



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Facultade de Ciencias da Saúde

Grao en Terapia Ocupacional

Curso académico 2014-2015

TRABAJO DE FIN DE GRAO

“La percepción que tienen las personas con trastorno mental sobre su sexualidad, la visión de sus familiares y profesionales sociosanitarios que trabajan en el campo”.

Amaya Lois Lama

Julio 2015

Tutoras:

María del Carmen García Pinto

María Jesús Movilla Fernández

Índice

| | |
|---|----|
| 1. Resumen/Abstract..... | 5 |
| 2. Introducción..... | 9 |
| 2.1 Salud mental..... | 9 |
| 2.2 Sexualidad..... | 10 |
| 2.3 Salud mental y sexualidad..... | 12 |
| 2.4 Abordaje desde terapia ocupacional..... | 14 |
| 3. Objetivos | 15 |
| 3.1 General..... | 15 |
| 3.2 Específicos..... | 15 |
| 4. Metodología..... | 16 |
| 4.1 Tipo de estudio..... | 16 |
| 4.2 Ámbito de estudio..... | 16 |
| 4.3 Entrada al campo..... | 17 |
| 4.4 Posición de la investigadora..... | 18 |
| 4.5 Selección de informantes..... | 19 |
| 4.5.1 Descripción de los perfiles de informante:..... | 21 |
| 4.6 Plan de trabajo..... | 22 |
| 4.6.1 Descripción del problema..... | 23 |
| 4.6.2 Búsqueda bibliográfica | 23 |
| 4.6.3 Recogida de datos | 24 |
| 4.6.4 Análisis de la información recogida | 26 |
| 4.6.5 Resultados, discusión y conclusiones | 27 |
| 4.7 Criterios de rigor y calidad de la investigación..... | 28 |
| 4.8 Aspectos éticos y legales..... | 29 |
| 5. Resultados | 31 |
| 5.1 Entrevistas | 31 |
| 5.1.1 Participación social..... | 31 |
| 5.1.2 Sobreprotección familiar:..... | 35 |
| 5.1.3 Sexualidad | 37 |
| 5.1.4 Relaciones sexuales | 41 |

| | | |
|-------|---|----|
| 5.1.5 | Estigma | 46 |
| 5.1.6 | Insuficiente intervención profesional | 49 |
| 5.2 | Cuestionario de cambios de la función sexual- CSFQ..... | 52 |
| 6. | Discusión..... | 58 |
| 7. | Conclusiones..... | 62 |
| 8. | Aplicabilidad | 63 |
| 9. | Limitaciones del estudio | 64 |
| 10. | Agradecimientos..... | 65 |
| 11. | Bibliografía | 66 |
| 12. | Anexos | 72 |

1. Resumen

Título: “La percepción que tienen las personas con trastorno mental sobre su sexualidad, la visión de sus familiares y profesionales sociosanitarios que trabajan en el campo”.

Introducción: Las personas con trastorno mental no han podido en muchas ocasiones disfrutar de su sexualidad, debido a mitos y concepciones religiosas, sobre ellos. Además, debido a la toma de psicofármacos, estas tienen disfunción sexual.

Objetivos: El objetivo general de este estudio es conocer la percepción que tienen los usuarios con trastorno mental sobre su propia sexualidad; así como la impresión de la misma, que tienen sus familiares y los profesionales sociosanitarios en contacto con ellos.

Metodología: La metodología que sigue el estudio es una metodología combinada (cuantitativa y cualitativa). La parte cuantitativa tiene una escala sobre disfunción sexual, Escala CSFQ. La parte cualitativa está compuesta por las entrevistas, observación y cuaderno de campo. El lugar del estudio es un Hospital de Día de Psiquiatría de Galicia.

Resultados: Tras el análisis de la información recogida, sobresale que las personas con trastorno mental tienen disfunción sexual debido a psicofármacos. Así como, que existe un estigma hacia las personas con trastorno mental, que tienen una pobre participación social, relegándose sobre todo al ámbito familiar y llevando a una sobreprotección por parte de estos. Y, la falta de intervención en el Hospital de Día acerca de temas de sexualidad.

Discusión: Pese a la gran importancia que las personas con trastorno mental le dan a la sexualidad, sigue habiendo dificultades para que estas

disfruten de ella. Bien por parte de sus propias familias, de la sociedad, y de los recursos asistenciales a los que ellas acuden, ya que no se le da la importancia necesaria.

Conclusión: El estigma es uno de los principales factores que influyen en la no participación de la sexualidad. Hay que investigar más para eliminar los efectos secundarios de los psicofármacos ya que ocasionan una pérdida de calidad de vida. Y, los profesionales deben trabajar la sexualidad en su práctica diaria.

Palabras clave: salud mental, sexualidad, terapia ocupacional, disfunción sexual.

Abstract

Title: "The perception that people with mental disorders have about their sexuality, the perspective of their families and of the health and social professionals that work in the field".

Introduction: The people with mental disorders couldn't enjoy their sexuality in many occasions because of myths and religious conception on them. In addition, due to the use of psychopharmacological drugs, they have sexual dysfunction.

Objectives: The objective of this study is to determine the perception that users with mental disorders have of their own sexuality; and the impressions that their families have as well as those of socio-professionals in contact with them.

Methodology: The methodology is a combined methodology (quantitative and qualitative). The quantitative phase has a scale of sexual dysfunction, Scale CSFQ. The qualitative phase consists of interviews, observation and a field notebook. The place where the study is carried out is a Psychiatric Day Hospital of Galicia.

Results: After analyzing the information gathered, what stands out is that people with mental disorders have sexual dysfunction due to psychotropic drugs. Also, there is a stigma against people with mental disorders, who have poor social participation, relegated mostly to the family environment and leading to overprotection. Also there is a lack of intervention in the Day Hospital with respect to sexuality issues.

Discussion: Despite the great importance that the sexuality has to people with mental disorders, there are still difficulties for people with a mental illness to enjoy it, because of their own families, society, and the health

care resources they come to, and not being given the necessary importance.

Conclusion: Stigma is one of the main factors influencing the non-participation of sexuality. Must be investigated more to eliminate the effects of psychoactive drugs because they cause a loss of quality of life. The professionals must work sexuality in their daily practice.

Keywords: mental health, sexuality, occupational therapy, sexual dysfunction

2. Introducción

2.1 Salud mental

Hoy en día, salud mental, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como *“un estado completo de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”*¹.

Los problemas de salud mental, dan lugar a cuadros de trastorno mental, que según el DSM-V es definido como, *“una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental”*².

Las causas de los trastornos mentales pueden ser por consecuencia de factores biológicos, ambientales, culturales u otros³.

Los trastornos mentales se pueden clasificar siguiendo dos sistemas: El sistema de diagnóstico psiquiátrico propuesto por la American Psychiatric Association (DSM-V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), y el propuesto por la Organización Mundial de la Salud, llamado CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión).

Dependiendo de cada época histórica, los problemas de salud mental se veían diferentes, ya que, por ejemplo durante la edad antigua, estaban vinculados a connotaciones mágicas y mitológicas, y durante la edad media, se relacionaba el trastorno mental con la brujería y posesiones diabólicas. A finales del siglo XVIII y a comienzos del siglo XIX empiezan a cambiar sus vidas, y es gracias a Philippe Pinel, que consigue hacer ver

a la sociedad que las personas con problemas de salud mental merecen un tratamiento médico adecuado.^{4,5,6}

Actualmente, están más integradas en la sociedad, debido a avances en los tratamientos y a la mayor comprensión del trastorno mental por parte de la sociedad. Los tratamientos están enfocados al ámbito comunitario, para conseguir una adecuada calidad de vida de la persona y con un abordaje multidisciplinar en el que participan varios profesionales sociosanitarios³.

2.2 Sexualidad

Según la OMS, la sexualidad es un *“aspecto central del ser humano, que abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. La sexualidad se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales y está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”*¹.

En definitiva, la sexualidad, no está basada exclusivamente en las relaciones sexuales, sino que también forman parte de ella, las caricias, el afecto y las emociones.

La sexualidad está compuesta por unas dimensiones^{7,8}:

- Dimensión biológica: relacionada con el sistema anatómico, fisiológico y endocrino que intervienen en el acto sexual.
- Dimensión psicoafectiva: comprende la parte afectiva de la persona, y los motivos que llevan a elegir una conducta sexual.
- Dimensión clínica: solventa los problemas o enfermedades relacionadas con la disminución del placer.

- Dimensión sociocultural: dependiendo de la sociedad en la que la persona nace y se cría, esta adquiere una serie de comportamientos y valores que influirán en la manera de expresar su sexualidad.

La sexualidad cumple tres funciones ^{8,7,10}:

- La comunicación: vinculada a la manifestación de sentimientos y emociones. Puede ser verbal, gestual y táctil.
- El placer: antiguamente no se cumplía ya que se intentaba negar, y decían que el sexo solo servía para procrear.
- La reproducción o procreación: es la más usada para justificar las relaciones sexuales. Implica tomar decisiones a la hora de elegir tener o no tener descendencia, y sus posteriores cuidados.

Todos los seres humanos nacen sexuados y tienen derecho disfrutar de la sexualidad, ya que esta influirá en su bienestar. Para ello, hay que tener en cuenta y respetar la *“Declaración Universal de los Derechos Sexuales de 1999, revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS), y son los siguientes”* ^{9,11}:

- Derecho a la libertad sexual.
- Derecho a la autonomía, a la integridad y a la seguridad sexual del cuerpo.
- Derecho a la privacidad sexual.
- Derecho a la igualdad sexual.
- Derecho al placer sexual.
- Derecho a la expresión sexual emocional.
- Derecho a la libre asociación sexual.
- Derecho a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables.
- Derecho a la información sexual basada en el conocimiento científico.
- Derecho a la educación sexual integral y comprensiva.
- Derecho a la atención clínica de la salud sexual.

2.3 Salud mental y sexualidad

A pesar de que cada vez son más los que hablan de forma natural sobre la sexualidad, aún existen numerosos tabús acerca de la misma. En relación a las personas con discapacidad, hasta hace pocos años, no se consideraba que estas tuvieran derechos afectivos y sexuales, lo que provocaba dificultades para participar de esta dimensión humana. Motivado por las falsas creencias referentes a la sexualidad como por ejemplo: las personas con problemas de salud mental no deben despertar su intereses sexual, la gente con discapacidad no debe tener actividad sexual, no pueden formar pareja ni casarse, la actividad sexual es para tener hijos y estas no pueden o no deben tenerlos, tienen menos intereses sexuales y la intervención en educación sexual despierta su sexualidad inocente y dormida¹⁰.

Además de existir la Declaración Universal de los Derechos Sexuales, también existe la *“Carta de Derechos Sexuales de Personas con Diversidad Funcional (recogidos en el libro Sexualidad Humana (1987) de Masters, W. H., Johnson, V.E. & Kolodny, R.C.)”*, y son los siguientes ¹²:

- Derecho a la expresión sexual.
- Derecho a la intimidad.
- Derecho a ser informado sobre su sexualidad.
- Derecho de acceso a los servicios de salud necesarios.
- Derecho a escoger el estado civil que más le convenga.
- Derecho a procrear o no.
- Derecho a tomar decisiones que afectan la vida de cada persona.
- Derecho a la oportunidad de desarrollar todo el potencial del individuo.

Respecto a la bibliografía que se encuentra en relación a la sexualidad y salud mental, destaca lo relacionado con las disfunciones sexuales, que según la Asociación Mexicana para la Salud Sexual, son *“problemas en la respuesta sexual humana que impiden el desarrollo de una vida erótica*

*plena, afectando la salud integral y autoestima del individuo, así como su relación de pareja*¹³, ya que es común la presencia de estas alteraciones en personas con problemas de salud mental, provocada por la toma de psicofármacos, así como por el alcohol y las drogas ^{13,14}.

La disfunción sexual es elevada en la gente con trastorno mental, más de un 70% de personas con depresión presentan disminución de la libido y con frecuencia impotencia o anorgasmia. Las disfunciones sexuales presentan grandes problemas en el tratamiento, y suponen una pérdida de calidad de vida para estas personas ¹⁴.

