

Artículos originales:

## Vivencias subjetivas asociadas a la sexualidad en Pacientes Psicóticos

Valeria Valdivia<sup>1</sup>, Camila Zamora<sup>1</sup>

### Resumen

El presente artículo busca describir las vivencias subjetivas de pacientes psicóticos, que reciben tratamiento y rehabilitación en un centro de atención diurna de la comuna de Santiago, acerca de su sexualidad. Mediante un diseño no experimental y de alcance descriptivo, se entrevistó a 6 pacientes, (3 hombres y 3 mujeres), mayores de 18 años, con el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide, y que durante el periodo de evaluación estuvieron compensados tanto psiquiátrica como psicológicamente. Se aplicó una entrevista semi-estructurada, que evaluó la sexualidad del paciente consigo mismo, con un otro y la función o finalidad que ésta tuviera. Se utilizó un enfoque cualitativo, de análisis de contenido con categorías preestablecidas. Se concluye que la sexualidad del paciente esquizofrénico compensado no es tan extravagante, bizarra o impulsiva como sugieren algunos estudios. Existiendo diferentes maneras de vivir la sexualidad, donde se resalta la importancia de la pareja y el amor. La función que cumple la sexualidad para estos pacientes es de comunicar afecto y de generar y sentir placer. Se observa que resguardan su intimidad y respetan ese espacio como propio y personal con su pareja. Por último, se observa que no existe un cuestionamiento profundo de la sexualidad en sus distintas dimensiones.

**Palabras clave:** Vivencia Subjetiva, Sexualidad y Esquizofrenia

### Subjective experiences associated with sexuality In Psychotic Patients Summary

This article aims to describe the subjective experiences of psychotic patients about their sexuality, who receive treatment and rehabilitation in a day care center in the commune of Santiago. Using a non-experimental design and descriptive scope, 6 patients (3 men and 3 women), over 18 years of age, with a diagnosis of Paranoid Schizophrenia were interviewed and who were compensated both psychiatric and psychologically during the evaluation period. A semi-structured interview was applied, which evaluated the patient's sexuality with himself, with another and the function or purpose he had. We used a qualitative approach, of content analysis with pre-established categories. It is concluded that the sexuality of the compensated

schizophrenic patient is not as extravagant, bizarre or impulsive as some studies suggest. There are different ways of living the sexuality, which highlights the importance of the couple and love. The function that fulfills the sexuality for these patients, is to communicate affection and to generate and to feel pleasure. It is observed that they safeguard their privacy and respect that space as their own and personal with their partner. Finally, it is observed that there is no deep questioning of sexuality in its different dimensions.

**Key words:** Subjective Experience, Sexuality and Schizophrenia.

### Introducción

En la ciudad de Santiago se estima que existen en uno de cada tres hogares una persona con discapacidad, de cualquier tipo, incluyendo discapacidad psiquiátrica. La situación de las personas con discapacidad es particularmente adversa, pues se experimentan cotidianamente barreras para el disfrute y goce de sus derechos. (SENADIS, 2011)

El año 2004, el primer Estudio Nacional de Discapacidad (SENADIS), daba cuenta de la precaria situación de las personas con discapacidad consultadas en ese momento, más del 94% de los jóvenes y adultos mayores de 24 años, nunca había recibido atención de salud y rehabilitación en virtud de su discapacidad. Diversas entidades públicas incluyendo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), exigen a todo nivel que la discapacidad psíquica no sea un impedimento para que se les reconozca como ciudadanos sujetos de derecho. Principalmente el derecho que tiene de acceder a la mejor calidad de vida posible, disponiendo libremente de los servicios adecuados para la satisfacción de sus necesidades, incluidas las necesidades asociadas a la sexualidad y a la educación sexual.

La OMS (2006) describe a la sexualidad como un aspecto central e integral en la vida del ser humano, siendo la salud sexual un estado de bienestar físico, emocional y mental. Desde este lugar se promueve un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia.

1. Psicólogo. Unidad de Psicoterapia Dinámica. Postítulo de Psicoterapia Psicoanalítica. Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz B.

Respecto a la discapacidad psíquica, la Esquizofrenia, -con tasas prevalentes entre un 0,5% y un 1,5% en la población mundial-, representa una enfermedad de alto impacto por la forma negativa en que repercute en el desarrollo personal del individuo afectado. (Riquelme, 2007). Inclusive algunos estudios demuestran que el diagnóstico de la enfermedad puede a menudo alterar el curso del desarrollo sexual y la forma en la que los pacientes expresan su propia sexualidad (Peck 2001; Warner et al. 1999).

Estudios de Verhulst y Schneidman (1981) refieren que cualquier trastorno mental puede interferir con un desarrollo sexual normal, apuntando específicamente a la dificultad en la adquisición de habilidades sociales interpersonales y la oportunidad para una exploración sexual que se cree es integral para el desarrollo de una sexualidad saludable.

Por otro lado, existe escasez de datos publicados en relación a explorar la sexualidad de las personas con enfermedad mental (McCann 2003; Volman y Landeen 2007); así como investigaciones sobre la sexualidad de las personas con esquizofrenia, referidas a emociones, sensaciones o la sexualidad asociada a un contexto positivo, es decir, centradas en la promoción del bienestar por sobre la mirada centrada en las carencias y/o patologías. Sin embargo, ha habido un número limitado de estudios que abordan desde este punto de vista, el tema de la satisfacción con la sexualidad en las personas con enfermedad mental (Friedman y Harrison 1984, Miller 1997, Cook 2000)

Consecuentemente, en vista de lo revisado, las personas con esquizofrenia constituyen un grupo de sujetos, cuya sexualidad ha sido frecuentemente pasada por alto y mal representada, creyéndose en variadas ocasiones que la actividad sexual podría frenar la recuperación de la enfermedad (Pinderhughes et al. 1972). Esto dio lugar a la devaluación de la importancia de la sexualidad en individuos con esquizofrenia, dando preponderancia a la sintomatología o a las repercusiones que podrían traer el tratamiento médico y farmacológico (Aizenberg et al. 1995, Tran et al. 1997, Covington Et Cola 2000, Fortier et al.). La literatura psiquiátrica existente no articula claramente el lugar de la sexualidad en la vida de las personas con esquizofrenia, a pesar de la evidencia de que la intimidad y el funcionamiento sexual y social son componentes importantes para estos individuos (McDonald y Badger 2002).

