad ad hoc y, además, en el de Tandon et al. (2020) se incluye la dimensión de problemas para disfrutar de las relaciones sexuales de Glasgow Antipsychotic Side-Effect Scale [GASS] (Wadell y Taylor, 2008). Después hay 3 estudios que utilizan el Índice Internacional de Función Eréctil [IIEF] (Rosen et al., 1997) que es para hombres y 2 estudios que emplean el Índice de Funcionamiento Sexual Femenina [FSFI] (Rosen et al., 2000).

En relación a la satisfacción sexual global de las personas con esquizofrenia, en 5 estudios se observa que hay una buena o aceptable satisfacción sexual, en 1 de ellos la muestra era solo de mujeres, donde la media era 3,95 sobre 6 (Kantipudi et al., 2020) y 1 de ellos estudiaba solo la satisfacción en hombres, donde la media era 6 sobre 10 (Ravichandran et al., 2019). No obstante, se encuentran puntuaciones diferentes en el estudio de Abdelati et al. (2020) que utiliza el mismo cuestionario que este último estudio: el 75% de los hombres presentaba una satisfacción sexual anormal. Tanto para hombres como para mujeres, también se observa una satisfacción sexual global baja en el 73,5% de la muestra de Aggarwal et al. (2020). El 53,4% de la muestra de Tandon et al. (2020) manifestaba problemas para disfrutar del sexo. Y, aunque el 64% de la muestra de Werkkala et al. (2020) manifiesta satisfacción sexual, el 67% considera que es una actividad relevante y sobre la que se tiene que actuar. Por último, Kazour et al. (2019) concluye que los pacientes con esquizofrenia que tienen

actividad sexual activa y se masturban tienen una satisfacción mayor de forma significativa que los que no lo hacen.

Si se compara la satisfacción sexual de los pacientes con esquizofrenia y otros grupos se pueden extraer diferentes conclusiones. Por un lado, en comparación con otros pacientes hay 2 estudios que concluyen diferencias y 1 que no. En Aggarwal et al. 2019 se observa que los pacientes con esquizofrenia [Esqui.] presentan puntuaciones menores ($M=65,78$; $DT=23,84$) significativas que los que tienen un Trastorno Depresivo Recurrente [TDR] ($M=74,62$; $DT=20,36$) en satisfacción sexual ($t=2,03$; $p\leq 0,05$) y menores, aunque no significativas, en alta satisfacción sexual (Esqui.: 26,3%; TDR:31%; $\chi^2=0,36$; $p=0,54$) y la incompatibilidad sexual desde el principio de la relación con sus parejas ($\chi^2=0,70$; $p=0,35$).

También se observa en Abdelati et al. (2020) que los pacientes con esquizofrenia presentan menores puntuaciones significativas en satisfacción sexual normal (25%) que los pacientes con Trastorno bipolar (45%), Trastorno depresivo (55%) y Trastorno de ansiedad (70%) ($\chi^2=8,55$; $p=0,035$). No obstante, el estudio de Adesola y Babilola (2021) concluye que no existen diferencias significativas en la satisfacción sexual entre las personas con esquizofrenia, con Trastorno Depresivo, Bipolar u otros. Por otro lado, hay 2 estudios que comparan a pacientes con esquizofrenia con población sin ninguna patología y presentan conclusiones contrarias. Por un lado, el estudio de Barchielli et al. (2022) concluye que la calidad de vida sexual es significativamente mayor para el grupo control ($t=-2,2524$; $p=0,011$) como en mujeres ($t=-2,557$; $p=0,015$), pero que no se dan diferencias en el descontento sexual, ni hombres ($t=-0,348$; $p=0,704$) ni mujeres ($t=0,526$; $p=0,602$). Kantipudi et al. (2020) concluye que las mujeres con esquizofrenia ($M=3,95$; $DT=1,24$) presentan puntuaciones menores que las mujeres sin enfermedad ($M=3,40$; $DT=0,92$) pero que estas no son significativas ($p=0,07$).

Tabla 3

Principales resultados sobre la satisfacción sexual y comparación con otros grupos, en función del género y otras variables

NA	Instrumentos SS	Dimensiones	Análisis	SS Global	Comparación con otros grupos	Género	Otras variables
1	Nueva Escala de Satisfacción Sexual [NESS] (Stulhofer et al., 2010)	I. Centrada en el yo II. Centrada en la pareja y la actividad sexual	<i>t</i> de Student U de Mann-Whitney Chi-cuadrado	<i>Esqui.</i> M=65,78 (DT=23,84) (20-100)	Los pacientes con esquizofrenia puntuaciones significativas menores que los TDR (M=74,62; DT=20,36; [20-100]) (t=2,03; p≤0,05)	NI	Correlación positiva con calidad del matrimonio ($\chi^2=0,4$; p≤0,001) y consenso ($\chi^2=0,41$; p≤0,001), satisfacción ($\chi^2=0,47$; p≤0,001) y cohesión ($\chi^2=0,37$; p≤0,001) del ajuste diádico y negativa con disfunción sexual ($\chi^2=-0,6$; p≤0,001).
2	Cuestionario de Comportamiento Sexual [SBQ] (Macdonald et al., 2003)	Deseo Excitación Rendimiento Satisfacción (Versión para hombres y para mujeres)	Kruskal-Wallis α de Cronbach	AS puntuaciones significativamente mayores que SAS	NI	<i>Hombres</i> AS (M=21,37; DT=8,18) > SAS (M=3,24; DT=0,79) (p<0,001; d=3,11) <i>Mujeres</i> AS (M=19,41; DT=8,77) > SAS (M=4,39; DT=1,49) (p<0,001; d=2,38)	NI
3	Índice Internacional de Función Eréctil [IIEF] (Rosen et al., 1997)	Función Eréctil Función Orgásmica Deseo sexual Satisfacción coito Satisfacción general	Chi-cuadrado <i>t</i> de Student Correlación de Spearman Regresión logística multivariante	M=6 (DT=2,20) (1-10)	NI	-	No correlaciona significativamente con la sintomatología positiva o negativa, con datos sociodemográficos ni con los niveles de testosterona.
4	Entrevista semiestructurada	Compatibilidad sexual Satisfacción con la vida sexual	<i>t</i> de Student U de Mann-Whitney Chi-cuadrado	<i>Baja</i> 73,7% (N=46) <i>Completa</i> 26,3% (N=20)	Los pacientes con esquizofrenia puntuaciones no significativas menores que TDR en completa satisfacción sexual (TDR: 31%; N=18; $\chi^2=0,36$; p=0,54) e incompatibilidad sexual desde el principio ($\chi^2=0,70$; p=0,35)	No diferencias significativas entre hombres y mujeres para ninguna variable.	NI