Las disfunciones sexuales son diferentes según el sexo. Algunos de los efectos que provocan son: alteración del deseo sexual y excitación (mujer y varón), impotencia, dificultad de eyaculación y disfunción eréctil (varón) y anorgasmia (mujeres) ^{13,14}.

Existe un modelo (no propio de terapia ocupacional), el modelo PLISSIT, para tratar disfunciones sexuales, desarrollado por el sexólogo Annon, en los años setenta. *“El acrónimo PLISSIT proviene de los términos ingleses Permission (P), Limited Information (LI), Specific Suggestions (SS) e Intensive Therapy (IT)”* ¹⁷.

Annon, decía que *“la mayoría de las personas que viven algún problema sexual pueden resolverlos con facilidad si obtienen el Permiso (P) para expresarse como seres sexuales y poder hablar sobre ello y sobre sus problemas. A veces, hay que dar algún tipo de Información limitada (LI) que pueda ayudar a resolver el problema o llevar a cabo un Asesoramiento básico (SS). En otros casos, es precisa una Intervención terapéutica más especializada (IT)”* ¹⁷.

2.4 Abordaje desde terapia ocupacional

La sexualidad es algo intrínseco al individuo, y en lo que se refiere a la vinculación con la ocupación, es entendida como una actividad de la vida diaria (AVD). Que, según la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT), estos, son expertos en AVD porque son un “*subconjunto de la ocupación humana*”¹⁵, y la ocupación, es el sentido fundamental de la terapia ocupacional.¹⁵

Teniendo en cuenta, el Marco de Trabajo de la AOTA, la sexualidad además de ser una AVD, se encuentra implícita en muchas otras áreas de ocupación, como en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), en el descanso y sueño, educación, y participación social (ya que la AOTA incluye a la pareja en dicha área, concretamente en la participación con compañeros y amigos, definiéndola como “*participar en actividades a diferentes niveles de intimidad, incluyendo participar en actividades sexuales deseadas*”¹⁶). Así como también influyen las características del cliente (valores, creencias y espiritualidad, sus funciones y estructuras corporales), las demandas de la actividad, las destrezas y patrones de ejecución, sus contextos y entornos¹⁶.

En muchas de las premisas del modelo PLISSIT, mencionado anteriormente, el terapeuta ocupacional puede ayudar, ya que puede asesorar sobre el mantenimiento de la salud, sobre la figura del asistente sexual, alternativas dirigidas a mejorar o facilitar la respuesta sexual y hablar con la familia.

3. Objetivos

3.1 General

El objetivo general del estudio es conocer la percepción que tienen las personas con trastorno mental sobre su propia sexualidad, así como la impresión de la misma, que tienen sus familiares y los profesionales sociosanitarios en contacto con ellos.

3.2 Específicos

- Explorar la forma en que las personas con problemas de salud mental expresan su sexualidad, y la importancia que le dan a la misma.
- Estudiar el valor otorgado por los profesionales socio sanitarios a la sexualidad en sus procesos de intervención.
- Averiguar las vivencias e ideas de los familiares de las personas con problemas de salud mental, respecto a que estos quieran participar de la sexualidad.
- Detectar los principales elementos que dificultan la libre participación de las personas con trastorno mental en las actividades sexuales.

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

El estudio sigue una metodología mixta, con enfoques cualitativo y cuantitativo. Presenta un diseño anidado o incrustado concurrente de modelo dominante, ya que recoge, simultáneamente, datos cuantitativos y cualitativos, predominando la metodología cualitativa (“*preponderancia cualitativa*”) ¹⁸, y utilizando solamente la cuantitativa para dar respuesta y complementar una cuestión concreta de la sexualidad ^{18, 19}.

Con la utilización de una metodología combinada, se obtiene una mayor comprensión de los resultados y se logra una perspectiva más amplia del fenómeno estudiado, que en este caso es la sexualidad ^{18,20}.

En este trabajo, la metodología cuantitativa, ofrece la posibilidad de cuantificar y certificar un punto específico de la sexualidad, usando la escala sobre disfunción sexual, Escala CSFQ (Anexo I), que se explica posteriormente en la recogida de datos.

Dentro de la metodología cualitativa, se sigue un enfoque fenomenológico ya que, esta investigación se centra en las experiencias subjetivas individuales de los participantes, y su intención es llegar a comprender los significados que estos le dan a la sexualidad ^{21,18,19}. En el presente estudio de investigación, como técnicas de recogidas de información se utilizan las entrevistas, observación y cuaderno de campo (explicado en el apartado de recogida de datos).

4.2 Ámbito de estudio

La investigación ha sido desarrollada en un Hospital de Día de Psiquiatría del Servicio Gallego de Salud desde el mes de Febrero del 2015 a Mayo 2015.

El Hospital de Día es un dispositivo intermedio entre la hospitalización a tiempo completo y la asistencia ambulatoria para las personas con problemas de salud mental que necesitan una rehabilitación para mejorar su calidad de vida y autonomía personal. Está orientado al tratamiento de personas con trastorno mental, por medio de medidas psicoterapéuticas (individuales y grupales) y psicofarmacológicas, bajo un abordaje multidisciplinar. Su objetivo es garantizar la permanencia del paciente en la comunidad, así como mejorar su entorno sociofamiliar^{22,23}.

4.3 Entrada al campo

Se produce gracias a la Universidad de A Coruña, a través de la asignatura “Estancias Prácticas VII”, perteneciente al 4º curso de la titulación de Grado de Terapia Ocupacional, con duración de Octubre-2014 a Enero-2015.

En diversos momentos a lo largo de las Estancias Prácticas VII en el hospital, los usuarios han manifestado su preocupación por las dificultades que experimentan en su esfera sexual, culpando mayoritariamente a los fármacos. Así como, la necesidad y la falta de cariño proveniente de una pareja. Por lo que se considera necesario una mayor profundización en el tema, razón que lleva a la realización del estudio.

Se le presenta la propuesta de estudio a la persona responsable del Hospital de Día, así como a la terapeuta ocupacional y acceden a que se realice el estudio (Anexo II, III, IV), firmando también, el compromiso la investigadora principal (Anexo V). Se envía solicitud al Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia (CEICG), perteneciente al Servicio Galego de Saúde (SERGAS) (Anexo VI)²⁴.

Una vez conseguida la hoja de aceptación de dicho Comité, se procedió a ofrecerles a participar en el estudio de manera voluntaria a los usuarios, familiares y profesionales, bajo los criterios de anonimato y confidencialidad. Para ello, se entregó una hoja de información y otra de consentimiento informado (Anexo VII, VIII) siguiendo el modelo de referencia del CEICG (SERGAS) ²⁴. La investigadora se puso en contacto con los diferentes participantes del estudio, a través de la terapeuta ocupacional del Hospital de Día, ejerciendo esta como portera, ya que es la encargada de facilitar el acceso al campo.

Todo ello se explica brevemente en la siguiente figura, (Figura 1)

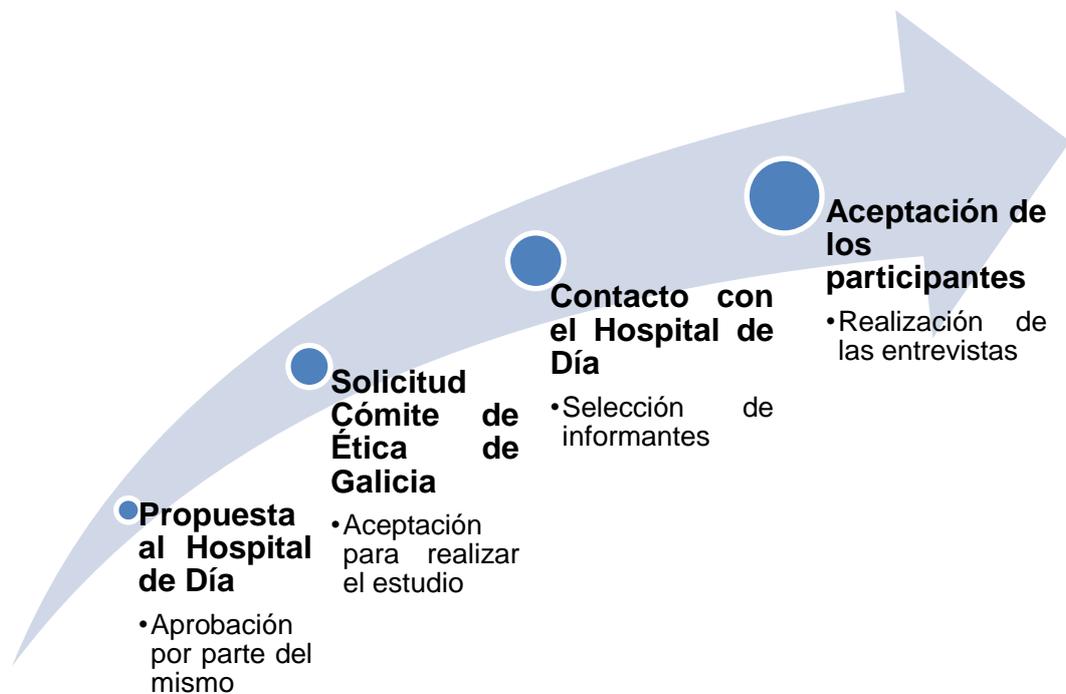


Figura 1. Síntesis de entrada al campo. Fuente: Elaboración propia

4.4 Posición de la investigadora

La investigadora era una persona externa al ámbito donde se realizó el estudio. En cambio, conocía el lugar, ya que había estado anteriormente 4 meses de prácticas, por lo que ya presentaba una relación terapéutica con los participantes.

4.5 Selección de informantes

Para la selección de la muestra se utilizó un muestro teórico intencionado, ya que se eligieron a los participantes teniendo en consideración los criterios de inclusión y exclusión propuestos a continuación, para crear unos perfiles que permitieran responder a los objetivos y garantizar la representatividad de la muestra ^{19,21}. La estrategia de muestreo fue homogénea, ya que las personas que participaron en el estudio comparten unas características similares, con el objetivo de simplificar y reducir la comprensión de la sexualidad en torno a las personas con trastorno mental¹⁸.