Estos supuestos sólo recientemente han comenzado a cambiar, ya que personas con enfermedad mental están siendo considerados como seres sexuales (Cort et al. 2001). Basado en la escasez de investigaciones orientadas a explorar la sexualidad de personas con enfermedad mental y en la dificultad que presentarían los pacientes psicóticos en relación a un desarrollo

sexual, es que parece relevante describir las vivencias subjetiva de pacientes psicóticos acerca de su sexualidad, aportando información desde distintas esferas, que pueden aportar a mejorar su calidad de vida.

## Sexualidad

La sexualidad es una dimensión fundamental y presente a lo largo de toda la vida del ser humano. Desempeña un papel importante en el desarrollo del autoconcepto y la autodefinición de lo que somos (Earle 2001, Ailey et al 2003.), así como estimula la necesidad de establecer relaciones interpersonales significativas y de confianza con otros (Dorsay, Forchuk 1994).

La sexualidad es principalmente la construcción social de un impulso biológico, que es además, multidimensional y dinámica. Es decir, la experiencia que una persona tenga de la sexualidad está mediada por factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos / espirituales (OMS, 2000). Se hace necesario comprender, que siendo la sexualidad una construcción social, se puede influir y modificar. El conversar, el encontrar un lenguaje para lo que no ha sido expresado, es una vía fundamental para que las personas modifiquen sus percepciones de sí mismas y para que lleguen a comprender la relación entre su comportamiento individual y el contexto social y cultural en que viven. (González, Molina, Montero, Martínez, Leyton, 2007).

Las personas interpretan de forma distinta sus gustos sexuales y desarrollan comportamientos muy distintos. A pesar de todas esas diferencias, la respuesta del organismo ante la excitación sexual es más o menos la misma. Tendemos a interpretar la sexualidad en torno a cuatro características: consigo mismo, en relación a un otro, en torno a una función y respecto a las diferencias de género que se producen entre hombres y mujeres. Dependiendo de cuáles sean los gustos y necesidades en cada una de estas cuatro características se producirán diferentes formas de vivir la sexualidad. Esto permite explorar las vivencias subjetivas que el sujeto tiene de la sexualidad, es decir, la manera de sentir y pensar las vivencias de la propia sexualidad. (Cruzat, Aspillaga, Torres, Rodríguez, Díaz, Haemmerli, 2010)

## Enfermedad Mental, Esquizofrenia y Sexualidad

Las enfermedades mentales, y muy especialmente las psicosis, presentan un abanico tan amplio de conductas y procesos, que es difícil acotar la variedad de manifestaciones, diagnósticos, sintomatología y, en general, realidades, que cubren este grupo de trastornos. Algunos estudios han sugerido que la sexualidad es diferente en las persona con esquizofrenia en comparación con aquellos sin la enfermedad, tanto cualitativa como cuantitativamente.

Las personas con esquizofrenia se involucran generalmente menos en las actividades sexuales de cualquier tipo sin embargo, son más propensos a experimentar comportamiento auto-erótico (Akhtar y Thomson 1980).

Como hemos dicho anteriormente, la sexualidad es una parte integral en la construcción de todo ser humano e indispensable para la consecución de relaciones interpersonales. Sin embargo, resulta interesante plantear que existe una escasez de literatura de investigación que explore la sexualidad de las personas con esquizofrenia. La literatura existente no articula claramente el lugar de la sexualidad en la vida de las personas con esta enfermedad, a pesar de que existe evidencia de que la intimidad y el funcionamiento sexual son componentes importantes para el funcionamiento social (McDonald y Badger 2002). Hasta la fecha, las áreas de investigación que han recibido mayor atención son las conductas sexuales y la disfunción sexual asociada con tratamientos farmacológicos (Aizenberg et al. 1995, Tran et al. 1997, Covington & Cola 2000, Fortier et al. 2000, Bobes et al. 2003). Hay una escasez de investigación en la literatura que pone la sexualidad de las personas con esquizofrenia en el contexto de ser humano. Esto es, atendiendo a sus necesidades, experiencias y vivencias subjetivas, que den cuenta de la forma de sentir y pensar la propia sexualidad.

Algunos estudios han identificado barreras en torno a la sexualidad psicótica, como la falta confianza en sí mismo y la autoestima disminuida, asociado al estigma social (Cook 2000), la falta de institucionalización, y educación sexual insuficiente (Fortier et al. 2000, McCann 2000). Además, hay un número limitado de estudios de que las cuestiones actuales relativas a la sexualidad de la perspectiva de las personas con esquizofrenia (McCann 2000).

Históricamente se ha tendido a asociar a pacientes esquizofrénicos o psicóticos con conductas sexuales extravagantes e incontroladas, siendo descritos como agresivos o lascivos sexualmente. Verhulst y Schneidman (1981) señalaban que el aislamiento y la falta de habilidades sociales, las limitaciones farmacológicas y socioculturales actúan como barreras a la expresión sexual de los pacientes psiquiátricos crónicos. La dificultad de las relaciones interpersonales, y en general el deterioro global del individuo, van a entorpecer el desarrollo o el mantenimiento de relaciones sexuales satisfactorias. Es evidente, por otra parte, que la hospitalización y la institucionalización aumentan las limitaciones. Buckley y Hyde (1997) observaron que hubo un tiempo en que se pensaba que la actividad sexual entre los pacientes psiquiátricos ingresados era infrecuente, quizás debido a la apatía y a la anhedonia inherente en enfermedades mentales importantes, o a los efectos secundarios de las medicaciones utilizadas comúnmente para tratar a estos pacientes, o a ambas.

Sin embargo, estos autores también observaron que investigaciones recientes indicaban que la actividad sexual entre pacientes con trastornos psiquiátricos es altamente desestimada. Más específicamente, Welch y Clements (1996) encontraron que el 48% de una muestra de 118 pacientes psiquiátricos crónicos ingresados informaron que eran sexualmente activos dentro del hospital o en los alrededores durante el año precedente. La actividad sexual incluía masturbación, contacto heterosexual, y/o contacto homosexual. Cournos y col. (1994) encontró que el 44% de una muestra de 95 pacientes ingresados y ambulatorios informaron que eran sexualmente activos durante los 6 meses precedentes. La actividad sexual incluía coito anal o vaginal, o sexo oral.

McDermott, Sautter, Winstead y Quirk (1994) encontraron que una muestra de 61 pacientes ingresados informaron que tenían coito heterosexual u homosexual en un promedio de 6,8 veces durante los tres meses anteriores a su hospitalización. No hay ninguna razón para presumir que la actividad sexual cesaba después de la admisión. Otros estudios con pacientes psiquiátricos ingresados confirman que muchos son sexualmente activos (Bell, Wringer, Davidhizar & Samuels, 1993; Lyketsos, Sakka & Mailis, 1983).