NA	Instrumentos SS	Dimensiones	Análisis	SS Global	Comparación con otros grupos	Género	Otras variables
5	Índice de Funcionamiento Sexual Femenina [FSFI] (Rosen et al., 2000)	Deseo Excitación Lubricación Orgasmo Satisfacción Dolor Total	<i>t</i> de Student	M=3,95 (DT=1,24)	Las pacientes con esquizofrenia puntuaciones no significativas menores que las mujeres sin enfermedad (M=3,40; DT=0,92; p=0,07)	NI	NI
6	Índice Internacional de Función Eréctil [IIEF] (Rosen et al., 1997)	Función Eréctil Función Orgásmica Deseo sexual Satisfacción coito Satisfacción general	Chi cuadrado	<i>Normal</i> 25% (N=5) <i>Anormal</i> 75% (N=15)	Los pacientes con esquizofrenia puntuaciones significativas menores que el T. bipolar (45%, N=9), T. depresivo (55%, N=11) y T. de ansiedad (70%, N=14) ($\chi^2=8,55$; p=0,035)	NI	NI
7	Perfil de mejora de salud, finlandés [HIP-F] (Werkkala et al., 2020)		Chi cuadrado	Actividad de relevancia y que hay que actuar sobre ella (0,67). Insatisfacción sexual 36% (N=17)	NI	La misma puntuación al considerar que hay que actuar sobre ella (0,67).	NI
8	Preguntas sexualidad <i>ad hoc</i> Glasgow Antipsychotic Side-Effect Scale [GASS] (Wadell y Taylor, 2008)	Activadores Sedantes Otros (problemas para disfrutar de las relaciones sexuales)	Correlación de Spearman Regresión lineal simple y múltiple	Problemas para disfrutar del sexo 53,4% (N=241) <i>Todos los días</i> 11,8% (N=51) <i>Algunas veces</i> 28,2% (N=122) <i>Una vez</i> 13,4% (N=57)	NI	Las mujeres notificaron como efecto secundario problemas para disfrutar de las relaciones sexuales con mayor frecuencia que los hombres.	Problemas para disfrutar del sexo como efecto secundario de la medicación Gravedad del impacto 65,8% (N=282). A nivel emocional: frustrados y avergonzados, embarazosos e insatisfechos. Correlación negativa con la calidad de vida (r=-0,26; p<0,0001) y satisfacción vital.

NA	Instrumentos SS	Dimensiones	Análisis	SS Global	Comparación con otros grupos	Género	Otras variables
9	<p>Índice Internacional de Función Eréctil [IIEF] (Rosen et al., 1997)</p> <hr/> <p>Índice de función sexual femenina [FSFI] (Rosen et al., 2000)</p>	<p>Función Eréctil Función Orgásmica Deseo sexual Satisfacción coito Satisfacción general</p> <hr/> <p>Deseo Excitación Lubricación Orgasmo Satisfacción Dolor Total</p>	<p>Chi-cuadrado F Fisher <i>t</i> de Student independiente Análisis de varianza Correlación de Pearson Regresión lineal para variables continuas</p>	NI	No existen diferencias significativas en la satisfacción sexual entre las personas con esquizofrenia, con Trastorno Depresivo, Trastorno Bipolar u otros.	No existen diferencias significativas en la satisfacción entre los diferentes trastornos ni en hombres ($\chi^2=6,017$; $p=0,111$) ni en mujeres ($F=1,064$; $p=0,368$).	NI
10	Pregunta <i>ad hoc</i> de satisfacción sexual	Escala Likert 0-10	<p>Correlación de Spearman Chi-cuadrado U Mann-Whitney Modelo de regresión logística binaria</p>	<p>M=6 (DT=4,8) <i>Extremadamente bajo</i> 16,8% (N=22), <i>Bajo</i> 13,7% (N=18), <i>Aceptable</i> 44,3% (N=58) <i>Satisfactorio</i> 25,2% (N=33)</p>	NI	<p>HOMBRES M=6 (4-8) <i>Extremadamente bajo</i> 11,1% (N=10) <i>Bajo</i> 16,7% (N=15) <i>Aceptable</i> 45,6% (N=41) <i>Satisfactorio</i> 26,7% (N=24)</p> <p>MUJERES M=5 (1-7) <i>Extremadamente bajo</i> 29,3% (N=12) <i>Bajo</i> 7,3% (N=3) <i>Aceptable</i> 41,5% (N=17) <i>Satisfactorio</i> 22% (N=9)</p>	<p>Puntuaciones menores con bajo deseo tanto para la muestra general ($p=0,027$), como para los hombres ($p<0,01$).</p> <p>Hombres: correlación negativa con la disfunción sexual ($r = -0,55$; $p < 0,01$) y cambios en los síntomas ($r = -0,30$; $p < 0,01$): afecto embotado ($r = -0,36$), pensamiento inusual $r = -0,27$), retraimiento emocional ($r = -0,27$), retraso motor ($r = -0,220$). No correlaciona con testosterona.</p> <p>Mujeres: Puntuaciones más bajas con menopausia ($p=0,007$) y correlación negativa significativa con manierismos ($r=-0,31$) y el retraso motor ($r=-0,34$).</p>