Se establecieron 3 grupos, lo que permitió recoger datos de diversas fuentes con el objetivo de tener diferentes puntos de vista sobre el tema investigado. Los grupos que formaron la muestra son las personas con trastorno mental que acuden al Hospital de Día, sus familiares y los profesionales sociosanitarios que allí trabajan. Los criterios de inclusión y exclusión se establecen en la siguiente tabla (Tabla I):

Tabla I: Criterios de inclusión y exclusión de los diferentes grupos de participantes. Fuente: Elaboración propia.

| | Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|---|--|--|
| Grupo I: personas con trastorno mental | -Estar diagnosticado de espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno bipolar y trastornos relacionados, trastorno obsesivo compulsivo y otros trastornos, trastornos de personalidad, | -Encontrarse en una situación aguda durante el periodo de estudio. |

| | | |
|---|---|--|
| | <p>trastornos del desarrollo neurológico según el DSM-V.</p> <p>- Estar ingresado en el Hospital de Día de Psiquiatría.</p> <p>-Firmar el consentimiento informado.</p> <p>-Ser mayor de edad.</p> | |
| Grupo II: familiares | <p>-Ser familiar directo de una persona con problemas de salud mental atendido en el Hospital de Día de Psiquiatría.</p> <p>-Firmar el consentimiento informado.</p> <p>-Ser mayor de edad.</p> | <p>-Tener problemas de salud mental.</p> <p>-No poseer la aceptación de su familiar para la participación en el estudio.</p> |
| Grupo III: profesionales sociosanitarios | <p>-Trabajar en el hospital de Día de Psiquiatría donde se va a llevar el estudio de investigación.</p> <p>-Estar en contacto directo con los usuarios.</p> <p>-Firmar el consentimiento informado.</p> | <p>-Estar de prácticas o de voluntario.</p> |

4.5.1 Descripción de los perfiles de informantes

Grupo I: personas con trastorno mental

Se entrevistaron a 11 usuarios que acuden al Hospital de Día donde se llevó a cabo el estudio, siendo 4 mujeres y 7 hombres de edades comprendidas entre 18 y 47 años (edad media de 35,45 años). En la siguiente tabla se detalla toda la información (Tabla II):

Tabla II: Perfil de usuarios entrevistados. Fuente: Elaboración propia

| SEXO | EDAD | DIAGNÓSTICO |
|-------|------|--|
| Varón | 38 | Esquizofrenia Parafrenica |
| Varón | 25 | Trastorno Bipolar tipo 1 |
| Varón | 47 | Trastorno Bipolar y Esquizoafectivo |
| Mujer | 44 | TOC |
| Varón | 38 | Trastorno de la Personalidad |
| Varón | 18 | Psicosis |
| Varón | 46 | Trastorno Bipolar y Esquizofrenia Paranoide |
| Mujer | 26 | Trastorno del Espectro Autista o Trastorno generalizado del desarrollo |
| Mujer | 36 | Esquizofrenia |
| Mujer | 37 | Trastorno Bipolar |
| Varón | 35 | Trastorno Bipolar |

Grupo II: familiares

Se entrevistaron a 5 familiares de personas con algún problema de salud mental que acuden al Hospital de Día donde se realizó el estudio, teniendo la aprobación de los usuarios primeramente, aceptando solo 3 de ellos (dos mujeres y un hombre). Los familiares, eran 4 mujeres y 1 hombre. Las edades de los mismos estaban comprendidas entre los 18 y

50 años (edad media de 37 años). En la siguiente tabla se detalla toda la información (Tabla III):

Tabla III: Perfil de familiares entrevistados. Fuente: Elaboración propia.

| SEXO | EDAD | PARENTESCO |
|-------|------|------------|
| Mujer | 50 | Hermana |
| Mujer | 18 | Hija |
| Mujer | 21 | Sobrino |
| Mujer | 46 | Madre |
| Varón | 50 | Padre |

Grupo III: profesionales sociosanitarios

Se realizaron 6 entrevistas a profesionales de diferentes disciplinas del Hospital de Día que estaban en contacto directo con los usuarios. Tenían edades comprendidas entre los 37 y 58 años.

4.6 Plan de trabajo

El estudio tuvo una duración de 7 meses. El cual aparece explicado detalladamente en la tabla siguiente (Tabla IV):

Tabla IV: Cronograma del estudio de investigación. Fuente: Elaboración propia.

| | AÑO 2014 | | | AÑO 2015 | | | |
|--------------------------------------|----------|-----|-----|----------|-----|-----|-----|
| | Nov | Dic | Ene | Feb | Mar | Abr | May |
| Descripción del problema | ■ | | | | | | |
| Búsqueda bibliográfica | | ■ | ■ | ■ | | | |
| Recogida de datos | | | | | ■ | | |
| Análisis de la información recogida | | | | | ■ | ■ | |
| Resultados, discusión y conclusiones | | | | | | | ■ |

4.6.1 Descripción del problema

Con la realización de las “Estancias Prácticas VII”, la alumna establece contacto con todos los usuarios del Hospital de Día, así como con los familiares y los profesionales. Se observó que era un tema que los usuarios tenían presente y mostraban gran preocupación por ello, y es a partir de este momento cuando se aborda la posibilidad de llevar a cabo un estudio de investigación y se inicia con la búsqueda de la información.

4.6.2 Búsqueda bibliográfica

La búsqueda de información se ha realizado en diferentes bases de datos y buscadores: Pubmed y Dialnet. También se ha utilizado libros de la Biblioteca de la Universidad de A Coruña (UDC), y los buscadores GOOGLE, GOOGLE ACADÉMICO para indagar en diversas páginas web,

con el fin de encontrar la información necesaria y conseguir un conocimiento más amplio del tema.

La estrategia de búsqueda se ha llevado a cabo con los siguientes descriptores: “Sexualidad”, “Salud Mental”, “Afectividad”, “Sentimientos”, “Familia”, “Enfermedad Mental”, “Apoyo Social”, “Terapia Ocupacional”, “Discapacidad”, “Relaciones Amorosas”, “Educación Sexual”. En la base de datos Pubmed se emplearon los términos específicos de dicha base (“Mesh”): "Sexuality", "Occupational Therapy", "Sexual Behavior", "Mental Disorders", "Couple", "Mental Disease", "Mental Illness", "Mental Health".

Se realizaron las diferentes combinaciones de términos empleando el operador booleano “AND y OR”. Como límites se han establecido: la antigüedad de la publicación de los artículos (publicados desde hace no más de diez años), el idioma (inglés o español) y texto completo, con el fin de delimitar la búsqueda. De los artículos encontrados, se eliminaron duplicados y se seleccionaron los que aportaban información relevante.

4.6.3 Recogida de datos

Las herramientas que se emplearon para la recogida de información de tipo cualitativo fueron las técnicas conversacionales (entrevistas individuales semiestructuradas), las observacionales (observación participante y no participante) y un cuaderno de campo. Y de tipo cuantitativo se utilizó la escala sobre disfunción sexual, Escala CSFQ.

4.6.3.1 Entrevistas individuales semiestructuradas

Una vez que las personas accedieron de forma voluntaria a participar en el estudio, se concretó el momento para realizar las entrevistas presentándoles el consentimiento informado y explicándoles los objetivos del estudio.

Son la principal fuente de datos en este trabajo y se llevaron a cabo en los 3 grupos que conforman la muestra, variando las preguntas en función del grupo al que pertenecieran (Anexo IX, X, XI). Las entrevistas estaban compuestas por un guión de preguntas abiertas y neutrales elaboradas por la investigadora, que les permitían expresarse, comentando sus opiniones y/o experiencias y de tal modo, responder a los objetivos del estudio.

Las entrevistas se realizaron de forma individual, siendo primero a los usuarios, en segundo lugar a los familiares y, por último, a los profesionales sociosanitarios. El ambiente en el que se desarrollaron las mismas fue en un despacho del Hospital de Día, que se encontraba en condiciones óptimas para su realización.

Todas las entrevistas fueron grabadas en audio, para obtener toda la información verbal sin entorpecer la entrevista, lo que se notificó con un documento de consentimiento para la grabación de la misma (Anexo XII) y fueron codificadas con una plantilla para garantizar su anonimato (Anexo XIII). Estas se transcribieron posteriormente para poder analizar los discursos, buscando semejanzas y diferencias en los mismos.

4.6.3.2 Observación

Se realizó una observación participante y no participante en los distintos momentos en que se relacionó la investigadora con los integrantes del estudio, así como en las entrevistas y en otros momentos cuando salió espontáneamente el tema estudiado y se observaron las distintas manifestaciones verbales y no verbales de los diferentes usuarios.

4.6.3.3 Cuaderno de campo

La investigadora tiene un cuaderno de campo, no adscrito en el presente documento, en el que se encuentran diferentes aspectos ocurridos en el desarrollo de la investigación. Como puede ser, la información verbal y no

verbal que dan los participantes en la entrevista, así como el horario y tiempo transcurrido, reflexiones propias, sentimientos y retirada de algún participante.

4.6.3.4 Escala de disfunción sexualidad (Anexo I)

Una vez finalizadas las entrevistas con los usuarios, se les ha pasado una escala de disfunción sexual. Se ha elegido el Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ-C), en la versión traducida al español “Cuestionario de Cambios en la Función Sexual – CSFQ- (Clayton y cols., 1997)” que se encuentra adaptada y validada. La escala evalúa los cambios en el funcionamiento sexual, utilizando dos marcos de referencia temporales: primero se le pregunta por toda su vida, y después por el momento actual; además la escala presenta fiabilidad, eficacia y sensibilidad a los cambios ^{14,25}.

La escala diferencia entre hombres y mujeres; teniendo 36 ítems y 34 respectivamente. Los ítems se puntúan siguiendo una escala de Likert de 5 valores, en los que el 1 significa lo peor y 5 lo mejor ²⁵.

Los puntos de corte para diferenciar entre problemas y ausencia de ellos son los siguientes ^{14,25}:

- Deseo/frecuencia: hombres 8, mujeres 6.
- Deseo/interés: hombres 11, mujeres 9.
- Placer: 4 en ambos.
- Arousal/excitación: hombres 13, mujeres 12.
- Orgasmo: hombres 13, mujeres 11.
- Función sexual global: hombres 47, mujeres 41.

4.6.4 Análisis de la información recogida

Toda la información obtenida en las entrevistas fue analizada de manera detallada, así como la escala pasada a los usuarios.

Este proceso siguió varias fases. En primer lugar, se procedió a la transcripción de la totalidad de las entrevistas realizadas, asignando a cada una un código que permitiera identificarlas posteriormente. A continuación, se realizó un primer análisis en el que la investigadora leyó y organizó todos los datos emergentes de las entrevistas.

Posteriormente se realizó un trabajo de elaboración de categorías, utilizando un enfoque inductivo, el cual permitió que las diferentes categorías emergieran de los datos que se iban analizando y resultaban de interés para los participantes y para los objetivos del estudio ¹⁹.

Finalmente, se realizó un análisis más profundo de las categorías emergentes, bien para consolidar, modificar o suprimir alguna de ellas.

En relación a la escala, se procedió a su interpretación, una vez analizadas las entrevistas.

Todo se explica de manera simplificada en la siguiente figura (Figura 2):

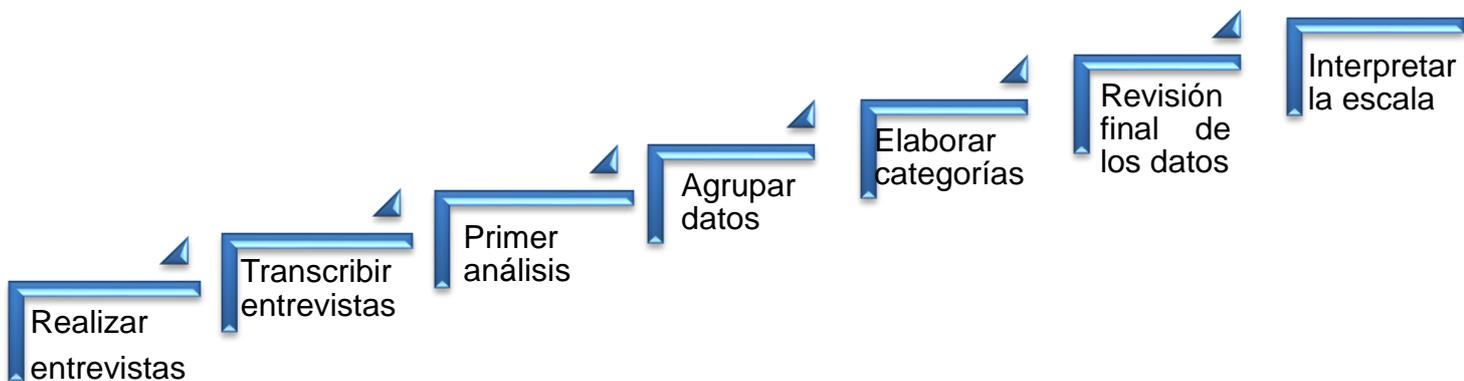


Figura 2. Síntesis del análisis de la información recogida. Fuente: Elaboración propia.

4.6.5 Resultados, discusión y conclusiones

Tras el análisis de toda la información recogida, se han elaborado los resultados, discusión y conclusiones del estudio, detallados en los apartados correspondientes de este documento.