La declaración de los derechos humanos, promulgada en Ginebra, Suiza, en 1948, establece que todo ser humano, tiene derecho a su integridad física psicológica y social, o sea a la salud; dentro del contexto general de la salud, se encuentran los aspectos sexuales. Sin embargo, para poder ejercer este derecho, el ser humano debe contar con la información necesaria que le permita conservar su salud y buscar tratamiento a enfermedades asociadas, pues solo el conocimiento veraz y oportuno le brindara la libertad de decidir entre las diversas opciones que se le vayan presentando en la vida. Esta educación para su salud deberá inculcarle una responsabilidad individual y colectiva.

Se avanza el argumento de que los pacientes mentales ingresados gravemente enfermos tienen el derecho a la intimidad sexual dentro de un marco privado, y que los hospitales psiquiátricos tienen el deber de proporcionar educación y tratamiento en lo pertinente a las necesidades y problemas sexuales de los pacientes, así como el deber de tener un cuidado razonable en proteger a los pacientes del daño que puede surgir de los encuentros sexuales dentro del hospital.

Los pacientes con enfermedad mental grave comúnmente expresan preocupaciones respecto a su funcionamiento sexual. Por ejemplo, Lewis y Scott (1997) preguntaron a 39 pacientes psiquiátricos acerca de sus necesidades de educación sexual. La mayoría de estos pacientes tenían diagnósticos de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, o trastorno bipolar: De 10 temas de

educación sexual identificados como importantes, el 76% y el 74% de los pacientes querían información en (a) los efectos de la medicación en el funcionamiento sexual y (b) los efectos de la enfermedad en el funcionamiento sexual, respectivamente.

Muchos pacientes psiquiátricos crónicos tienen dificultad para establecer relaciones íntimas y comprometerse en conductas sexuales que pueden ser perturbadoras para otros o peligrosas para sí mismos u otros. Akhtar y Thomson (1980) en una revisión de la literatura encontraron varios ejemplos de conducta sexual problemática y mal adaptada en pacientes con esquizofrenia, incluyendo la lesión genital auto-inducida, exhibicionismo, masturbación en público, conducta sexual sádica, pedofilia, y zoofilia.

Lyketsos y col. (1983) entrevistaron a 113 pacientes masculinos y femeninos con esquizofrenia crónica. El 24% de la muestra, mayormente hombres, comprometidos en "auto-erotismo desinhibido", se encontró que el 8% eran promiscuos, y se encontró que el 23% tenían otras "desviaciones sexuales" no específicas. Welch y Clements (1996) encontraron que el 15% de una muestra de 161 pacientes psiquiátricos crónicos ingresados fueron juzgados por las enfermeras como que tenían conductas sexuales problemáticas tales como: (a) exhibicionismo; (b) hacer proposiciones inapropiadas; (c) tener relaciones sexuales en público; (d) ser ofensor sexual; (e) permitir el abuso sexual de uno mismo; (f) hablar inapropiadamente; y (g) no practicar sexo seguro.

Esto pone de manifiesto que muchas personas con enfermedad mental grave se comprometen en una conducta sexual mal adaptada. Bhui y Puffett (1994) sugieren que cualquier trastorno mental puede interferir con un desarrollo sexual adolescente normal. Más específicamente, ellos argumentan que el trastorno interrumpirá la adquisición de las habilidades sociales interpersonales y las oportunidades para una exploración sexual que se cree es integral para el desarrollo de una sexualidad saludable.

Welch y col. (1991) también proponen que las circunstancias existentes dentro del hospital psiquiátrico en sí mismas pueden contribuir al desarrollo posterior de una conducta sexual mal adaptada en los pacientes psiquiátricos crónicos ingresados.

Describieron a un grupo de 21 pacientes psiquiátricos crónicos ingresados que habían sido referidos a un grupo de educación sexual a causa de conductas sexuales problemáticas. Estos hombres expresaron la creencia de que las conductas sexuales 'consensuadas socialmente' fueron innecesarias y no realistas dentro del contexto del hospital psiquiátrico donde habían vivido durante muchos años. Establecer relaciones monógamas

satisfactorias emocionalmente estables con otros pacientes fue visto como innecesario porque los favores sexuales podían ser adquiridos bastante rápidamente con cigarrillos o café. En este contexto, las necesidades sexuales inmediatas podían ser gratificadas sin que estos hombres hayan aprendido las habilidades sociales necesarias para establecer una relación o tener la oportunidad de experimentar los beneficios de una relación íntima sostenida. Welch y col. (1991) concluyeron que las condiciones dentro del hospital pueden haber sido en parte responsables del desarrollo de las conductas sexuales problemáticas que estos hombres mostraban.

Viene al caso señalar un estudio (Bachman, 2000) realizado con 279 enfermeras/os de dos hospitales psiquiátricos, de los cuales el 17% de los hombres y el 11% de las mujeres admitieron tener "contacto físico con excitación sexual" con los pacientes.

Al fracasar en proporcionar un contexto normalizado para que las relaciones se desarrollen (por ejemplo; la discusión abierta y la validación de las necesidades sexuales de los pacientes; la provisión de un marco digno y privado para practicar la actividad sexual apropiada), el hospital había dejado a estos hombres mentalmente enfermos desarrollar sus propios medios para la expresión sexual. No es sorprendente que resultaran repertorios sexuales no adecuados. Otros autores han expresado observaciones similares (Chase, 1988; Lukoff, y col, 1986).

## Objetivos

### Objetivo General

Describir las vivencias subjetivas acerca de la sexualidad de pacientes esquizofrénicos pertenecientes a un centro de atención diurna de la comuna de Santiago.

### Objetivos Específicos

1. Describir vivencias de la sexualidad consigo mismo
2. Describir vivencias de la sexualidad con otro
3. Describir vivencias de la sexualidad como finalidad o funciones que cumplen.
4. Identificar las diferencias y similitudes en pacientes hombres y mujeres.

## Método

La investigación se enmarca en un diseño no experimental, enfoque cualitativo y alcance descriptivo.

## Participantes

Se escogió un centro de atención diurna, que provee rehabilitación psicosocial a pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia.