NA	Instrumentos SS	Dimensiones	Análisis	SS Global	Comparación con otros grupos	Género	Otras variables
11	Brief Index of Sexual Functioning for Women [BISF-W] (Panzeri et al., 2009) y for Men [BISF-M] (Raoli y Panzeri, 2010) Sexual Quality of Life-Female [SQoL-F] (Symonds et al., 2007) y Male [SQoL-M] (Abraham et al., 2008)	Sexualidad de pareja Autoerotismo Descontento sexual Sexualidad anal	<i>t</i> de Student independiente	NI	Calidad de vida sexual, diferencias significativas, siendo mayor la del control tanto en hombres (M=5,02, DT=1,11; t=-2,2524; p=0,011) como en mujeres (M=4,68, DT=0,49; t=-2,557; p=0,015). Descontento sexual, no diferencias con el control ni hombres (t=-0,348; p=0,704) ni mujeres (t=0,526; p=0,602)	<i>HOMBRES</i> Calidad de vida sexual M=4,06 (DT=1,42) <i>MUJERES</i> Calidad de vida sexual M=4,11 (DT=1,03)	NI

Nota. NA = Numeración del artículo; SS = Satisfacción Sexual; Esqui. = Esquizofrenia; TDR = Trastorno Depresivo Recurrente; AS = Actividad Sexual; SAS = Sin Actividad Sexual; NI = No se recoge información en el estudio.

En relación al género, hay 3 estudios comparativos entre el grupo de hombres y mujeres y 7 publicaciones que incluyen esta variable de estudio. No hay diferencias significativas entre hombres y mujeres ni en la compatibilidad sexual ni en la satisfacción sexual de la muestra de Aggarwal et al. (2020) ni tampoco hay diferencias al considerar que es una variable sobre la que hay que actuar en la muestra de Werkkala et al. (2020). No obstante, en Tandon et al. (2020), las mujeres notificaron como efecto secundario de la medicación, problemas para disfrutar de las relaciones sexuales con mayor frecuencia que los hombres. En el estudio 2, se observa que la satisfacción sexual es significativamente mayor en pacientes que tienen una actividad sexual activa frente a las que no, tanto en hombres ($p < 0,001$; $d = 3,11$) como en mujeres ($p < 0,001$; $d = 2,38$). El estudio de Martínez-Giner et al. (2022) concluye que los hombres tienen una satisfacción sexual con una tendencia alta ($M = 6$; $[4,8]$) y que es media en las mujeres ($M = 5$; $[1,7]$), siendo el porcentaje que considera la satisfacción extremadamente baja mayor en mujeres (29,3%) que en hombres (11,1%) y aceptable de forma similar y mayoritaria tanto en hombres (45,6%) como en mujeres (41,5%). El estudio de Barchielli et al. (2022), indica que la calidad de la vida sexual tiene una tendencia alta en hombres ($M = 4,06$; $DT = 1,42$) y en mujeres ($M = 4,11$; $DT = 1,03$), aunque como hemos visto menor que los grupos sin enfermedad.

Hay 4 estudios que analizan la relación entre la satisfacción sexual y otras variables. Por un lado, hay 1 estudio que tiene en cuenta variables sobre la relación sentimental. Aggarwall et al. (2019) concluyen que existe correlación positiva entre la satisfacción sexual y la calidad del matrimonio ($\chi^2 = 0,4$; $p \leq 0,001$) y consenso ($\chi^2 = 0,41$; $p \leq 0,001$), satisfacción ($\chi^2 = 0,47$; $p \leq 0,001$) y cohesión ($\chi^2 = 0,37$; $p \leq 0,001$) del ajuste diádico. Por otro lado, hay dos estudios que analizan la relación con la disfunción sexual. En ambos se concluye que existe una correlación negativa significativa entre la satisfacción sexual y la presencia de disfunción sexual para toda la muestra ($p \leq 0,001$) y en Martínez-Giner et al.

(2022) se observa también en el caso de los hombres ($r = -0,55$; $p < 0,01$) aunque no en las mujeres.

También hay 2 estudios que analizan la relación entre la satisfacción sexual y la sintomatología. En Ravichandran et al. (2019) no se observan correlaciones negativas significativas, mientras que en Martínez-Giner et al. (2022) sí que se observan. Tanto para los hombres con cambios en los síntomas ($r = -0,30$; $p < 0,01$), en concreto, afecto embotado ($r = -0,36$), pensamiento inusual ($r = -0,27$), retraimiento emocional ($r = -0,27$), retraso motor ($r = -0,220$), como para las mujeres en manierismos ($r = -0,31$) y retraso motor ($r = -0,34$).

En 1 estudio se ha observado la relación negativa entre los efectos secundarios de la medicación con la calidad de vida ($r = -0,26$; $p < 0,0001$) y la satisfacción vital (Tandon et al., 2020). Además, el 65,8% considera que el impacto es grave y se sienten frustrados, avergonzados, embarazosos e insatisfechos en relación a la sexualidad.

Por último, hay 1 estudio que concluye que no existen diferencias en relación a variables sociodemográficas o al nivel de testosterona (Ravichandran et al., 2019) y otro que concluye que en el caso de las mujeres con menopausia hay menor satisfacción sexual ($p = 0,007$) (Martínez-Giner et al., 2022).

DISCUSIÓN

La esquizofrenia es un trastorno que afecta a un gran número de la población (entre un 0,3% y un 0,7% a nivel mundial) y comporta consecuencias significativas en diferentes áreas de la vida, entre las que se encuentra la sexualidad.