4.7 Criterios de rigor y calidad de la investigación

Los criterios que se van a utilizar para evaluar la calidad científica de este estudio y por lo tanto su rigor metodológico son ^{19,26,27}:

- **Consistencia o fiabilidad:** posibilidad de que otros investigadores obtengan resultados similares, si utilizan los mismos procedimientos de trabajo.
 - Para alcanzarla se realiza una descripción detallada del estudio, de la muestra y del análisis. También se tiene en cuenta la neutralidad de la investigadora, y no se establecen conclusiones antes de que los datos sean analizados.
- **Credibilidad o validez interna:** Mertens la define como la *“correspondencia entre la forma en que el participante percibe los conceptos vinculados con el planteamiento y la manera como el investigador retrata los puntos de vista del participante”*²⁰. Es decir, si se ha comprendido el significado real de lo que manifestaban los participantes.
 - Se consigue mediante las observaciones y conversaciones con los participantes, la descripción detallada del estudio y de la muestra, y la triangulación de los datos.
- **Confirmabilidad o auditabilidad:** se refiere a demostrar que no hay sesgos, intereses, perspectivas, etc. del investigador, y por lo tanto los resultados emergen de los participantes y del contexto de la investigación.
 - La neutralidad de la investigadora viene dada por no estar vinculada con el fenómeno de estudio, dispone de las transcripciones textuales de las entrevistas, descripción detallada del estudio, contrastando los resultados con la literatura existente, se utiliza la triangulación para comparar los puntos de vista e identificación de limitaciones de la investigación.

- **Transferibilidad o aplicabilidad:** es el grado en que los resultados del estudio pueden ser aplicados a otras personas. Los resultados derivados de la investigación cualitativa no son generalizables sino transferibles.
 - o Se consigue gracias a la descripción detallada del estudio, de las características de las personas y del lugar.

4.8 Aspectos éticos y legales

Se han tenido en cuenta consideraciones éticas generales, como la confidencialidad y la obtención del consentimiento informado (Anexo VIII) de los participantes en el estudio, tal y como manifiesta la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013)²⁸. Además, primero se solicitó permiso en el Hospital de Día para realizar el trabajo (Anexo II), y posteriormente se envió la propuesta al Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia (Anexo VI). Recibiéndose la respuesta de aprobación el día 23 de Febrero de 2015. A partir de ese día, los participantes fueron informados sobre la metodología y objetivos de la investigación, en unas hojas de información (Anexo VII).

Las entrevistas fueron grabadas con la previa aceptación de la persona (Anexo XII), transcribiéndose de tal manera que no puedan ser identificados los diferentes participantes. Para ello se asignan códigos a cada uno de los informantes (U: usuarios, F: familiares, P: profesionales sociosanitarios) seguido de un número del orden de entrevista realizada (Anexo XIII). Así mismo, al finalizar el estudio, las grabaciones de audio fueron destruidas.

Como terapeuta ocupacional, se tiene en cuenta la Guía del Código Ético de Terapia Ocupacional (AOTA, 1998), documento que refleja los valores y principios que se tienen que tener en cuenta para promover y mantener los principios éticos ²⁹.

Los datos de los participantes se encuentran protegidos bajo el anonimato y confidencialidad, siguiendo las leyes:

- Ley Básica de la Autonomía del Paciente 41/2002 ³⁰.
- Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal ³¹.

5. Resultados

5.1 Entrevistas

Tras el análisis detallado de la información referida por los participantes emergen diferentes categorías de significado y subcategorías. A continuación, en la siguiente figura (Figura 3) se observan las mismas:



Figura 3. Categorías de resultados. Fuente: Elaboración propia.

Las diferentes categorías son presentadas con una descripción y “verbatim” de los participantes garantizando el anonimato de la siguiente forma: Personas con Trastorno Mental (U), Familiares directos de personas con trastorno mental (F), y Profesionales (P).

5.1.1 Participación social

Según, Mosey, es entendida como los “*patrones de comportamiento organizados que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social*”¹⁶. Se distingue la participación en la comunidad (relaciones en el trabajo, colegio, con los vecinos, etc.), con la familia y con los compañeros y amigos¹⁶.

Las personas con trastorno mental se dan cuenta que tienen dificultades en la participación social, y así lo manifiestan:

“[...] Mis amigos ya no existen” (U1).

“De relaciones de amistad con amigos, no tengo”, “[...] tampoco tenía mucho donde ir para buscar un grupo de gente [...]” (U7).

“Yo tengo dificultades de relacionarme con la gente, [...] tengo limitaciones de encontrar a alguien [...]” (U10).

Así como, sus familiares, también concuerdan con la pobre participación en dicha área:

“[...] Con gente de su edad le cuesta muchísimo”, “[...] está siempre conmigo [...]” (F4).

“[...] tiene amigos. Muchos no son recomendables...”, “porque todos están enganchados en las drogas [...]” (F5).

Los profesionales, achacan los problemas derivados de la relación con el otro, a la propia enfermedad y a los efectos secundarios de muchos de los fármacos que toman:

“[...] Tienen mucho más limitada su interacción social [...]”, “[...] por el deterioro que supone la enfermedad” (P1).

“[...] Tienen dificultad para relacionarse con su entorno, para mantener relaciones interpersonales, con lo cual también están limitados para establecer una relación normal con otras personas [...]” (P5).

“La gente que inicia la enfermedad muy temprano, tiene realmente dificultades serias de participación social, de sociabilización, de encontrar un grupo de pertenencia y mantener [...]”, “[...] de los 24 pacientes ingresados actualmente, solo dos de ellos tienen pareja” (P6).

5.1.1.1 Aislamiento

Según la RAE, aislamiento es *“incomunicación, desamparo”*³². Algo que se refleja en el discurso de los participantes:

“No salgo mucho, no salgo casi de casa, estoy muy aburrido” (U1).

“[...] estaba un poquito apartado, siempre me tuvieron de lado” (U3).

“No, no suelo salir”, “[...] ahora estoy parado, no tengo novia, no tengo relaciones sexuales [...]” (U5).

“Me gustaría tener a alguien con quien hablar para empezar... [...] me siento solo”, “[...] desde hace 20 años, que deje de trabajar, me encerré en casa porque tampoco tenía dónde ir” (U7).

“No tengo nada, ni trabajo ni nada [...]”. (U11).

Los familiares y profesionales, también manifiestan que apenas no salen de casa, ni se relacionan con nadie:

“[...] Iba a al gimnasio y se desapuntó... a sitios en los que puedes conocer a gente no va, no hace nada, ahora no hace nada [...]” (F3).

“[...] En general, se suelen aislar, eso ya dificulta tener relaciones sexuales o encontrar pareja [...]”, “[...] tienen miedo por la reacción, desconfían de sí mismo, no saben si la otra persona que quieren conocer, lo va aceptar o no. Por inseguridad de ellos mismos” (P2).

5.1.1.2 Relaciones sentimentales

Una relación sentimental o de pareja es un *“nexo de amor que surge entre dos personas que se complementan”*³³. Para casi todas las personas es importante, y los participantes así lo manifiestan:

“[...] Ahora estoy en una época, que ya es hora de buscar chica y no andar por ahí siempre de puterío”, “[...] yo quiero una chica que se preocupe por mí, que sepa estar conmigo...que me cuide” (U1).

“[...] Lo de tener pareja es importante, un apoyo, un alguien con quien estar, decirle que tal cariño, un abrazo, un beso...” (U2).

“Toda persona necesita tener alguien a su lado” (U4).

“Tener pareja es muy importante”, “por lo menos estas acompañado, y... formas un equipo con una chica, y... tiras para adelante [...]” (U5).

“Ahora me doy cuenta de que... tengo que espabilarme”, “porque ya soy adulto y tengo que encontrar a alguien [...]” (U5).

“No tengo, pero me gustaría tenerla” (U6).

“Si me gustaría tener, [...] pero no encontré mi príncipe aun...” (U8).

“Bueno... si encontrase a alguna persona adecuada, sí que no me importaría tener pareja” (U9).

5.1.1.2.1 Esporádicas

Según la RAE, esporádico se define como *“ocasional, sin antecedentes ni consiguientes”* ³². Los participantes, clarifican sus relaciones de pareja como eventuales y sin importancia:

“Muy locas, [...] porque siempre estuve con...vicio por el medio, y con... drogas y alcohol” (U1).

“[...] Muy esporádicas, muy aquí te pillo aquí te mato. Sin ninguna relación de futuro” (U2).

“Esporádicas, [...] porque a lo mejor... mi físico no es el mejor... a lo mejor fue por eso [...]” (U3)

“Un poco revueltas. Al principio, si me enamoré. Luego, no iba en busca de enamoramiento, simplemente iba en busca de lo que se llama hoy, de rollos, [...] salía, a la discoteca, me enrollaba con uno, pasaba la noche y al día siguiente hasta luego” (U4).

“Cortas y sin mucha importancia, [...] porque a veces la sexualidad y la afectividad no van unidas” (U9).

La visión de un familiar, concuerda con la de los participantes, manifestando:

“[...] Sí que tuvo parejas, pero nunca fue ninguna firme. [...] Siempre ha sido un poco disperso todo” (F2).

5.1.1.2.2 Experiencias negativas

Las relaciones de pareja, pueden ocasionar sufrimiento y/o dolor a ambos o a uno de ellos ³³. Este aspecto es destacado por los participantes del estudio, como algo habitual en sus noviazgos:

“[...] Todas mis experiencias han sido negativas” (U2).

“[...] Y las chicas eran lo que querían, como mangonearme [...] mandarme de recadero, como el tonto del bote” (U3).

“[...] Me hicieron bastante daño [...]”, “los típicos negritos que lo que quieren es dar contigo, para que les des de comer, dinero, casarse contigo para conseguir los papeles” (U4).

“[...] Experiencias malas”, “cambiaría la manera de vivir, la libertad de ella, porque yo era muy celoso [...]” (U5).

“Una me agobiaba, sufrí mucho, me hizo mucho daño, [...]” “[...] me mandaba pisarle y quería que bebiera su meo” (U8).

“[...] Me tengo enamorado y tengo sufrido mucho por el amor”, “es que una vez que saben mi enfermedad, donde estuve... ya me dejan. Eso es lo que me afecta después, que me dejan machacado”, (U11).

Así mismo, dos de los familiares lo corroboran, comentando:

“[...] Todos se aprovecharon de ella” (F3).

“[...] Cuando acabó la 2º relación, me contó que le hacía tomar su pis [...]” (F4).

5.1.2 Sobreprotección familiar

La sobreprotección, se entiende como un “exceso de cuidado y/o protección hacia las personas por parte de sus familiares más

cercanos”³⁴. Algo evidenciado en los discursos de los familiares de las personas con trastorno mental participantes en el estudio:

“Lo entiendo y lo permito pero [...] aunque pueda tener una conversación con el novio de mi madre y demás...Pues nunca me va a apetecer ir a cenar con ellos dos ni nada de ese estilo[...]”, “[...] el hecho de hacer cosas los 3 como una familia no”. (F2)

“Si nos lo presentara a nosotras, [...] si hace cosas de pareja normales, a tomar algo, a cenar... pero como no nos lo presenta, ni hace cosas de pareja pues no me parece normal, ni bien” (F3).

“[...] si yo no lo conozco, no me puedo llevar con él, no puedo decir que si me siento orgullosa de que mi tía esté con él” (F3).

“[...] yo le dije que de momento no se acostara con él, espero que me haga caso” (F4).

“Este fin de semana quedaron, [...] y yo estaré cerca tomando algo por allí en el local de enfrente. [...] Para controlar un poquito, [...] o en la mesa de al lado tomando una hamburguesa” (F4).

5.1.2.1 Infravaloración externa e interna

Según la RAE, infravalorar es *“la forma de atribuir a alguien un valor inferior al que tiene”*³². Se aprecia en el discurso de algunos de los participantes al manifestar que no se les permite tener una relación de pareja, o que ellos mismos no pueden mantenerla. Esto viene dado por la devaluación que las personas con trastorno mental tienen de sí mismas, por comentarios y actitudes que tiene la gente hacia ellos.

“[...] Si me dejan, pues si me gustaría tener novia otra vez” (U1).

“[...] Soy muy malo en las relaciones, no sé, no se me dan bien” (U2).

“[...] Mi familia está involucrada en que no la busque, no me apoyan, [...] Mis hermanos llevaron sus chicas a casa... yo no las puedo llevar [...] Porque piensan que como estoy enfermo, no tengo derecho... no puedo tener pareja” (U3).