Se encuentra ubicado en la comuna de Santiago Centro, siendo uno de los pocos lugares que brindan tanto tratamiento individual como rehabilitación. La elección del centro fue facilitada por redes profesionales de acceso que poseen las psicólogas a cargo de la investigación. La muestra sobre la cual se trabajó, corresponde a 6 pacientes, 3 hombres y 3 mujeres, mayores de 18 años, (con una M: 42 y DS: 12,5) con diagnóstico de esquizofrenia paranoide (DSM IV) y en el momento de la investigación se encontraron compensados psiquiátrica y psicológicamente.

Los criterios de compensación fueron los siguientes: que el paciente estuviera actualmente en tratamiento psiquiátrico y psicológico, con buena adherencia al tratamiento farmacológico y un periodo de 1 año sin presencia de crisis u hospitalizaciones referidas a la enfermedad. (Los criterios fueron acordados en conjunto con los profesionales de la institución)

Asimismo, también se acordó en conjunto con los participantes de la investigación las siguientes consideraciones éticas, referidas al Código de Ética Profesional (1999) del Colegio de Psicólogos de Chile:

- **Voluntariedad:** Los pacientes tuvieron la opción de participar o abandonar las entrevistas en el momento que estimaran pertinente. En ningún caso se obligó a participar por parte de la institución o las investigadoras.
- **Consentimiento Informado:** Se le informó a los pacientes respecto de la intención de la investigación, así como la disposición de entregar resultados si ellos lo solicitaban.
- **Anonimato:** Se reservó la identidad de los pacientes de la investigación, así como la identificación de ellos en la presentación de resultados.
- **Confidencialidad:** Los resultados solo serán expuestos contando con la autorización de la institución y de los pacientes participantes.

## Método de recolección de datos

Entrevista semi-estructurada, audio-grabada, con duración a aproximada de entre 45-60 min. Se evaluó las dimensiones respecto a la sexualidad consigo mismo, con un otro y como función o finalidad. La entrevista fue validada por la metodóloga de la investigación. El motivo de su elección se debe a que por una parte direccionan al entrevistado para que entregue información relevante a la investigación y por otra para que sea más espontánea, libre y flexible con respecto a la obtención de información y del espacio para que se puedan concluir nuevos datos y observaciones (García, Gil y Rodríguez, 1994)

## Modelo y plan de análisis

La investigación tiene un enfoque Cualitativo, el cual se caracteriza según Strauss y Corbin (2002) por generar hallazgos a

través de un análisis interpretativo. Por otro lado, la presente investigación se caracteriza por ser descriptiva, ya que se lleva a cabo una descripción rica y densa. Estos datos descriptivos se utilizan para desarrollar categorías conceptuales o para ilustrar, apoyar o desafiar supuestos teóricos sostenidos con anterioridad a la recopilación de datos. Se realizó análisis de contenido con categorías pre establecidas por el marco teórico.

## Resultados

### 1) Vivencias de la sexualidad consigo mismo

#### Autoerotismo

Dentro del autoerotismo, la masturbación se presenta como el principal modo de auto estimularse sexualmente. La mayor parte de los entrevistados refiere masturbarse como una actividad habitual, placentera y necesaria, disminuyendo la frecuencia de ésta cuando se encuentran en pareja.

*"Cuando no estoy en pareja, satisfago mis necesidades sexuales con la masturbación. Pueden ser fantasías o recuerdos de cuando he tenido relaciones sexuales. Es una forma de darme placer y lo encuentro súper natural"* (Hombre, 35 años, esquizofrenia paranoide)

Asimismo, también se puede apreciar el carácter biológico por el cual se incurre en esta práctica.

*"El sexo igual es importante en una relación pero no 100% eso pasa a segundo plano y si yo en todo el año no tuviera sexo igual me tendría que masturbar por las ganas que se sienten a veces"* (Mujer, 26 años, esquizofrenia paranoide)

Por otro lado, minoritariamente se observa la masturbación asociada a la culpa y a sensaciones de vacío, inmediatamente después de haber alcanzado el orgasmo.

*"Me masturbo, es rico y penoso a la vez, porque cada vez que lo hago y tengo un orgasmo me pongo a llorar, me da como culpa por lo que hice porque no todas las mujeres lo hacen, no creo que sea algo malo, pero es incorrecto"* (Mujer, 26 años, esquizofrenia paranoide).

*"Cuando me masturbaba muchas veces era pensando en mujeres que conocía, fantasías y a veces recuerdos de parejas o ex parejas, pero cuando se termina la práctica deja una sensación de vacío, de algo vacuo"* (Hombre, 62 años, esquizofrenia paranoide)

Para realizar la masturbación, los entrevistados mencionan una serie de estrategias para lograr la excitación tales como: fantasías, recuerdos de parejas o exparejas, la visualización de películas o revistas pornográficas. Como vemos en la siguiente cita: *"Yo veía películas porno en las mañanas, ahí me gustaba masturbarme; durante las noches podía ser a veces, pero siempre me gustaba en las mañanas (...) como a los 15*



*años el sexo fue como una gran explosión, ver el trasero de una mujer al desnudo era como lo máximo, me masturbaba cuando recordaba el trasero de una chica que me gustaba"* (Hombre, 39 años, esquizofrenia paranoide)

Asimismo, la mayoría piensa que la masturbación debe realizarse en lugares íntimos o privados, con el fin de no exhibirse o ser vistos por otros. Se observa que resguardan su intimidad y respetan ese espacio como propio y personal.

En la minoría de ellos, la avanzada edad interfiere con la masturbación, reduciendo en algunas ocasiones el interés por realizar esta práctica.

*"Antes satisfacía mis necesidades con la masturbación, ahora ya no me masturbo mucho. Pienso, a veces veo la televisión y aparecen mujeres y todo lo demás. Pero ya no me masturbo mucho. No lo necesito. Cuando me masturbaba muchas veces era con mujeres que conocía, fantasías y a veces recuerdos de parejas o ex parejas"* (Hombre, 62 años, esquizofrenia paranoide)

## El cuerpo al desnudo e Identidad

Los entrevistados manifiestan distintas sensaciones al verse enfrentados a su propio cuerpo desnudo, en donde los hombres parecieran sentirse más cómodos con su cuerpo desnudo que las mujeres. A pesar de lo anterior, tanto hombres como mujeres se consideran atractivos para el sexo opuesto, resaltando los hombres sus aspectos físicos y en menor proporción aspectos psicológicos, a diferencia de las mujeres que resaltan los aspectos psicológicos. Todos los entrevistados se identifican con su sexo (hombre-mujer) y se sienten cómodos con sus identidades de género. Como observamos en las siguientes citas:

*"Me gusta andar desnudo, yo vivo solo, casi siempre ando desnudo en mi casa (...) cuando yo me miro a mi mismo me gusta porque yo no soy panzón tengo buen cuerpo, además hice atletismo (...) me gusta mi cara, mi nariz, la tengo respingada y un problema que tenemos todos los hombres es que nos gusta nuestro pene, mi pene, y todo lo demás"* (Hombre, 62 años, esquizofrenia paranoide)

*"Me gusta ser hombre, siento que todo lo que me propongo como objetivo, lo cumplo. Estoy súper contento y aparte que voy al gimnasio, tengo guatita pero voy al gimnasio, me siento excelente con mi cuerpo (...) yo creo que a los otros les gusta que soy bonito de cara, tengo bonitas facciones, de pensamiento positivo, tengo mi moral igual un poco y tengo mis propios valores"* (Hombre, 35 años, esquizofrenia paranoide)

*"Creo que todo de mi le gusta al sexo opuesto, físico, educación, todo, soy atlético, he hecho mucho deporte en mi vida,*

*sigo siendo atlético y no tengo ningún problema de salud"* (Hombre, 62 años, esquizofrenia paranoide)

*"Los ojos la boca las manos eso pienso. Antes era más flaca más curvilínea y no tomaba tanto remedio como ahora (...) de mi interior creo que les gusto porque soy atenta, cariñosa, fiel, verdadera y que me preocupo de los demás"* (Mujer, 48 años, esquizofrenia paranoide)

## 2) Vivencias de la sexualidad con un otro

### Tipos de relaciones

La sexualidad es percibida por los entrevistados de forma integral, resaltando la importancia de la pareja y lo que implica una relación con un otro, tales como aspectos tiernos, románticos, amorosos y no solo reducido al ámbito sexual-genital (Coito). Resaltan la importancia del amor en la relación sexual, no siendo este un requisito excluyente para la realización del acto sexual.

*"La sexualidad es el pilar en donde se sustenta la pareja, yo por lo menos a mis casi 40 años pienso así, no sé cómo será cuando tenga 50 o 60. Porque la sexualidad no es tanto el hecho de penetrar sino que también son las caricias y todo eso (...) de decirle a tu pareja, oye que linda te ves hoy día, que bonita es tu cara, porque esa es la sexualidad también, es una de sus partes"* (Hombre, 39 años, esquizofrenia paranoide)

*"A mí me gusta la relación de pareja, no me gusta andar con muchas mujeres, prefiero andar con una (...) la intimidad es andar con una mujer, salir con ella y todo, esta todo involucrado (...) he tenido sexo sin amor, pero no me gusta mucho, prefiero el sexo con amor. El sexo con amor es una relación, es como tener una polola, pero tú de repente te puedes acostar con una mujer y nada más, eso es lo que ahora se llama 'touch and go', la ves una vez y después no la ves más. Pasa, pero la sensación no es muy buena, es vacía"* (Hombre, 62 años, esquizofrenia paranoide)

En ambas citas se aprecia que al igual que en las relaciones convencionales de pareja, los entrevistados no manifiestan la necesidad o deseo de incluir a más personas en la relación sexual.

### Formas de conseguir y dar placer a un otro

Al indagar en el ámbito de la sexualidad en pareja, aparecen diversas formas de lograr placer y dar placer a un otro: Para algunos disfrazarse es muy excitantes, mientras que otros asocian el uso estos métodos como fuera de la norma. Lo que queda reflejado en las siguientes citas:

*"En el sexo te puedes disfrazar y lo pasas súper bien, me he disfrazado de futbolista (risas) no sé por qué cuento esto (...) a mí me da risa, pero para mí y mi pareja de ese entonces*

*fue una muy buena experiencia"* (Hombre, 35 años, esquizofrenia paranoide)

*"Nunca he usado látigo ni nada de eso, ni me he puesto látex. Todas las relaciones son dentro de la normalidad, o sea entre un hombre y una mujer está todo permitido, pero claro hay algunas cuestiones que caen en las desviaciones, eso no lo he hecho nunca"* (Hombre, 62 años, esquizofrenia paranoide)

También hay quienes se estimulan junto a sus parejas viendo pornografía.

*"A veces vemos el canal Playboy, donde exhiben relaciones sexuales de cualquier tipo, incluso hay videos que venden a 500 pesos o a luca en la feria. Pero no me causan excitación los hombres, ninguno, yo me fijo en las mujeres, como lucen porque hay toda una cuestión con la silicona, las porta liga, los colaless todas estas cuestiones que tienen que ver con el Playboy. Disfruto de la sensualidad que despliegan porque me permito ser así con mi pareja."* (Mujer, 43 años, esquizofrenia paranoide)

Por otro lado, hay quienes prefieren preparar un espacio a la hora de llevar a cabo el encuentro entre dos personas, donde el romanticismo, la música, y las caricias cobran relevancia y generan las condiciones apropiadas, que desatan el surgimiento de fantasías ideales.

*"La primera vez me daba mucho miedo que me obligaran a hacer algo que yo no quisiese me imaginaba que ese momento iba a ser así como de princesa y príncipe, así sacándonos la ropa con música, que él me la sacara a mí y yo a él, que nos metiéramos en a la cama y empezáramos a jugar, darnos besitos, hacernos cosquillas, hacernos cariño hasta que llegase el momento en que uno pueda hacerlo"* (Mujer, 48 años, esquizofrenia paranoide)

### Formas de vivir la sexualidad

Se aprecia que los entrevistados tienen distintas maneras de vivir su sexualidad, desde una sexualidad infantilizada, hasta una sexualidad integral, que implica lograr verse a sí mismo y al otro, como sujetos. Como se puede observar en la siguiente cita: *"Tengo 2 pololos pero uno de besito noma y con el otro en el living de mi casa cuando no hay más gente, tenemos como relaciones con ropa, caricias, él va a mi casa los martes de aquí nos vamos juntos nos encerramos en el living cuando mi mamá no está, escuchamos música y el empieza a tocarme los senos le encanta porque dice que son gorditos. El sigue para abajo y me muestra su pene y quiere que yo lo toque que le hiciera cariño"*. (Mujer, 48 años, esquizofrenia paranoide)

Todos los entrevistados, concuerdan en que el amor y las relaciones interpersonales que incluyen todo el espectro de la sexualidad debe ser vivido en un espacio de intimidad y con otro significativo. Ninguno está de acuerdo con tener relaciones sexuales en público o en presencia y vista de otros, tanto por respeto a los otros como a ellos mismos.