En la literatura científica no se ha encontrado ninguna revisión sistemática o metaanálisis que evalúe el grado de satisfacción sexual en las personas con esquizofrenia. Sí se han encontrado tres revisiones sobre la sexualidad en la esquizofrenia y éstas analizan las disfunciones sexuales, una analizando las características en función del género (Zaho, 2020) y dos, su relación con los antipsicóticos (Dumontaud et al., 2020; Niccolai, 2006). De las tres

revisiones se extrae que hay una elevada prevalencia de disfunción sexual en esquizofrenia, mayor que en la población general. Además, los pacientes que toman medicación mejoran también las disfunciones sexuales y, más que el tratamiento de las disfunciones sexuales, se tendría que apostar por la prevención de las mismas. Niccolai et al. (2006) consideran que además de analizar la naturaleza de las disfunciones sexuales, es importante estudiar el grado de insatisfacción de los pacientes.

Por la escasa documentación relacionada con la sexualidad, que se ha estudiado principalmente las disfunciones sexuales y porque la satisfacción sexual es uno de los componentes que más influye en la calidad de vida de las personas (Drake y Whitley, 2018), se ha visto la necesidad de realizar esta revisión.

En la presente se ha analizado el nivel de satisfacción sexual de las personas que tienen un diagnóstico de esquizofrenia. También se ha estudiado si existen diferencias en función del género, se ha comparado con el grado de satisfacción sexual de otros grupos con y sin trastorno y si hay otras variables que pueden estar influenciándola.

No se puede establecer un perfil de la muestra, ya que hay mucha variabilidad entre las características de los participantes de los diferentes estudios. A pesar de ello, se observa que en líneas generales los participantes de esquizofrenia son de mediana edad, con una patología estable y en remisión, sin otra patología, con una edad media de inicio del trastorno alrededor de los 28-29 años y con tratamiento farmacológico menor a cinco años.

Los principales resultados de las personas con esquizofrenia sobre la satisfacción sexual son que se observa cierta tendencia a la baja, aunque hay variabilidad entre los diferentes estudios. Hay 5 estudios que concluyen que los pacientes de esquizofrenia tienen una buena o aceptable satisfacción sexual. Sin embargo, en otros, el 73,5% de la muestra y el 75% de los hombres manifiestan una satisfacción sexual anormal o baja. Además, más de la mitad considera que le resulta un problema disfrutar de la sexualidad y 2/3 consideran que es

una actividad relevante y sobre la que sería necesario actuar. Estos datos son relevantes, ya que una mala satisfacción sexual tiene un impacto negativo sobre la calidad de vida sexual (Ma et al., 2018)

Con respecto a las diferencias entre hombres y mujeres sobre la satisfacción sexual, la mayoría de estudios no realizan análisis comparativos. En las mujeres se ha observado que hay mayor porcentaje que valora su satisfacción como extremadamente baja. También consideran más efectos secundarios de la medicación relacionados con problemas para disfrutar del sexo y la satisfacción sexual se ve afectada significativamente por la menopausia. En contraposición, los hombres tienen una tendencia más alta y presentan mayor porcentaje de satisfacción sexual aceptable. Además, en ellos no se han observado diferencias en relación a los niveles de testosterona. Los resultados encontrados respecto al género en la esquizofrenia van en sintonía con los encontrados en la población general. Los hombres suelen manifestar mayor satisfacción sexual (Rodríguez, 2010; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2009). Esto puede estar relacionado a que en general la sexualidad de las mujeres ha sido mayor tabú. No obstante, también hay estudios en los que no se dan diferencias en relación con el género (McClelland, 2011).

Al comparar la satisfacción sexual con otros grupos, tanto en población no clínica como en personas con otras patologías, se observa peor satisfacción sexual en las personas con esquizofrenia, aunque en algunos estudios estas diferencias no son significativas. Este hallazgo va en la misma línea que análisis sobre otras áreas de la sexualidad, en los que la disfunción sexual (Adesola y Bibiola, 2021; Abdelatti et al., 2020; Zaho et al., 2020) o los problemas en el funcionamiento sexual (McDonald et al. 2003) son mayores en la esquizofrenia que en la población general.

En los diferentes estudios se han considerado otras variables que podrían ser moduladoras de la satisfacción sexual. Por un lado, se han observado relaciones positivas

significativas con la calidad de la relación y la actividad sexual, aunque ésta solo sea masturbación. Por otro lado, existen relaciones negativas significativas entre la satisfacción sexual y la disfunción sexual, no siendo significativas para las mujeres. También se observa relación negativa, aunque no significativa, entre la satisfacción sexual y la medicación. En otros estudios se ha encontrado que la medicación en pacientes con esquizofrenia aumenta el riesgo de padecer disfunción sexual, siendo mayor a más dosis diaria y mayor potencia antidopaminérgica del antipsicótico. También se ha observado una relación negativa, aunque no significativa, entre la satisfacción sexual y la sintomatología. Algunos estudios afirman que puede estar relacionado por la afectación de la sintomatología positiva, pero sobre todo negativa. Aunque otros concluyen que no está clara dicha relación (Dumontaud et al., 2020).

Solo se han analizado las variables sociodemográficas en un estudio y no se ha observado puntuaciones significativas. En este sentido, cabe destacar que la mayor parte de la población estudiada se encuentra en la mediana edad y, por tanto, los resultados encontrados sirven para describir esta población, habría que compararla con otras edades, ya que hay diferencias en la vida sexual en función del momento vital (Srinivasan et al., 2019; Meston, 1997). También es importante destacar que en relación a la procedencia, se observa que hay representación de todos los continentes, excepto Oceanía, aunque el país con mayoría de estudios es India. Al observar las puntuaciones sobre satisfacción sexual en función de la procedencia no se pueden extraer conclusiones claras de en qué zonas hay mayor o menor satisfacción. Además, sería importante evaluar otras variables culturales para conocer su impacto en la calidad de vida sexual y analizar si existe cierto sesgo cultural. Esto es importante ya que la sexualidad varía de una cultura a otra se ve influida por cuestiones sociales e históricas (Vera-Gamboa, 1998).