“[...] tú no tienes pilila, tu no vales para hacer esto, ti non vales para nada [...] y ya me fui decayendo”, “[...] me han quitado esa ilusión” (U3).

“[...] a mí me gustaría tener una relación, pero creo que la otra persona no querría [...]” (U7).

“[...] Mi madre dice que no me haga ilusiones con la gente, porque si no llevo los palos que llevo” (U10).

Uno de los profesionales lo manifiesta también:

“[...] Para las familias es como que la enfermedad cubre todo el resto de la persona, si está enfermo es como que eso ya no existe, no lo tienen en cuenta, [...] la sensación que da es esa”, “[...] ellos mismos también tienen miedo de pasar la enfermedad, por genética a sus hijos y entonces en muchos casos se autolimitan” (P6).

5.1.3 Sexualidad

Según la OMS, la sexualidad es un *“aspecto central del ser humano, que abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas y relaciones interpersonales”*¹. Los participantes ven la sexualidad como algo más amplio que el acto sexual:

“Tener una relación, un amor, [...] no solo el acto sexual en sí, lo veo más amplio...”, “[...] es secundario al amor, algo que buscamos todos” (U2).

“[...] Para que haya sexualidad tiene que haber cariño, una atracción [...]. Es la culminación de cariño y del sentimentalismo”, “abarca todo, el hablar las cosas, conectar, compaginar....” (U3).

“Lo más importante de la sexualidad es que haya amor porque... el sexo por el sexo no satisface [...] tener una confianza, y conocer a la persona...” (U5).

“El cariño, caricias, es más que el acto”, “[...] es muy importante” (U6).

“Es importante [...], abarca caricias, compenetración, complicidad, besos...” (U8).

“Es un conjunto de cosas, no solamente el sexo, [...] está ligado a la afectividad de la persona, al estado de ánimo, a lo que es la persona, la integridad de la persona”, “[...] es importante porque si no, no sería pareja (U9).

“Hacer el sexo, [...] el amor y la comprensión, el entendimiento” (U10).

5.1.3.1 Destape

La socióloga Raquel Osborne define el destape como *“un ansia de libertad sexual de la población española”* ³⁵. Hoy en día, la sexualidad ya no es tan tabú como años atrás, pasando a ser esta muy liberal y natural.

“De forma abierta, porque cerrarse a una cosa que es normal” (U2).

“[...] La juventud ve el sexo como un cachondeo, no lo ven como una cosa seria [...]” (U3).

“Una cosa normal y corriente [...]”, “influyen los medios informativos, la información toda que hay hoy en día [...]” (U4).

“De eso habla todo el mundo ahora mismo” (U6).

“[...] Cómo un pasatiempo más, como quien va al cine o se toma unas pipas”, “yo creo que cambió mucho el sistema, aquí en España mandaba mucho la religión, [...] y ahora se ha impuesto una sociedad en la que solo importa el dinero para poder gastarlo y pasarlo bien, [...] y el sexo simplemente es algo más y como el sexo es gratis y más barato que otras cosas pues lo han querido devaluar...” (U7).

“Ha cambiado, [...] se ve de una manera un poco vinculada al sexo” (U9).

“Ha cambiado, [...] yo veo por la calle a parejas jóvenes 15 o 16 años y tal... antes no, antes 18 o 19”, “[...] corren más, se adelantan a los acontecimientos”(U10).

Los familiares y profesionales, coinciden también en que la sexualidad es mucho más liberal hoy en día:

“[...] Con normalidad”, “[...] yo antes con mi madre no hablaba de estos temas. Y mis hijos conmigo de estos temas hablan con normalidad” (F1).

“Antes [...] era tabú, ahora no porque la gente ya habla distinto, habla de todo, [...] los chavales, los niños pequeños sobre todo ya empiezan pronto...” (F5).

“[...] Se hipersexualiza todas las relaciones [...]” (P1).

“[...] Tapujo no lo hay, [...] pero no tienen tanta información como la que ellos presumen”, “[...] yo creo que se pasó a ser la sexualidad, o a tener relaciones sexuales... a dios mío solo cuándo te cases o con el novio de toda tu vida, a decirlo claramente, a tener relaciones sexuales con los novios, con la pareja [...]”, “[...] la religión ha intervenido mucho en la sexualidad [...]” (P2).

“[...] Yo antes lo veía más tema tabú que como lo veo ahora” (P3).

5.1.3.2 Tabú familiar

Se puede definir, Tabú, según la RAE, como *“Condición de las personas, instituciones y cosas a las que no es lícito censurar o mencionar”* ³². A pesar de ver que la sexualidad está siendo algo común en la sociedad hoy en día, entre las personas con trastorno mental y sus familiares es un tema que no llega a tocarse:

“[...] Como negativa por parte de ellos. Como que yo no sirvo para explicar esas cosas...” (U3).

“No, con nadie, eso en mi familia es un tema tabú, [...]” (U4).

“No, no hablamos, paso” (U5).

“Hablé con mi padre, pero como si no hablase, [...] porque no explica nada, no me explicó mucho”, “al principio no le comentaba nada, después fui hablando con él pero como que dejaba ese tema. Es un tema tabú” (U6).

“En casa nunca le pregunté a nadie, hasta no me dijeron si tenía alguna duda ni nada” (U7).

“[...] Tampoco es un tema que toquemos mucho la verdad” (U9).

“Nunca hable con mis padres de este tema” (U11).

Los familiares, lo corroboran, además se aprecia cierto sentimiento de rechazo o de malestar a hablar de esto con su familiar:

“[...] nunca nos hemos abierto en ese plan”, “[...] eso ya me da más reparo” (F2).

“[...] A mí al principio me daba un poco de rollo hablar con ella, porque ella tampoco me entendía lo que yo le quería decir, pero a lo mejor por el problema que tiene”, “creo que conociéndola [...] por el tono de voz que pone, yo creo que sí que se corta” (F4).

“Hablamos poco [...] porque se rebota rápido conmigo y no puedo hablar con el de esto, solo puedo hablar con el cuándo él quiere [...]” (F5).

Los profesionales, tras la experiencia que tienen, también, manifiestan que tanto familiares como usuarios no hablan sobre ello entre sí:

“Las familias [...] si piensa que es una persona que tiene un deterioro importante le cuesta más [...]” (P5).

“Los pacientes hablan de que jamás, hablan del tema con la familia, [...] que no recibieron información, que jamás se le permitió llevar una vida sexual adulta” (P6).

5.1.4 Relaciones sexuales

Una relación sexual es un *“encuentro íntimo, físico y emocional entre personas con el objeto de dar y/o recibir placer sexual, o con fines reproductivos”* ³⁶. Algunas de las personas que participan en el estudio comentan como han sido sus experiencias a lo largo de sus vidas:

“Plenas, siempre he eyaculado, [...] siempre he tenido lo que he querido” (U2).

“Muy malas [...]”, “yo no disfrute del sexo como tenía que haber disfrutado”, “nunca fue condicionado bien”, “ni fue planificada la cosa, [...] me cogió y me dijo venga vente conmigo un momento y...ala...dale que te pego...”, (U3).

“Pues me gustaron”, “algunas eran... no eran parejas, pero las conocía” (U6).

“Yo no he tenido relaciones sexuales, solamente me he masturbado” (U7).

“Mal, [...] a mí siempre me duele” (U8).

“[...] Cuando no tomaba el medicamento eran un tanto eufóricas, [...] era hipersexual, [...] era un poco duro de pelar por decirlo así” (U11).

5.1.4.1 Prostitución

En la RAE, se define como una *“actividad a la que se dedica quien mantiene relaciones sexuales con otras personas, a cambio de dinero”* ³². Es un servicio frecuente al que recurren algunas de las personas con trastorno mental, manifestado por ellos mismos y por profesionales, que dan su visión bajo la experiencia previa:

“Más bien la sexualidad yo la encontré más libre en las... chicas de afuera, de una noche”, “[...] hasta que tenía dinero, me lo gastaba todo en putas” (U1).

“Hubo parejas y hubo “conocidas”” (U2).

“[...] Muchas personas con dificultades de relación con otros, tienen necesidades sexuales, entonces, muchas veces les queda recurrir a la prostitución. [...] Me consta, porque he visto casos. [...] Pero el tema es que tienen que pagar, entonces bueno, eso ya...” (P4).

“[...] un gran número de pacientes recurren a los servicios de prostitución para solventar sus necesidades” (P6).

Una profesional aporta en relación a este tema lo siguiente:

“La figura el asistente sexual, creo que sería muy importante contemplarla”, “lo descubrí yo por haber visto casos que dices tú... que difícil lo tiene. Porque en algunos casos, sí que lo tienen difícil, o por sus dificultades... o porque no quieren ir a prostitutas directamente” (P4).

5.1.4.2 Relaciones sexuales de riesgo

Se consideran relaciones sexuales de riesgo si existe irresponsabilidad sobre las consecuencias fisiológicas, psicológicas, sociales y de relación con la pareja, cuando se dan una o varias influencias externas que pueden favorecer una disminución del control de la situación (drogas, alcohol, mantener relaciones sexuales en sitios poco íntimos...), si no tienen acceso y conocimiento del uso adecuado de medios de protección para prevenir un embarazo no deseado, y evitar el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual ^{36,37}. Alguno de los participantes en el estudio, no disponen de un lugar adecuado para mantener relaciones sexuales, por lo que optan por lugares públicos, practicando de tal manera una relación sexual de riesgo:

“Siempre fuera, porque mi padre está retirado y siempre está en casa”, “en sitios muy lúgubres. [...] En un bosque 3 veces, en un asfalto otra vez...” (U2).

“Yo no tengo sitio para poder practicarlo [...]”, “fueron en sitios muy incómodos, [...] muy precipitadamente”, “en un coche, y el otro [...] era en un prado” (U3).

“En un coche” (U4).

“En la calle” (U6).

“En el coche” (U8).

“En la calle no, pero en el coche si” (U11).

La falta de intimidad, es debida, muchas veces a que los familiares no ponen de su parte para propiciarla, porque no quieren que sus allegados tengan relaciones sexuales, corroborado también por una profesional:

“A casa no se puede llevar porque está mi padre y no me lo permite tampoco” (U3).

“Antes tuvo su intimidad, [...] pero ahora de momento no quiero que tenga tanta” (F4).

“Es bastante común que la gente te hable que siga manteniendo relaciones sexuales en la calle, que son totalmente peligrosas, falta de intimidad, [...] sin el tiempo suficiente como para realizar una actividad sexual con un preparativo, con un inicio y final agradable o adecuado. Con normas higiénicas no adecuadas, [...] con peligro de que le metan presos o multas porque están estableciendo exhibicionismo (P6).

En relación, a las medidas preventivas para evitar embarazos y contagios de enfermedades de transmisión sexual, no suelen usar ninguna medida. La mayoría, usa el condón, pero clarifican posteriormente, que no lo han usado siempre.

“Ahora últimamente, pues poco...” (U1).

“Ninguno”, “no me gustan...” (U2).

“El condón, [...] bueno siempre no” (U5).

“Condomes [...] si la relación con la que estoy es larga pues no utilizo nada porque suelen utilizar ellas el DIU o la píldora o lo que sea. [...]” (U11).

Como consecuencia del poco uso de medidas preventivas, algunos participantes comentan haber tenido enfermedades de transmisión sexual y abortos.

“Tuve así algún contagio...” (U1).

“Los condilomas [...]” (U2).

“Tuve 2 abortos” (U4).

Muchos participantes, manifiestan haber tenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol, drogas... Y verbalizan las diferencias que tiene respecto a cuándo están sobrios.

“Algún día tengo ido todo enfarlopado”, “lo hacía con el fin de mantener relaciones con más de una chica o así”, “cocaína” (U1).

“[...] la primera vez, yo estaba borracho” (U3).