*"No he pololeado hace 11 años, por lo que mi sexualidad la he vivido con amigos... pero no quiero recordar todos esos momentos que no me llevaron a nada, es un momento que pasó en la vida pero nada de gran importancia. Se terminó el cuento y no había más tema, eran relaciones sexuales con algo de cariño, pero estas experiencias no me llenaron por completo porque faltaba más cariño más amor"* (Hombre, 35 años, esquizofrenia paranoide)

### 3) Vivencias de la sexualidad como finalidad o funciones que cumplen.

Se observa que la sexualidad en todos cumple la función de comunicar afecto.

Utilizan la sexualidad para el encuentro con otro ser humano, donde el contacto y la relación intersubjetiva, la intimidad compartida y el establecimiento de vínculos emocionales y sentimentales, impulsa a los entrevistados a salir de la soledad. Del mismo modo, para todos los entrevistados la sexualidad cumpliría una función erótica, de conseguir y dar placer.

En la siguiente cita se observa que el entrevistado resuelve sus necesidades sexuales motivadas por una necesidad biológica. Sin embargo, opta por resolverlo de manera relacional común otro y no a solas. Donde lo que finalmente prima, es el aspecto afectivo, el sentirse escuchado, querido y acompañado.

*"No he tenido nunca sexo casual, sexo pagado sí (...) hay un lugar en el centro, cerca de Plaza Italia, donde tu tocabas el timbre, entonces tu decías: quiero una atención. La primera vez que yo me acosté ahí fue muy buena, bueno ellas saben, son profesionales, me empezó a hacer cariño y todo lo demás y después viene la relación sexual, ahí todo se acaba, eso no dura más de media hora. La mayoría de ellas son como psicólogas, hay gente que llega ahí y tiene problemas y le cuentan cualquier lío, que están con problemas con la señora y algunos ni siquiera tienen relaciones sexuales con ellas, van ahí para conversar (...) me motiva una necesidad fisiológica. No hay malas sensaciones, son todas buenas (...) estas chicas que tú le pagas son simpáticas, te saben tratar, te hablan de temas interesantes, además que tú le ves el cuerpo y todo lo demás, en el caso mío tu no quedas vacío, además, que te dicen vuelve, ven a verme de nuevo y todo lo demás"* (Hombre, 62 años, esquizofrenia paranoide)

Asimismo, también podemos observar que para algunos entrevistados, en determinadas ocasiones la sexualidad cumple la función de auto-regulación, calmándolos, retornándolos a un punto de equilibrio.

*"Sé masturbarme, no lo hago recurrentemente, de repente cuando estoy media loca empiezo en el baño empiezo así (jadeo) hasta que me llega entre tratando de hacer pipi y caca hago eso...yo me sostengo la ropa y hago un movimiento con fuerza estoy sentada tomo mi ropa y la echó para atrás me sujeto y empiezo a jadear y ahí de repente llega cuando hago pipi y ahí paro y llego al punto peak... me siento como renovada, alivio, también una buena experiencia pero no lo hago muchas veces, solo cuando estoy muy mal (ánimicamente o paso algo) así me vuelvo, eso me tranquiliza"* (Mujer, 48 años, esquizofrenia paranoide)

Por otro lado, cabe destacar que para ninguno de los entrevistados la finalidad de la sexualidad es reproductiva.

#### 4) Diferencias y similitudes en pacientes hombres y mujeres.

##### Diferencias

Las mujeres tienen menos experiencias autoeróticas, cumpliendo la función reguladora ante la angustia y resolviendo necesidades biológicas. Asimismo, se sienten menos cómodas ante el desnudo, ya que atribuyen importancia a los cánones de belleza imperantes en la sociedad actual. Mientras que a los hombres, no manifiestan estas preocupaciones, pasando por alto el hecho de que ellos presenten alguna característica física que se escape de los cánones de belleza tradicionales. Las mujeres relacionan su atractivo hacia el sexo opuesto por sus características psicológicas, mientras que los hombres tienen una visión más integral del atractivo, integrando características físicas y psicológicas.

##### Similitudes

Todos los entrevistados, concuerdan en que tanto el autoerotismo como las relaciones interpersonales que incluyen todo el espectro de la sexualidad debe ser vivido en un espacio de intimidad y con otro significativo. Ninguno está de acuerdo con tener relaciones sexuales en público o en presencia y vista de otros, tanto por respeto a los otros como a ellos mismos. Así también concuerdan que el amor y la intimidad se manifiestan en pareja, no dejando cabida a terceros en la relación.

Respecto a las relaciones con otro, todos coinciden en que la función más importante de la sexualidad es la función de comunicar afecto.

#### Influencia de la enfermedad en la sexualidad

La mayor parte de los entrevistados refiere haber notado diferencias en su sexualidad desde el momento en que comenzó la

enfermedad. En el autoerotismo, específicamente en la práctica masturbación se observan diferencias respecto al antes y después de la enfermedad. Esto queda explícito en las siguientes citas:

*"Cuando yo me masturbaba me retaban, recién había empezado con la enfermedad, tenía más alta la libido y lo hacía todo el día y toda la noche, era más impulsivo que otra cosa. Mi mamá y mi hermano, me decían 'ya está la cochina', 'te voy a sacar la cresta' Lo hacía en mi pieza, pero ellos entraban igual. Me sentía mal porque me decían cochina, a veces me tiraban zapatos, me amarraban las manos. Antes estaba más acelerada más inquieta y siempre tenía orgasmos"* (Mujer, 26 años, esquizofrenia paranoide)

*"Bueno yo me compraba películas porno, las veía y me masturbaba. Lo que pasa es que cuando tu tomas estos remedios el nivel de la libido se baja, entonces ya no tienes tantas ganas de masturbarte. Antes era mucho más caliente (...) ahora yo estoy usando el Viagra porque resulta que no se me erecta mucho por los remedios que tomo para la esquizofrenia."* (Hombre, 39 años, esquizofrenia paranoide)

Respecto a ambas cotas, tanto el exceso de masturbación como la disminución de esta, es sentida como problemática y poco adaptativa. Para otros la enfermedad ha sido percibida positivamente en relación con su sexualidad; les ha permitido, sentirse más activos y lograr mayores relaciones interpersonales.