Si se analizan las puntuaciones de la satisfacción sexual en función del tratamiento, los años de diagnóstico o la edad de inicio del mismo, no se puede concluir si existe relación entre estas variables y la satisfacción sexual y en qué sentido.

En relación a la situación sentimental tampoco se pueden establecer conclusiones claras, ya que tanto en la población casada como en personas solteras se observan puntuaciones altas y bajas de satisfacción sexual. En un estudio se concluye que la actividad sexual influye positivamente en la satisfacción sexual, pero esta también es entendida como masturbación. Por ello, sería interesante, más allá de establecer diferencias en función del estado sentimental, analizar la variable intrapersonal de la satisfacción sexual.

Los estudios seleccionados son todos transversales, por tanto, no se pueden establecer conclusiones causales de los resultados obtenidos. También se observa que a la hora de medir la satisfacción sexual hay mucha variedad de instrumentos. Solo 3 estudios utilizan el mismo instrumento para evaluar la satisfacción sexual de los hombres y solo 2 utilizan el mismo para las mujeres. Además, hay algunos instrumentos que, a pesar de incluir la variable de satisfacción sexual global, no son específicos para medir este constructo. Con toda esta variedad para estudiar la satisfacción sexual es difícil establecer conclusiones de las comparaciones entre artículos. Además, casi todos los estudios, exceptuando uno, analizan la satisfacción sexual teniendo en cuenta su componente interpersonal. No obstante, la satisfacción sexual también tiene un componente individual (Stulhofer et al., 2010), que debería de ser analizado y comparado para poder extraer conclusiones más exactas de todo lo que comporta la satisfacción sexual.

Este estudio no está exento de limitaciones. Por un lado, en cuanto a la metodología de la revisión, la búsqueda y el proceso de selección tan solo se ha realizado por una revisora y no por dos o más como marca la Guía PRISMA. Además, no se han realizado ni las medidas del efecto, ni la evaluación del sesgo y la evidencia de los estudios seleccionados.

Por otro lado, se observan limitaciones en el estudio, ya que hay muchos territorios y/o culturas que no están representados y, por tanto, no se pueden conocer las diferencias en este sentido. También es una limitación el hecho de que se observa cierta homogeneidad en la edad de las personas que participan en los estudios, de manera que las conclusiones solo son válidas para grupos de mediana edad. Además, aunque se describen las variables en relación al género, no se establecen comparaciones entre hombres y mujeres que faciliten la extracción de conclusiones. Y, por último, faltan análisis y comparaciones para conocer si existen diferencias en función a variables sociodemográficas y otras variables descritas en el estudio, para poder establecer unas conclusiones más sólidas.

Con todo lo descrito en esta revisión, se puede concluir que existe una falta de conocimiento y estudio respecto a la satisfacción sexual de las personas con esquizofrenia. Esto concuerda con lo manifestado por ASASAM (2021) y Martino (2019). Sería interesante en líneas futuras seguir investigando el estado de la cuestión y analizar los estudios que se van realizando sobre la sexualidad y la satisfacción sexual, tanto a través de revisiones sistemáticas como metaanálisis. Con lo observado en la revisión, sería oportuno establecer comparaciones en función del género y tener en cuenta variables sociodemográficas, como la edad y la cultura, así como analizar la satisfacción sexual en función del curso del diagnóstico, condiciones del tratamiento y relacionarla con otras áreas de la sexualidad. Además, sería interesante homogeneizar los instrumentos de medida para la sexualidad y la satisfacción sexual en diferentes idiomas para poder extraer conclusiones más generalizables. Todos los avances en la investigación son necesarios para así poder llevar a la práctica profesional programas que promuevan una vida sexual digna que se adecúen a las necesidades de esta población y que promueva un bienestar general de la vida.

BIBLIOGRAFÍA¹

Abdelati, Sameh; Ismail, Reda y Hamed, Raina (2020). Sexual dysfunction in a sample of male psychiatric patients compared to medically ill patients. *Middle East Current Psychiatry* 27(12). <https://doi.org/10.1186/s43045-020-00022-3>

Abraham, Lucy; Symonds, Tara; Morris, Mark F. (2008) Psychometric validation of a sexual quality of life questionnaire for use in men with premature ejaculation or erectile dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(3), 595-601. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00749.x>

Adesola, Adekunle y Pladeji, Bibiola (2021). Prevalence and correlates of sexual dysfunction among patients with mental disorders in a tertiary hospital in Southwest Nigeria. *South African Journal of Psychiatry* 27(0). <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v27i0.1575>

Aggarwal, Silvali; Grover, Sandeep y Chakrabarti, Subho (2019). A comparative study evaluating the marital and sexual functioning in patients with schizophrenia and depressive disorders. *Asian Journal of Psychiatry*, 39, 128-134. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.12.021>

Aggarwal, Silvali; Grover, Sandeep y Chakrabarti, Subho (2020). Profile of marital and sexual life of patients with schizophrenia and recurrent depressive disorder: a comparative study. *Journal of Psychosexual Health*, 2(3-4), 233-241. <https://doi.org/10.1177/2631831820970007>

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª edición). Editorial Medica Panamericana.