“Si, y fue peor”, “porque luego la sustancia tóxica afecta al cerebro y no lo vives como natural”, “a la hora de tener erección me fue más difícil”, “pero luego me di cuenta que lo mejor era natural, cuando no me drogaba”, “[...] pues tomaba porros o así”, “alcohol... pero el alcohol no va bien para mí en las relaciones sexuales [...] por la erección” (U5).

“Pues alguna vez [...]”, “con el cristal bien”, “mal con la cocina, que se me bajaba”, “[...] fumaba porros siempre” (U6).

“Si recuerdo que a veces tardaba más llegar a eyacular [...] con alcohol” (U7).

“Con el primero si, tomaba cerveza, cubatas [...]” (U10).

“[...] Con la primera mujer. Lo que te comentaba, que la había dejado en estado, estando yo bastante bebido”, “no fue lo mismo”, “fue más como un polvo. Tu si lo haces bebido al final te das cuenta que es

como si estuvieras haciendo el ridículo, [...] porque no notas, ni gozas de lo que es el acto” (U11).

5.1.4.3 Disfunción sexual

Las disfunciones sexuales según la Asociación Mexicana para la Salud Sexual, son *“problemas en la respuesta sexual humana que impiden el desarrollo de una vida erótica plena, afectando la salud integral y autoestima del individuo, así como su relación de pareja”* ¹³. Suele ser provocada por la toma de psicofármacos, así como por el alcohol y las drogas, tal y como manifiestan los participantes del estudio:

“Con la medicación sí, [...] hubo una vez que una chica me llevó al baño y no se me levantaba [...]” (U2).

“Tengo dificultades de erección pero por la medicación”, “no se pone erecta lo suficiente, [...] no tengo orgasmo”, “[...] la medicación me reprime el sexo” (U3).

“Desde que tomo medicación, muchas veces no te apetece, [...] lo haces entre comillas por obligación para que tu compañero se sienta satisfecho, pero es por la medicación” (U4).

“Problema de erección [...] cuando bebía” (U5).

“Me paso solo una vez, con la cocaína, [...] no se me levantaba” (U6).

“Con el tratamiento que estoy tomando no eyaculo”, “llego al final pero no eyaculo...” (U7).

“El medicamento, [...] a mí me está haciendo efecto como a todos los chavales, a la hora de tener una “erucción”, “por los medicamentos, muchas veces no llego a la erección, [...] entonces dejo los medicamentos, [...]” (U11).

Un familiar, y los profesionales se muestran en concordancia con los usuarios, y manifiestan su opinión al respecto:

“[...] Dice que no eyacula y que es por culpa de las pastillas” (F5).

“Los fármacos les baja la libido, anorgasmia, son efectos secundarios muy frecuentes. [...] Problemas de erección... [...] Tienen muy muy limitada la sexualidad” (P1)

“Algunos fármacos tienen esos efectos 2º [...] En la mujer sobre todo con los antidepresivos disminuye mucho la libido y no llegan al orgasmo. Y sobre todo algunos antipsicóticos, en los varones produce falta de erecciones o impotencia” (P2).

“Viven muy mal el tema de la medicación con efectos 2º sobre la misma. Por ejemplo, que si problemas de erección, eyaculación... eso lo viven fatal los jóvenes activos” (P4).

“Algunos de los tratamientos que toman, pueden provocar problemas de disfunción sexual [...]”, “pacientes varones que tienen problemas de disfunción eréctil por tomar una medicación, o mujeres pérdida de la libido” (P5).

5.1.5 Estigma

El término estigma según Goffman, es utilizado como un *“atributo devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo”*³⁸. Las personas con trastorno mental constituyen uno de los grupos más estigmatizados, lo que influirá posteriormente en su participación social.

Los participantes, clarifican el estigma como el detonante principal para encontrar pareja:

“Te clasifican, este no porque tal”, “[...] siempre lo tienen en cuenta” (U2).

“Sí que es un estigma, [...] porque en cuanto se entere iba a decir adiós...” (U7).

“Mucha gente se aparta de la gente enferma” (U8).

“Creo que debes tener mucha confianza en la persona para contarle tu situación, es algo que abiertamente reconocerlo es difícil. [...] La

enfermad mental, yo creo que, que sí, que perjudica encontrar a alguien” (U9).

Profesionales y familiares, creen que el estigma sigue vigente y que sí que es perjudicial para que las personas con trastorno mental se integren en la sociedad:

“La sociedad les etiqueta de una forma, [...] es difícil romper eso” (F4)

“Después cuando se enteran, ya hay un distanciamiento con la persona, [...] a priori a la gente le echa para atrás, y yo creo que ya están un poco a la defensiva” (P2).

“Sí, claro que sí. Uno suele pensar, que la enfermedad mental es algo que no se va a curar nunca en la vida [...]. Además, existen muchos mitos sobre la enfermedad mental asociados a agresividad, a la locura, entonces eso sí que da miedo a la sociedad” (P5).

“Si yo creo sí, [...] que todavía sigue firme y fuerte” (P6).

Uno de los participantes, considera que existe un gran desconocimiento del trastorno mental y un fuerte estigma centrado en los estereotipos.

“No todos los enfermos somos iguales, no todos oímos voces, no todos nos encerramos y acabamos con una depresión en casa debajo de una manta, [...] cada uno es diferente”, “yo soy una persona que tengo enfermedad mental y lo sé, [...] pero no por eso soy una persona mala y no soy agresiva” (U11).

Algunos de los participantes, se han llegado a sentir discriminados por el hecho de sufrir un trastorno mental:

“El primero me ha dejado cuando se enteró de la enfermedad que tenía [...]” (U10).

“Mis relaciones acaban por mi enfermedad, porque una vez que lo saben, [...] parece que se asustan, que me tienen miedo” (U11).

“[...] Cuando hizo educación infantil le hicieron el vacío tanto los compañeros como el tutor, que fue una pasada [...]” (F4).

Otro tipo de estigma es el auto-estigma, cuando la persona asume el estigma que la sociedad tiene hacia ella, y se crean auto-prejuicios³⁸. Se desarrollan, a continuación, la opinión de algunos de los participantes:

“Tengo un poco de miedo por las chicas”, “ahora me tomarán por loco, [...] por estar en un centro de psiquiatría” (U6).

“Una persona con problema de salud mental y además catalogado, lo tiene difícil, [...] tiene que juntarse con otras personas como él” (U7).

“Yo creo, que no lo acepta ella tampoco, como si se sintiera diferente...” (F4).

“Muchas veces lo plantean ellos: no voy a poder encontrar una pareja fuera de un ámbito de otros pacientes” (P1).

Según Arnaiz, “el lenguaje es revelador, y marca una distancia entre “ellos” y “nosotros”, excluyendo a las personas con enfermedad mental del grupo al que nosotros podemos pertenecer”³⁹.

“No son como nosotros, que somos más normales” (F1).

“[...] Yo tampoco tendría una relación con [...]”, “[...] es como que no me atrae “esa clase de gente”” (F2).

“[...] Muchos de ellos se sienten rechazados” (F4).

5.1.5.1 Falta de oportunidades

Según la RAE, se define oportunidad, como “la sazón, ocasión, convivencia de tiempo y de lugar”³². Familiares y profesionales, han coincidido que las personas con trastorno mental no tienen las mismas oportunidades para poder establecer una relación de pareja:

“No creo que tenga las mismas oportunidades [...] para nada” (F1).

“Yo considero que lo tienen más complicado que otra persona”, “hay diferentes enfermedades, pero hay personas que [...] sí que se les nota y ya por eso [...]” (F2).

“Son más vulnerables, [...] son más fáciles de engañar”, “[...] hay gente que se aprovecha de gente con discapacidades” (F4).

“A mí me da la impresión que lo tienen más difícil [...] porque se les puede detectar algo”, “sí, a priori la gente no sabe que tiene una enfermedad mental, a lo mejor pueden pasar inadvertidos” (P2).

“Es más difícil. Por la propia dificultad que pueden tener por la enfermedad, por cuestiones económicas, porque les falta en muchos casos la motivación, [...]. Sí que el paciente que tuvo la pareja en algún caso ves que sigue con su novia. Pero es muy contado con los dedos de la mano, las personas que después de enfermar, se ponen de novios con una persona que no tenga una enfermedad” (P6).

5.1.6 Insuficiente intervención profesional

Siendo el Hospital de Día, un dispositivo asistencial, multidisciplinar, de atención diurna, donde los usuarios pasan la mayor parte del tiempo y reciben un abordaje y tratamiento psicosocial, deberían tratarse temas como la sexualidad. Las personas con trastorno mental, comentan que no es así, y que resultaría beneficioso que cambiase:

“No, no llega a tocarse”, “aunque eso estaría bien” (U1).

“No se trata” (U2).

“Desde que estoy yo [...] se habló varias veces del tema”, “fue un poco esporádico [...] pero las enfermeras han hablado”, “no se hace mucho hincapié”, “creo que es un tema anímico importante para cada uno de nosotros” (U3).

“Se debería hablar para cuidarse, [...] para no hacer el loco y eso” (U5).

“No se ha tratado” (U6).

“[...] deberían dar una orientación sobre cómo pueden funcionar las cosas en personas con trastornos...” (U9).

“No, es que nunca hemos hablado de eso aquí”, “si participan todos sí que es un tema importante, [...] porque cada uno da su opinión de lo que ha vivido, de lo que ha disfrutado y todo” (U10).

Uno de los profesionales comenta la necesidad explícita de tratar dicho tema:

“Es muy importante porque la sexualidad forma parte de la vida normalizada, es decir, si estamos defendiendo que tenemos que conseguir una calidad de vida, no se entiende una buena calidad de vida sino hay una buena sexualidad”, “[...] hay que trabajar sobre todas las esferas y por tanto la sexualidad, es otra de ellas y hay que integrarla dentro de la atención normalizada de estos pacientes” (P5).

Por su parte los profesionales, comentan que llega a hablarse, sobre todo en talleres de enfermería, centrándose mucho en el aspecto físico de la sexualidad y dejando atrás la parte emocional, sentimental y las relaciones interpersonales:

“Cada vez se quejan más de los efectos secundarios. [...] Los hombres, vienen quejándose de falta de erección” (P1).

“Sale el tema por efectos secundarios sobre todo, cuando se habla de fármacos [...]”, “nosotras le explicamos y si insisten pues el médico valora si compensa hacer un cambio [...] o se puede tomar, [...], un tipo de Viagra”, “a veces damos talleres de sexualidad [...] para explicarles un poco que si mantienen relaciones sexuales, como hacer para evitar todo tipo de enfermedades de contagio” (P2).

“Temas de sexualidad, de pareja... sale muchas veces en los video fórums”, “[...] a ellos les gusta sacar este tema, [...] a lo mejor

estamos hablando de medicación y ya surge por problemas de impotencia [...] Porque les preocupa” (P3).

“Sé que han hecho talleres, que tiene que ver más con aspectos de prevención y salud, [...] pero hay más aspectos de la sexualidad que son de otra índole” (P4).

“Lo que si comentan mucho es, [...] los hombres, las dificultades que pueden llegar a tener a raíz de la toma de alguna medicación [...]”, “es importante tratar la sexualidad, lo que pasa es que hay pasos previos, [...], como puede ser el autocuidado, la higiene, la precaución, la importancia de establecer una relación basada también en el respecto propio y por el otro [...] No le tenemos dedicado un tiempo exclusivo y pensado en trabajar eso [...]” (P6).

5.2 Cuestionario de cambios de la función sexual- CSFQ

Se analizaron los resultados del cuestionario de cambios en la función sexual mediante el programa informático SPSS.

Para la interpretación de la escala, hay que señalar y tener en cuenta que una de las participantes en el estudio no ha querido contestar a la escala, por lo que los resultados son en función de los otros 10 participantes, salvo en los apartados de sexo, enfermedad y medicación.

Uno de los usuarios nunca ha mantenido relaciones sexuales, por lo que la escala va en función de la masturbación, que es la única vía sexual de la que dispone esta persona.