*"La esquizofrenia no ha influido de ninguna mala forma, de hecho me activa más, me tomo una red Bull y quedo como avión, me siento con más energía, con hartas ganas de tener sexo... me siento como un toro"* (Hombre, 35 años, esquizofrenia paranoide)

*"Siento que la enfermedad me ha hecho más abierta, como esto de tener dos pololos y con los dos dar me besos, ahora me permito hacer cosas que antes no hacía"* (Mujer, 48 años, esquizofrenia paranoide)

En cuanto a la sexualidad en la internación, los entrevistados que han estado hospitalizados refieren no haber tenido relaciones sexuales con otros pacientes o profesionales, sin embargo, algunos de ellos mencionan haber tenido conductas autoeróticas en privado y haber presenciado relaciones sexuales entre otros pacientes dentro del lugar de internación. Lo que queda de manifiesto en las siguientes citas:

*"Estuve 7 meses hospitalizado. Era pajero, me masturbaba cuando iba a la ducha, nunca en público"* (Hombre, 35 años, esquizofrenia paranoide)

*"Cuando estuve internada habían puras mujeres y nunca pasó nada porque a mí me gustan los hombres. Ahí no me masturbaba nada porque había más gente, que me podían*



*pegar por las cosas que hacía y yo no sé pelear ni defenderme así que no lo hacía. Yo si vi dos chicas teniendo relaciones, fue choqueante, hay sexualidad, pero se vive oculto"* (Mujer, 26 años, esquizofrenia paranoide"

Por último, se destaca entre los entrevistados la falta de educación sexual, por parte de padres y/o entidades educacionales que puedan proveer orientación con la finalidad de asegurar el autocuidado y una sexualidad responsable. Todos los entrevistados señalaron haber aprendido de su sexualidad mediante sus propias experiencias.

## Discusión

Se logra concluir que la sexualidad del paciente esquizofrénico paranoide compensado no incurre en conductas extravagantes, bizarras o impulsivas como sugieren algunos estudios. Se observó que en estos pacientes existen diferentes maneras de vivir la sexualidad, donde se resalta la importancia de la pareja y el amor.

La función que cumple la sexualidad para estos pacientes, es de comunicar afecto y de generar y sentir placer. Cuidan su intimidad y respetan ese espacio como propio y personal con su pareja. Por último, se observa que no existe un cuestionamiento profundo de la sexualidad en sus distintas dimensiones. Esto cobra relevancia ya que, como la teoría lo señala, la sexualidad es una dimensión esencial que se encuentra presente a lo largo de la vida del ser humano que además cumple un rol relevante en el desarrollo del auto-concepto y la auto-definición de lo que somos. También estimula la necesidad de establecer relaciones interpersonales significativas y de confianza con otros.

La internación contribuiría en empobrecer y empeorar las relaciones interpersonales.

A diferencia de lo que señalan estudios, es posible concluir que los pacientes que presentan esquizofrenia paranoide, al menos estando compensados, son sexualmente activos. La importancia de la realización de la presente investigación, contribuye a conocer de manera espontánea, con ideas menos pre establecidas, sobre las vivencias subjetivas respecto de la sexualidad. Transversalmente todos notan un cambio en el ámbito sexual posterior a su enfermedad, sin embargo no cuestionan estos cambios y viven su sexualidad de forma independiente de su enfermedad. No se aprecian diferencias conductuales significativas en el ámbito de la sexualidad, respecto de personas que no presentan esta patología, tampoco existe testimonio de conductas bizarras, incontrolables o extravagantes como se podría pensar, sin embargo el testimonio demuestra que cuando los

pacientes no se encuentran compensados sí manifiestan conductas impulsivas.

Es interesante destacar, la forma en que los pacientes entrevistados comunican su sexualidad. Se observa que no existe represión, ni pudor a la hora de contar detalles íntimos de las prácticas que llevan a cabo en el ámbito de la sexualidad.

Si bien estos pacientes no tienen problemas conductuales en relación a la sexualidad, es decir no ponen en juego su salud sexual ni reproductiva, ya que no hay presencia de conductas promiscuas, no es posible concluir que todos los pacientes que presenten esquizofrenia y se encuentren compensados no tengan problemas en esta área, ya que la presente investigación fue llevada a cabo en una muestra intencionada con solo 6 participantes, los cuales tienen el diagnóstico de esquizofrenia Paranoide, y no otro tipo de esquizofrenia. En contradicción a lo que dicen algunos estudios no pareciera existir falta de confianza en sí mismos, por el contrario poseen una autoevaluación positiva, considerándose atractivos para el sexo opuesto, siendo dignos y merecedores de un otro que les entregue amor y con el cual puedan tener una relación de pareja.

Se aprecia que no existe cuestionamiento de la propia sexualidad en la vida del paciente; las dificultades que podría traer esta enfermedad se podría ver reflejada en otros ámbitos de la vida como en la habilidad interpersonal. ¿Será que en la esquizofrenia se ven más comprometidas funciones de habilidades interpersonales que de la práctica sexual?

La hospitalización cobra relevancia dentro de esta patología, a diferencia de lo que señalan algunos estudios sobre la infrecuente actividad sexual dentro de la internación, producto de la apatía y anhedonia. Según el testimonio recabado a los entrevistados, se aprecia que durante la internación sí existe presencia de sexualidad en los pacientes, ya sea de manera individual (masturbación) o entre pacientes (relación sexual) ambas maneras de sexualidad son vividas de manera oculta. No se cuenta con espacios en donde los pacientes puedan desplegar su sexualidad, siendo que según la OMS esta es un derecho. Tampoco se cuenta con información o profesionales capacitados que puedan contribuir a satisfacer de mejor manera las reales necesidades de los pacientes.

La presente investigación podría servir para crear reformas en centros de internación y permitir a los pacientes tener una mejor calidad de vida que no se vea afectada o coartada por la hospitalización. Por otro lado, sería interesante el poder seguir ahondando el tema de las vivencias subjetivas en la sexualidad dentro de esta patología, para poder sacar datos más concluyentes.