American Psychological Association (2022). *Psychological Treatments. Schizophrenia and Other Severe Mental Illnesses*. Division 12, Society of Clinical Psychology. https://div12.org/treatments/?_sfm_related_diagnosis=8141

¹La bibliografía se ha realizado siguiendo las normas APA 7 con la inclusión del nombre completo en la citación de autores y autoras para visibilizar la producción de obras de mujeres, en aquellos estudios en los que se ha podido acceder a esta información. Esta medida está recomendada por la Fundación Insomnia y recogida en Universitat Jaume I (s.f). *Normas para la presentación de originales*. Servei de Comunicació i Publicacions, Universitat Jaume I. <http://isonomia.uji.es/wp-content/uploads/2015/07/PDF-Normas-de-publicación-ES-2015.pdf>

Ashe, Paula; Berry, Mark; y Boulton, Alan (2001). Schizophrenia, a neurodegenerative disorder with neurodevelopmental antecedent. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, (25), 691-707.

[https://doi.org/10.1016/S0278-5846\(01\)00159-2](https://doi.org/10.1016/S0278-5846(01)00159-2)

Baca, Enrique; Leal, Carmen; Riesgo, Yolanda y Roca, Miguel Ángel (2006) Diagnóstico y manejo de la esquizofrenia en España: el proyecto ACEE. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(4), 224-230.

Barchielli, Benedetta; Accinni, Tommaso; Ferracuti, Stefano; Carlone, Luca; Petrini, Federica; Biondi, Massimo y Pasquini, Massimo (2022). Sexual habits and sexual dysfunctions in a sample of patients with psychotic disorders compared to a group of healthy adults. *Journal of Clinical Medicine*, 11(3), 505-516. <https://doi.org/10.3390/jcm11030505>

Chafi, Yohannes; Amare, Tadele; Haile, Kelemua; Damene Woynabeba; Tesfaye Getaneh; Minichil Woredaw (2020). Prevalence and correlates of job loss among schizophrenia outpatients at St. Amanuel, Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia; cross sectional study. *PLOS ONE* 15(12).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242352>

Coid, Jeremy; Kirkbride, James; Barker, Dave, Cowden, Fiona; Stamps, Rebekah; Yang, Min y Jones, Peter (2008). Raised incidence rates of all psychoses among migrant groups: finding from the East London first episode psychosis study. *Arch Gen Psychiatry*, 65(11), 1250-1258. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.11.1250>

Comendador, Laura; Cebrià, Ana Isabel; Sanz, Antoni; Pérez, Victor y Palao, Diego (2023). Telephone-Delivered Interventions for Suicide Prevention in Schizophrenia and Related Disorders: A Systematic Review. *Healthcare*, 11(3), 432. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030432>

Drake, Robert y Whitley, Rob (2017). Recovery and severe mental illness: description and analysis, *The Canadian Journal of Psychiatric*, 59(5), 236-242.

<https://doi.org.10.1177/070674371405900502>

Dumontaud, Marion; Korchia, Théo; Khounai, Jerémy; Lancon, Christophe; Auquier, Pascal; Boyer, Laurent y Fond, Guillaume (2020). Sexual dysfunctions in schizophrenia: Beyond antipsychotics. A systematic review. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 98. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.109804>

Dziwota, Ewelina; Stepulak, Marian; Wloszczak-Szubuzda, Anna; y Olajossy, Marcin (2018). Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 25(1), 50-55.

<https://doi.org/10.5604/12321966.1233566>

EMAIZE y Asociación Ayalesa de familiares y personas con enfermedad mental (2021). *Guía para profesionales. Atención a la sexualidad de las personas con problemas de salud mental*. ASASAM - Asociación Ayalesa de familiares y personas con enfermedad mental. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Atencion-sexualidad-salud-mental.pdf>

Espinosa-López, Regina y Valiente-Ots, Carmen (2017). ¿ Qué es el Trastorno Mental Grave y Duradero?. *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 16(1), 4-14.

<https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v16i1.4079>

Godoy, Juan; Godoy-Izquierdo, Débora; y Vázquez, Mª Luisa (2014). Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En Caballo, Salazar y Carroble (Ed.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2ª ed., pp. 395-426). Ediciones Pirámide.

Häfner, H. (1995). Epidemiología de la esquizofrenia. El modelo de enfermedad de la esquizofrenia a la luz del conocimiento epidemiológico actual. *European Psychiatry (Ed. Española)*, 2(6), 370-382. <https://doi.org/10.1017/S1134066500002629>

Harrow, Martin; Jobe, T. y Faull, R (2012). Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 42(10), 2145-1255. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000220>

He, Xiao-Yan; Migliorini, Christine; Huang, Zhuo-Hui; Wang, Fei... (2022). Quality of life in patients with schizophrenia: A 2-year cohort study in primary mental health care in rural China. *Front Public Health*. [doi: 10.3389/fpubh.2022.983733](https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.983733)

Hollander, Anna-Clara; Dal, Henrik; Lewis, Glyn; Magnusson, Cecilia; Kirkbride, James; y Dalman, Christina (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ*, 352. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1030>

Jauhar, Sameer; Johnstone, Mandy; y McKenna, Peter (2022). Schizophrenia. *The Lancet*, 399, 339-437. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01730-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01730-X)

Kantipudi, Suvarna; Suresh, Navina; Ayyadurai, Poornima y Ramanathan, Sathianathan (2020). Sexual dysfunction and marital relationship in women with schizophrenia in comparison with caregivers: a hospital-based study. *Journal of Psychosexual Health*, 2(1), 87-92. <https://doi.org/10.1177/2631831820918133>

Kazour, Francois, Obeid, Sahar, Hallit, Souheil (2019). Sexual desire and emotional reactivity in chronically hospitalized Lebanese patients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(3), 502-507. <https://doi.org/10.1111/ppc.12455>

Khankeh, Hamidreza, Rahgozar Mehdi, Ranjbar Maryam (2011). The effects of nursing discharge plan (post-discharge education and follow-up) on self-care ability in patients with chronic schizophrenia hospitalized in Razi psychiatric Center. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 16(2), 162-168. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3249767/>