A continuación se presentan en una tabla (Tabla VI) los datos recogidos mediante el cuestionario: el sexo de los participantes, las puntuaciones que han obtenido en las diferentes subcategorías que se divide el cuestionario, la puntuación total, la enfermedad de los participantes y si la medicación les ha afectado en su vida sexual. Así mismo, también incluye la puntuación de los ítems 32 y 28 para los chicos y 28 y 22 de las chicas.

| Sexo | Deseo/ frecuencia | Deseo/ interés | Placer | Arousal/ excitación | Orgasmo | Ítem 32 | Ítem 28 | Ítem 22 | Puntuación total | Enfermedad | Problemas sexuales con la medicación |
|--------|----------------------|-------------------|--------|------------------------|---------|------------|------------|------------|---------------------|---|---|
| Hombre | 5 | 9 | 3 | 13 | 10 | 1 | 3 | | 44 | Esquizofrenia parafrénica | Sí |
| Hombre | 6 | 12 | 5 | 15 | 9 | 1 | 1 | | 49 | Trastorno bipolar tipo I | Sí |
| Hombre | 2 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | | 16 | Trastorno bipolar esquizo afectivo | Sí |
| Hombre | 5 | 7 | 2 | 10 | 11 | 3 | 1 | | 39 | Trastorno de la personalidad | Sí |
| Hombre | 6 | 8 | 2 | 3 | 6 | 1 | 1 | | 27 | Trastorno bipolar | Sí |
| Hombre | 4 | 5 | 1 | 8 | 7 | 1 | 3 | | 29 | Psicosis | Sí |
| Hombre | 8 | 10 | 2 | 13 | 7 | 3 | 1 | | 44 | Trastorno bipolar // | Sí |

| | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|----|---|--|---|----|----|--------------------------------------|----|
| | | | | | | | | | | Esquizofrenia paranoide | |
| Mujer | 4 | 4 | 2 | 7 | 9 | | 1 | 3 | 30 | Trastorno del espectro autista | No |
| Mujer | | | | | | | | | | Esquizofrenia | Sí |
| Mujer | 4 | 6 | 2 | 5 | 8 | | 1 | 22 | 29 | Trastorno Bipolar | Sí |
| Mujer | 9 | 3 | 3 | 11 | 4 | | 3 | 2 | 35 | TOC | Sí |

Tabla VI: Datos recogidos por el cuestionario de cambios de la función sexual- CSFQ. Fuente: Elaboración propia

Se procedió al análisis detallado de los datos recogidos en el cuestionario, comentando el porcentaje.

El 63,6% de la muestra son hombres. Los diagnósticos más frecuentes son el de esquizofrenia (18,2%) y trastorno bipolar (36,4%). Un 90,9% refiere tener problemas sexuales desde que toma la medicación, como se observa en la siguiente figura (Figura 4).

Dificultades sexuales con la medicación

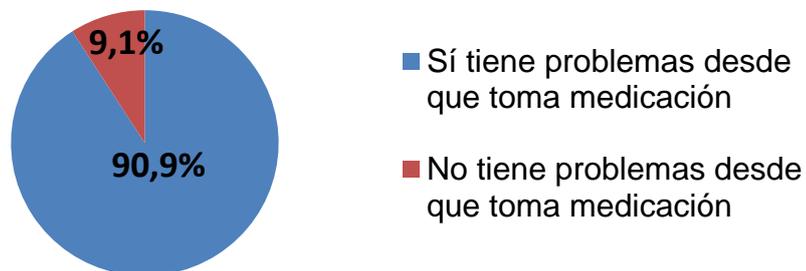


Figura 4. Resultados de si influye la medicación en la vida sexual del total de participantes. Fuente: Elaboración propia.

Del total de la muestra, el 80% no presenta un nivel adecuado de deseo y frecuencia para mantener relaciones sexuales, el 90% tienen ausencia de interés y no experimentan un placer suficiente que les permita disfrutar plenamente del acto sexual, el 70% tiene problemas a nivel de excitación, el 100% tiene dificultad para obtener un orgasmo y disfrutar del mismo, representado en la siguiente figura (Figura 5).

Dificultad para obtener y disfrutar de un orgasmo



Figura 5. Resultados de la consecución y disfrute de un orgasmo en la muestra total de participantes. Fuente: Elaboración propia.

Del total de los participantes, un 90% tiene problemas en su vida sexual, que se visualiza en la siguiente figura (Figura 6).

Disfunción sexual del total de la muestra

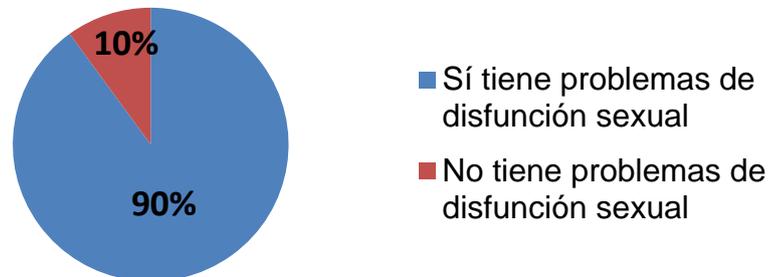


Figura 6. Resultados de disfunción sexual en la muestra total. Fuente: Elaboración propia.

Diferenciado entre sexos, el 85,7% de los hombres presenta un nivel escaso de deseo y frecuencia para practicar relaciones sexuales, al 85,7% le ha disminuido el interés por el sexo y no notan un placer óptimo, a un 57,1% de los hombres les cuesta excitarse, el 100% de ellos tiene problemas de orgasmo. En general, un 85,7% tiene problemas de disfunción sexual, que se ve posteriormente, en la Figura 7 y un 100% dicen que la medicación les ha influido en su sexualidad.

Disfunción sexual en hombres



Figura 7. Resultados de disfunción sexual en hombres. Fuente: Elaboración propia.

En el caso de las mujeres, el 66,7% tienen menos deseo y frecuencia de querer mantener relaciones sexuales, el 100% tienen muy bajo el nivel de

deseo e interés, ausencia de placer, problemas de excitación y de dificultad para llegar y disfrutar de un orgasmo. En general, el 100% de las mujeres tienen problemas de disfunción sexual, que se observa a continuación en la Figura 8, y un 75% comentan que la medicación le ha influido en su vida sexual.

Disfunción sexual en mujeres

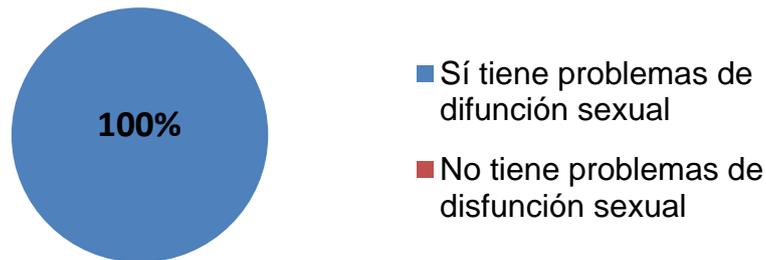


Figura 8. Resultados de disfunción sexual en mujeres. Fuente: Elaboración propia.

En relación a los resultados obtenidos en las entrevistas y en la escala, se observa que esta última complementa a los discursos de los participantes. Un 90% de los usuarios presenta problemas de disfunción sexual, y a todos, excepto a una participante le ha influido la medicación en su vida sexual. Algo que coincide con lo que comentaban los propios usuarios en las entrevistas, y muchos profesionales recalcan la dificultad que las personas con trastorno mental tenían a la hora de mantener relaciones sexuales. Al coincidir ambas metodologías en este resultado, queda más en evidencia el efecto que provocan los psicofármacos a las personas con problemas de salud mental, en su sexualidad.

Algo que no comentan los usuarios en las entrevistas, y que sí que ayuda la escala, es a saber cuál es el principal problema en las relaciones sexuales de los participantes, siendo con un 100% la dificultad para la consecución y el disfrute de un orgasmo.

6. Discusión

El presente trabajo de investigación se ha elaborado con el fin de explorar la percepción que tienen las personas con trastorno mental sobre su propia sexualidad, así como la impresión de la misma, que tienen sus familiares y los profesionales sociosanitarios en contacto con ellos.

Muchos son los estudios que abordan la sexualidad en el ámbito de la salud mental, sobre todo, en relación al aspecto más físico de la sexualidad, y enfocándola en la disfunción sexual provocada por psicofármacos. Realidad que se observa en los participantes de este estudio, y en el cual también se da una visión distinta y más emocional que en otros.

El estudio de la sexualidad, no cuenta con una larga historia, por haber estado determinada por muchos tabúes. Además de esto, a muchas personas con discapacidad no se les ha permitido tener relaciones sexuales y afectivas⁴⁰. Del mismo modo, en el presente estudio de investigación, muchos de los participantes dicen que actualmente la sexualidad, ya no es tan tabú, pero que anteriormente nadie hablaba de ella, así mismo, creen que ha cambiado la concepción de la misma, siendo actualmente algo ya visible desde jóvenes y con más libertad que años atrás.

A pesar de que el tabú acerca de la sexualidad en la sociedad va disminuyendo, en el contexto familiar no es así, como muestra el presente estudio de investigación. Ya que en el discurso, los usuarios declaran que con sus familiares nunca hablan en relación a la sexualidad y las relaciones de pareja, manifestándolo tanto las personas con trastorno mental, como sus propios familiares, así también uno de los profesionales declara que este hecho le ocurre con frecuencia en su práctica diaria, en las diferentes entrevistas con familiares y usuarios. Lo que difiere con lo

comentado por numerosos autores, que comentan que la familia debe ser la principal fuente de información en temas relacionados con la sexualidad, así como transmitirle actitudes positivas hacia ella. Deben hablar de estos aspectos en múltiples ocasiones y de manera natural y casual, como cualquier otra actividad cotidiana ^{41,42}.

En el discurso, los participantes, comentan que sus relaciones son cortas y sin ninguna importancia. Ya Collins, en el año 2003, reflejaba, que las relaciones sentimentales, estaban comenzando a ser ocasionales, con bajo compromiso y responsabilidad. Basado en ello, en el 2008 la investigación llevada a cabo por Sánchez V y cols, logra resultados similares ⁴³.

A pesar de esto, en los resultados del estudio, sobresale la importancia que tiene para los usuarios poder disfrutar plenamente de la sexualidad, y tener relaciones de pareja. Así mismo, queda en evidencia la escasa intervención que existe en el Hospital de Día para dar solución a los problemas y dudas que las personas con trastorno mental tienen respecto a este tema. Aspecto que coincide con uno de los resultados de un estudio similar ⁴⁴. En la investigación llevada a cabo por Guillén A.I y Muñoz M, en el año 2011, y que además corrobora con otros estudios, comenta que algunas de las principales carencias en las personas con trastorno mental están relacionadas con las relaciones sentimentales y la sexualidad, entre otras ⁴⁵.

La necesidad de tratar dichos aspectos, queda respaldado por la OMS que publica las Guías sobre Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) en las que pone de manifiesto que las relaciones, “*son importantes y esenciales para el crecimiento y desarrollo personal*” ⁴⁶, y que la sexualidad “*es importante en la salud y bienestar*” ⁴⁶.

Además, según la WFOT, los terapeutas ocupacionales “*posibilitan que los usuarios desempeñen y se comprometan con aquellas ocupaciones que tienen significado personal y que promueven la participación*”¹⁵. Por lo tanto, los terapeutas ocupacionales, deberían abordar los temas de sexualidad y de relaciones de pareja ya que para las personas con trastorno mental en ambos aspectos presentan dificultades y siendo estos muy importante para ellos.

La disfunción sexual, uno de los resultados obtenidos por ambas metodologías, concuerda con los resultados de otros investigadores^{44, 47,48}. En el presente estudio, la dificultad de obtener y disfrutar de un orgasmo es el problema más frecuente, algo que concuerda con los resultados de los estudios mencionados anteriormente. Destacando también, la disminución de la libido en las mujeres y la falta de erección y eyaculación en los hombres.