## Bibliografía

- Aizenberg D., Zemishlany Z., Durfman-Etrog P., et al. (1995) *Sexual dysfunction in male schizophrenic patients*. Journal of Clinical Psychiatry 56, 137-141.
- American Psychiatric Association (APA) (1995) *DSM-IV Breviario. Criterios Diagnósticos*. Barcelona, España: Masson.
- Akhtar, S., & Thomson, J. (1980). *Schizophrenia and sexuality: A review and a report of twelve unusual cases - part II*. Journal of Clinical Psychiatry, 41, 166-174.
- Bachmann, KM, Bossi, J.; Mogg, F.; Stirnemann-Lewis, F.; Sommer, R.; y Brenner, H.D.; (2000). *Nurse-Patient Sexual Contact in Psychiatric Hospitals*. Arch. of Sex Behaviour, Vol. 29 nº 4.
- Bell, C., Wringer, P., Davidhizar, R., & Samuels, M. (1993). *Self-reported sexual behaviors of schizophrenic clients and noninstitutionalized adults*. Perspectives in Psychiatric Care, 29, 30-36.
- Bhui, K., & Puffett, A. (1994) *Sexual problems in the psychiatric and mentally handicapped populations*. British Journal of Hospital Medicine, 51, 459-464.
- Bobes J., Garcia-Portilla M.P., Rejas J., et al. (2003) *Frequency of sexual dysfunction and other reproductive side effects in patients with schizophrenia treated with Risperidone, Olanzapine, Quetiapine, or Haloperidol: the results of the EIRE study*. Journal of Sex and Marital Therapy 29, 125-147.
- Buckley, P., & Hyde, J. (1997) *State Hospitals Responses to the Sexual Behavior of Psychiatric inpatients*. Psychiatric Services, 48, 398-399.
- Chase, J. (1988) *Sexual drive of patients in psychiatric hospitals* (ltr). British Medical Journal, 297, 1129.
- Colegio de Psicólogos de Chile (1999) *Código de ética Profesional*. En: [www.colegiodepsicologos.cl](http://www.colegiodepsicologos.cl)
- Cook J.A. (2000) *Sexuality and people with psychiatric disabilities*. Sexuality and Disability 18, 195-206.
- Cort E.M., Attenborough J. & Watson J.P. (2001) *An initial exploration of community mental health nurses' attitudes to and experience of sexually-related issues in their work with people experiencing mental health problems*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 8, 489-499.
- Covington L. y Cola P.A. (2000) *Clozapine vs. Haloperidol: antipsychotic effects on sexual function in schizophrenia*. Sexuality and Disability 18, 41-48.
- Cournos, F., Empfield, M., Horwath, E., & Kramer, M. (1994). *The management of HIV infection in state psychiatric hospitals*. Hospital and Community Psychiatry, 40, 153-157.
- Cruzat, C., Aspillaga, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M. Y Haemmerli, C. (2010). *Significados y vivencias subjetivas asociados a la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria, desde la perspectiva de mujeres que lo padecen* Revista Psykhe, 19(1), 3-17.
- Declaración del 13.º Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España. Revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999 en el XV Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China.
- Dorsay J. y Forchuk C. (1994) *Assessment of the sexuality needs of individuals with psychiatric disability*. J. of Psychiatric and Mental Health Nursing 1, 93-97.
- DSM-IV-TR™ (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. American Psychiatric Association, Washington.
- Federación española de sociedades de psicología (2013) recuperado el 27 de diciembre de 2013, de [www.fess.org.es/conductasexual.php](http://www.fess.org.es/conductasexual.php)
- Fortier P., Trudel G., Mottard J.-P., et al. (2000) *The influence of schizophrenia and standard or atypical neuroleptics on sexual and sociosexual functioning: a review*. Sexuality and Disability 18, 85-104.
- Friedman S. y Harrison G. (1984) *Sexual histories, attitudes, and behavior of schizophrenic and 'normal' women*. Archives of Sexual Behavior 13, 555-567.
- García, E; Gil, J. y Rodríguez, G. (1994) *Análisis de datos cualitativos en la investigación sobre la diferenciación educativa*. Revista de investigación educativa.
- González, E., Molina, T., Montero, A., Martínez, V., Leyton, C. (2007) *Sexual behavior and gender differences among adolescents consulting at a university public health system*, 135: 1261-1269.
- Kaplan, M. (1996) *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. 1995; 7(4):287-301
- Katchadourian, A. (1992) *La sexualidad humana. Un estudio comparativo de su evolución*. Fondo de cultura económica, México D.F.
- Lewis, J., y Scott, E. (1997). *The sexual education needs of those disabled by mental illness*. Psychiatric Rehabilitation Journal, 21, 164-167.
- Lukoff, D.; Gioia-Hasick, D.; Sullivan, G.; Golden, J.S, and Nuechterlein, K.H. *Sex education and rehabilitation with schizophrenic male outpatients*. Schizophrenia Bulletin, 12(4):669- 677, 1986.
- Lyketsos, G., Sakka, P., & Mailis, A. (1983). *The sexual adjustment of chronic schizophrenics: A preliminary study*. British Journal of Psychiatry, 143, 376-382.
- McCann E. (2000) *The expression of sexuality in people with psychosis: breaking the taboos*. Journal of Advanced Nursing 32, 132-138.
- McCann E. (2003) *Exploring sexual and relationship possibilities for people with psychosis - a review of the literature*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 10, 640-649.
- McDonald J. y Badger T. (2002) *Social function of persons with schizophrenia*. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 40, 42-50.
- McDermott, B., Sautter, F., Winstead, D., y Quirk, T. (1994). *Diagnosis, health beliefs, and risk of HIV infection in psychiatric patients*. Hospital and Community Psychiatry, 45, 580-585.
- Miller L.J. (1997) *Sexuality, reproduction, and family planning in women with schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin 23, 623-635.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2006) *Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado el 15 de agosto de <http://www.who.int/>
- Pinderhughes C.A., Grace E.B. y Reyna L.J. (1972) *Psychiatric disorders and sexual functioning*. American Journal of Psychiatry 128, 96-102.
- Riquelme, R y Quijada M. (2007) *Salud Mental y Psiquiatría*. Ed. Sociedad Chilena de la Salud Mental.
- SENADIS, Servicio Nacional de la Discapacidad (2004) *Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile*. Recuperado el 27 de noviembre de <http://www.senadis.gob.cl/>.
- SENADIS, Servicio Nacional de la Discapacidad (2011) *Discapacidad y rehabilitación*. Recuperado el 9 de diciembre de 2014 de <http://www.senadis.gob.cl/>.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002) *Bases de la Investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría Fundada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Tran P.V., Hamilton S.H., Kuntz A.J., et al. (1997) *Double-blind comparison of Olanzapine versus Risperidone in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders*. Journal of Clinical Psychopharmacology 17, 407-418.
- Verhulst, J., Schneidman, B., (1981) *Schizophrenia and Sexual Functioning*. Hosp Comm Psych, 32 (4):259.262.
- Volman, L. y Landeen, J. (2007). *Uncovering the sexual self in people with schizophrenia*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14, 411-417.
- Welch S. y Clements G. (1996) *Development of a policy on sexuality for hospitalized chronic psychiatric patients*.
- Welch, S., Meagher, J., Soos, J., y Bhopal, J. (1991). *Sexual behavior of hospitalized chronic psychiatric patients*. Hospital and Community Psychiatry, 42, 855-856.