Khatoon, Khurshida; Dhamija, Sana; Gupta, Nishtha; Padhi, Debashis; Kiran, Manisha y Chaudhury, Suprakash (2021) Pattern of burden on the family of patients with schizophrenia and bipolar disorder: A comparative study. *Industrial Psychiatry Journal* 30(1), 178-183. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.328811>

Laurelle, Marc; Kegeles, Lawrence; y Abi-Dargham, Anissa (2003). Glutamate, Dopamine, and Schizophrenia. From Pathophysiology to Treatment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1003(1), 138-158. <https://doi.org/10.1196/annals.1300.063>

Laursen Thomas; Munk-Olsen Trine y Vestergaard Mogens (2012). Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 25(2), 83–88. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32835035ca>

Ma, Mi-Chia; Chao, Jian-Kang; Hung, Jia-Yi; Sung, Su-Ching y Chao, I-Hsin Candy (2018). Sexual activity, sexual dysfunction and sexual life quality among psychiatric hospital inpatients with schizophrenia, *The Journal of Sexual Medicine*, 15(3), 324-333. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.008>

Macdonald S., Halliday J., MacEwan T., et al. (2003). Nithsdale schizophrenia surveys 24: sexual dysfunction. *The British Journal of Psychiatry* , 182(1), 50-56. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.1.50>

Martínez-Giner, Gema; Giménez-De Llano Elisa; Romero-Rubio, Dolores; Abad-Pérez, María José y Sánchez-Martínez, Vanessa (2022). Sexual dysfunction in people treated with long-acting injectable antipsychotics in monotherapy or polypharmacy: a naturalistic study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31, 576-590. <https://doi.org/10.1111/inm.12973>

Martino, Claudia (2019). Sexualidad en personas con enfermedad mental grave. *Revista Sexpol*, 143, 3-5. <https://www.sexpol.net/wp-content/uploads/2020/01/Sexpol-135.pdf>

McClelland, Sara I. (2011). Who is the “Self” in self reports of sexual satisfaction? Research and policy implications. *Sexuality Research and Social Policy*, 8, 304-320.

<https://doi.org/10.1007/s13178-011-0067-9>

Meston, C. (1997). Aging and sexuality. *West Journal Medicine*, 167(4), 285-290.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2009). Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009. *Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de sanidad, política social e igualdad*. http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2780_2799/2780/ES2780.pdf

Moreno-Küstner, Berta; Martín, Carlos; y Pastor, Loly (2018). Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *PLOS ONE*, 13(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195687>

Morrison, A., hutton, P., Wardle, M., Spencer, H., Barrat, S., Brabban, A., Callcot, P., Christodoulides, T., Dudley, R., French, P., Lumley, V., Tai, S. y Turkington, D. (2012). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum diagnosis not taking antipsychotic medication: an exploratory trial. *Psychological Medicine*, 42(5), 1049-1056.

<https://doi.org/10.1017/S0033291711001899>

Moskowitz, Andrew y Heim, Gerhard (2011). Eugen Bleuler’s “Dementia praecox of the group of schizophrenias (1911): A centenary appreciation and reconsideration.

Schizophrenia Bulletin 37(3), 471-479. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr016>

Munk, Thomas; Nordentoft, Merete; y Bo, Preben (2014). Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 425-448.

<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657>

National Institute for Health and Care for Mental Health (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults. The nice guideline on treatment and management*. National Clinical Guideline, 178. National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for

Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>

National Institute of Mental Health (2023a). *Understanding psychosis*. NIH Publication No. 23-MH-8110). Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.

<https://infocenter.nimh.nih.gov/sites/default/files/publications/understanding-psychosis.pdf>

National Institute of Mental Health (Marzo 2023b). *Mental Illness*. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. Recuperado el 29 de abril de 2023 en <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>

Niccolai, Anna Maria; Silva de Lima, Mauricio y Mari Jair de Jesus (2006). A systematic review on clinical management of antipsychotic-induced sexual dysfunction in schizophrenia. *Sao Paulo Medicine Journal*, 124(5), 291-297. <https://doi.org/10.1590/S1516-31802006000500012>

Obiols, Jordi y Carulla, Marta (2000). Capítulo 1. Esquizofrenia: aspectos neuroquímicos y neuroanatómicos. En Navarro, José Francisco (Coord.). *Bases biológicas de las psicopatologías*. Ediciones Pirámide.

Organización Mundial de la Salud (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*, 28-31.

<https://www.cesas.lu/perch/resources/whodefiningsexualhealth.pdf>

Organización Mundial de la Salud (21 de enero de 2022). *Esquizofrenia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Ortiz, Amaia; Alonso, Isabel; Ubis, Aitziber; y Ruiz, M^a Ángeles (2011). *Trastornos psicóticos*. Guías de cuidados de enfermería en salud mental, volumen 4. Elsevier Masson.

Page, Matthew; McKenzie, Joanne; Bossuyt, Patrick (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74, (9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>

Panzeri, M., Ronconi, L., Donà, M.A. y Optale, G. (2009). Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W): Validation on an Italian Sample. *Riv. Sessuol. Clin.* 16, 39-62. <https://doi.org/10.3280/RSC2009-001002>

Pinho, Lara; Pereira, Anabela y Chaves Cláudia (2017). Influence of sociodemographic and clinical characteristics on the quality of life of patients with schizophrenia. *Revista da Escola de enfermagem USP*, 51. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X201603190324>

Ravichandran, Dhananjaya, Gopalakrishnan, Rajesh, Kuruvilla, Anju, Jacob, K.S. (2019). Sexual dysfunction in drug-naïve or drug-free male patients with psychosis: prevalence and risk factors. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 41(5), 434-439. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_1_19

Read, John; Perry, Bruce; Moskowitz, Andrew y Conolly, Jan (2005). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 4(64), 319-345. <https://doi.org/10.1521/psyc.64.4.319.18602>

Rendueles, Guillermo (2016). Capítulo 11. Medicalización, psiquiatrización, ¿despsiquiatrización?. En Rodríguez, Roberto (Ed.). *Contrapsicología. De las luchas antipsiquiátricas a la psicologización de la cultura*, 319-350.

Raoli, V.; Panzeri, M. The Brief Index of Sexual Functioning for Men (BISF-M): Validation on an Italian Sample. *Riv. Sessuol. Clin.* 2010, 1, 41-68 [https://doi.org/10.1016/S1158-1360\(08\)72676-8](https://doi.org/10.1016/S1158-1360(08)72676-8)

Rodríguez, Olga (2010). Relación entre satisfacción sexual, ansiedad y prácticas sexuales. *Pensamiento Psicológico*, 7(14), 41-52.

<https://www.redalyc.org/pdf/801/80113673003.pdf>

Rodríguez-Testal, Juan; Fonseca-Pedrero, Eduardo; Bellido-Zanin, Gloria; Senín-Calderón, Cristina y Perona-Garcelán, Salvador (2020). El espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En Belloch, Amparo; Sandín, Bonifacio y Ramos, Francisco. *Manual de Psicopatología Volumen II* (3ª edición). McGrawHill.

Rosen R, Brown C., Heiman J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy* 26(2),191-208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>

Rosen R, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction, *Urology*, 49(6), 822-830. [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(97\)00238-0](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(97)00238-0)

Salvador-Carrulla, L.; Rodríguez-Blázquez, C.; Salas, D.; y Magallanes, T. (1993). Sexualidad y enfermedad mental crónica. En Amor, José Ramón (Ed.). *Sexualidad y Personas con Discapacidad Psíquica*. Colección FEAPS.

Saiz, Jerónimo; de la Vega, Diego y Sánchez, Patricia (2010). Bases neurobiológicas de la esquizofrenia. *Clínica y Salud* 21(3), 235-254. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n3a3>

Simeone, Jason; Ward, Alexandra; Rotella, Philip; Collins, Jenna; y Windisch, Ricarda (2015). An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990-2013: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*, 15(193), <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0578-7>

Sistema Nacional de Salud (2020). *Base de datos clínicos de atención primario (BDCAP-Series 2)*. Ministerio de sanidad.

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/SaludMental_datos.pdf

Srinivasan, Shilpa; Glover, Juliet; Tampi, Rajesh; Tampi, Deena y Sewell, Daniel (2019). Sexuality and the Older Adult. *Current Psychiatry Reports*, 21(97).

<https://doi.org/10.1007/s11920-019-1090-4>

Stilo, Simona y Murray, Robin (2019). Non-Genetic Factors in Schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, 21(100). <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1091-3>

Stulhofer, Aleksandar; Busko, Vesna y Brouillard, Pamela (2010). Development and bicultural validation of the new sexual satisfaction scale. *The Journal of Sex Research*. 47(4), 257-268. <https://doi.org/10.1080/00224490903100561>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2022). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2021 National Survey on Drug Use and Health* (HHS Publication No. PEP22-07-01-005, NSDUH Series H-57). Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://www.samhsa.gov/data/report/2021-nsduh-annual-national-report>

Symonds, Tara; Boolell, Mitra y Quirk, Frances (2005). Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31, 385-397. <https://doi.org/10.1080/00926230591006502>

Tandon, Ravij y Maj, Mario (2008). Nosological status and definition of schizophrenia: Some considerations for DSM-V and ICD-11. *Aisan Journal of Psychiatry* 1(2), 22-27. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2008.10.002>

Tandon, Ravij, Lenderking, William, Weiss, Catherine, Shalhoub, Huda, Dias Barbosa, Carla, Chen, Jun, Greene, Mallik, Meehan, Stine R., Duvold, Laëtitia Bouérat, Arango, Celso, Agid, Ofer y Castle, David. (2020) The impact on functioning of second-generation antipsychotic medication side effects for patients with schizophrenia: a worldwide, cross-sectional, web-based survey. *Annals of General Psychiatry*, 19(42).
<https://doi.org/10.1186/s12991-020-00292-5>

Valle, Rubén (2020). La esquizofrenia en la CIE-11: comparación con la CIE-10 y el DSM-5. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 13(2), 95-104.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.01.001>

Vera-Gamboa, Ligia (1998). Historia de la sexualidad. *Revista Biomédica*, 9(11), 116-121. <https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD22303.pdf>

Waddell L, Taylor M. (2008). A new self-rating scale for detecting atypical or second-generation antipsychotic side effects. *Journal of Psychopharmacology*, 22(3), 238-43.
<https://doi.org/10.1177/0269881107087976>

Werkkala, Camilla, Välimäki, Maritta, Anttila, Minna, Pekurinen, Virve y Bressington, Daniel (2020). Validation of Finish Health Improvement Profile (HIP) with patients with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 20(112).
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02511-5>

Zaho, Shankun; Wang, Xiaolan; Qiang, Xie; Wang, Hui; He, Jian; Shen, Maolei; Zheng, Changjun y Kang, Ran (2020). Is there an association between schizophrenia and sexual dysfunction in both sexes? A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 8, 1476-1488. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.03.005>

Zubin, J. (1980). Chronic schizophrenia from standopoint of vulnerability. En Baxter, T. y Melnechuck, T. (dirs.). *Perspectives in schizophrenia research*. Raven.

Zubin, Joseph y Spring, Bonnie (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.86.2.103>

Zubin, Joseph y Steinhauer, Stuart (1981). How to break the logjam in schizophrenia: a look beyond genetics. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 169, 477-492. <https://doi.org/10.1097/00005053-198108000-00002>