Uno de los participantes del estudio manifestaba que una de las causas por las que dejaba la medicación era por los efectos que ésta le producía en su vida sexual. Hecho que corroboran estudios, en los que los investigadores, afirman que muchas personas abandonan el tratamiento ya que este les provoca disfunciones sexuales^{47,48}.

Acorde a lo reflejado en los resultados del estudio, sobre la sobreprotección familiar y la falta de intimidad que tienen las personas con trastorno mental, lo que les impide tener relaciones sexuales óptimas y/o manifestar públicamente dichas conductas. También se encuentran evidencias en otros estudios^{40,44} en los que algunos de los participantes, resaltaban que sus familias, no les permitían tener relaciones sentimentales y sexuales. Algo que atenta contra los Derechos Humanos, ya que, en el artículo 16, se declara que “*los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna a casarse y fundar una familia*”⁴⁹.

Las dificultades y las pocas oportunidades que tienen las personas con trastorno mental, para poder establecer relaciones interpersonales conlleva a una escasa participación social, algo evidenciado en el presente estudio. Siendo su principal grupo de interacción, su entorno familiar, algo que concuerda con un análisis de un programa de educación afectivo sexual ⁴⁰.

En relación a ello, la carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, declara que se debe asegurar la igualdad de oportunidades en todos los ámbitos, intensificando la protección y el impulso de las relaciones sociales ⁵⁰.

Hay infinidad de estudios y análisis, que demuestran el proceso de estigmatización que reciben las personas con trastorno mental, hecho que coincide con los resultados que se obtienen en el trabajo, y que los propios usuarios recalcan como principal dificultad para encontrar pareja. En muchos ambientes la persona con trastorno mental, experimenta el estigma y esto hace que sea muy difícil que expresen sus opiniones, deseos y necesidades. Las guías de la RBC, como solución proponen reducir el estigma y el prejuicio ⁴⁶ dando una imagen positiva del colectivo en cuestión.

El estigma provoca entre otras consecuencias, una discriminación, que conlleva al incumplimiento del artículo 1,2 y 29 de los Derechos Humanos, que en los que se declara que *“todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad, derechos y libertades y, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”*. Así como que *“toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad”* ⁴⁹.

7. Conclusiones

Debido al estigma y prejuicios existentes en la sociedad hacia las personas con trastorno mental, así como por las dificultades que tienen de participación social, y por la presión que las familias a veces ejercen sobre ellos, las personas con problemas de salud mental no consiguen, en muchas ocasiones tener pareja y disfrutar de la sexualidad, pese a ser algo muy importante en sus vidas.

Respecto a las relaciones sexuales, se observa que gran parte de las personas con trastorno mental han tenido múltiples situaciones en las que han practicado relaciones sexuales de riesgo, ya que al no tener un lugar idóneo y una intimidad adecuada, les lleva a solventar sus necesidades en sitios poco seguros. Además, se destaca el servicio de prostitución, al cual recurren muchas personas con trastorno mental para satisfacer sus necesidades sexuales.

Es necesario invertir más tiempo y dinero en investigación, porque a pesar de que muchos psicofármacos tienen cada vez menos efectos secundarios sobre la esfera de la sexualidad, aun no se han llegado a eliminar del todo y ocasionan grandes dificultades para las personas.

Los profesionales, deberían considerar añadir aspectos relacionados con la sexualidad a los diferentes talleres que oferta el Hospital de Día, ya que es un es un tema que a ellos les preocupa y dificulta su calidad de vida.

Hay que tener en cuenta que la sexualidad es única para cada persona por lo que hay tomar decisiones e intervenir según las necesidades de cada uno, abordarlo como un área de ocupación y una actividad más del ser humano, y tener en cuenta posibles adaptaciones para su realización.

8. Aplicabilidad

El estudio será de especial interés para:

- Las personas con problemas de salud mental y sus familias, ya que así serán conscientes de las necesidades existentes a la hora de abordar la sexualidad y conocer perspectivas de otras personas.
- Los profesionales sociosanitarios, ya que el estudio permite establecer si se trabaja en esta dimensión humana o no, y los déficits que encuentran los usuarios respecto a esto para poder solventarlo y así mejorar y rediseñar nuevas estrategias de intervención.
- La sociedad en general, para cambiar la visión que se tiene sobre la sexualidad y la salud mental, dejando en evidencia que tienen los mismos derechos de poder disfrutar de la misma como cualquier otra persona.
- Ofrecer nuevas vías de investigación en este campo, así como ayudar a generar conocimiento de Terapia Ocupacional en el ámbito de la sexualidad y justificar su trabajo en el mismo.

9. Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones que se encontró en el estudio es la falta de profundización en los resultados, ya que, por falta de tiempo no se pudo realizar un grupo de discusión entre los usuarios, después de la realización de las entrevistas.

Otro aspecto que limita los resultados del estudio, es la falta de comunicación que existe entre las personas con trastorno mental con sus familiares respecto a temas tan íntimos como es la sexualidad, por lo que los usuarios no quisieron que sus familias participasen en el estudio.

10. Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a los participantes del estudio, su colaboración y amabilidad en todo momento.

A mi familia, en especial a mis padres porque me han ayudado toda mi vida en mis decisiones, y han estado conmigo en todo momento. Gracias por darme la oportunidad de poder estudiar una carrera, ya que sin vosotros sería imposible, y de enseñarme a ser quien soy. Así como a mis abuelos, que sé que se sienten súper orgullosos y a mi tía. Y sobre todo, nunca olvidándome de la gente que ya no está aquí y me guía y me apoya desde el cielo.

A mi novio, por apoyarme y aguantarme durante estos 4 años todos los momentos malos, entenderme cuando estaba con trabajos y estudiando, y siempre ayudándome en lo que podía y nunca presionándome.

Agradecer, a todos mis compañeros por estar conmigo estos 4 años, y aprender de ellos.

A mis tutoras, Carmen y María Jesús, por vuestro tiempo y entrega.

11. Bibliografía

1. Organización mundial de la salud (OMS). [Internet]. [Acceso 15 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
2. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5TM. American Psychiatric Association. Estados Unidos. 2014
3. Confederación española de agrupaciones de familiares y enfermos mentales. Asociación Pro Salud Mental PROSAME [Internet]. [Acceso 10 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.prosame.es/enfermedad/enfermedad.html>
4. Omaña R. Estudio sobre la depresión según la encuesta nacional de salud: 1995-2003. Madrid. 2008
5. Amaya C, Daubeterre L. Historia de la psiquiatría y enfermería psiquiátrica [Internet]. 2010 Marzo [Acceso 1 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/carmenamaya/historia-de-la-psiquiatra-y-enfermedades-mentales-7887892>
6. Marietán H. Historia de la psiquiatría [Internet]. 2004 Octubre. [Acceso 5 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/11/44/08_marietan.htm
7. PSICOTEMAS. Espacio para compartir material e información entre quienes transitamos las aulas. Y para seguir comunicados más allá del aula. Dimensiones y funciones de la sexualidad. [Internet]. [Acceso 1 de Noviembre de 2014]. Disponible en: <http://psikotemas.blogspot.com.es/2012/05/dimensiones-de-la-sexualidad.html>
8. Arteaga M.A., Trujillo B.M., Espinosa R.M., Perspectiva sobre la sexualidad. Psicología Universidad de Guadalajara, México. 2004.
9. Federación española de sociedades de sexología. [Internet]. [Acceso 31 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.fess.org.es/index.php>
10. López F. Sexo y afecto en personas con discapacidad. Madrid: Editorial Biblioteca nueva, S. L.; 2002.

11. Declaración de los Derechos Sexuales. Ministerio de salud. 1997. [Internet]. [Acceso 1 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/sexualidad/decladerecsexu.pdf
12. Sex-Habilidad. [Internet]. 2011 [Acceso 1 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://sex-habilidad.webs.com/conceptos.htm>
13. Asociación Mexicana para la Salud Sexual. [Internet]. [Acceso 12 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.amssac.org/biblioteca/disfunciones-femeninas/>
14. Montejo AL. Sexualidad y salud mental. Barcelona: Editorial Glosa; 2003.
15. Declaración de posicionamiento actividades de la vida diaria. Federación mundial de terapeutas ocupacionales (WFOT). 2012. Taiwán
16. Ávila A, Martínez R, Matilla R, Máximo N, Méndez B, Talavera MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
17. Malón A. Sexualidad: planteamientos y claves para la intervención profesional en el ámbito de la discapacidad. Huesca: Editorial CADIS HUESCA; 2009
18. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. MC Graw Hill Educación. México. 5º edición. 2010.
19. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones ALJIBE. Málaga. 1996.
20. Ugalde N, Balbastre F. Investigación cuantitativa e investigación cualitativa: buscando las ventajas de las diferentes metodologías de investigación. Ciencias Económicas. 2013;31 (2): 179-187
21. Dolores B. Instrumentos de recolección de información en investigación cualitativa. Cuaderno de investigación: colección: metodología de la investigación. [Internet]. 2009. [Acceso 23 de noviembre de 2014]. Disponible en:

<http://es.slideshare.net/jenifermora28/instrumentos-de-investigacion-cualitativa>

22. Plan Estratégico de Salud Mental. Consejería de Sanidad. Madrid. [Internet] 2010-2014. [Acceso 10 de diciembre de 2014]. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1268600114568&ssbinary=true>
23. Instituto de Información Sanitaria. Atención a la salud mental. Organización en las comunidades autónomas. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Madrid. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [Internet] 2010. [Acceso 10 de diciembre de 2014]. Disponible en:
http://www.asapme.org/attachments/article/55/Atencion_a_la_Salud_Mental_y_Dispositivos-2010.pdf
24. Modelos de consentimiento informado. Galicia: Consellería de Sanidade – SERGAS- CAEI de Galicia. [Internet] 2014. [Acceso 16 de noviembre de 2014]. Disponible en:
http://www.sergas.es/MostrarContidos_N2_T01.aspx?IdPaxina=60048
25. Bobes J, Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L; 2003.
26. Salgado AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit. 2007; 13(13): 71-78.
27. Noreña AL, Alcaraz N, Guillermo J, Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. AQUICHAN. 2012;12 (3): 263-274.
28. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [Acceso 13 de diciembre del 2014]. Disponible en:
<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

29. Código ético de terapia ocupacional [Internet]. [Acceso 13 de diciembre del 2014]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/CodigoEtico.shtml>
30. La ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Acceso 15 de diciembre del 2014]. Disponible en: http://www.oposiciones-kuma.com/file.php/1/auxiliar_admtvo/DEMO%20apuntes%20Juridico%20SCS%20Aux%20Admtvo.pdf
31. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. [Acceso 15 de diciembre del 2014]. Disponible en: http://www.agpd.es/portalwebAGPD/canaldocumentacion/legislacion/estatal/common/pdfs/2014/Ley_Organica_15-1999_de_13_de_diciembre_de_Proteccion_de_Datos_Consolidado.pdf
32. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 22ª ed. Madrid: Real Academia Española; 2012
33. Definición ABC. [Internet]. [Acceso 10 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/relacion-de-pareja.php>
34. Sobreprotección familiar. Libertad más no libertinaje. [Internet]. 2009. [Acceso 13 de abril de 2015]. Disponible en: <http://sobrepoteccionfamiliar.blogspot.com.es/>
35. De la represión al "destape". La provincia. [Internet]. 2015. [Acceso 13 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.laprovincia.es/sociedad/2015/03/18/represion-destape/686689.html>
36. Definición de relación sexual. Sexualidad-seguridad: Información práctica sobre las relaciones sexuales y la sexualidad. [Internet]. [Acceso 14 de abril de 2015]. Disponible en: <http://sexualidadseguridad.blogspot.com.es/2010/03/definicion-de-relacion-sexual.html>

37. Ordinas, M. Sexo seguro y responsable. Proyecto de educación para la salud dirigido a alumnado de 3º y 4º de ESO, bachillerato, formación profesional básica y ciclos formativos. Islas Baleares; 2012.
38. Muñoz M, Pérez E, Crespo M, Guillén AI. Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Editorial Complutense; 2009
39. Hernández B. El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con Trastorno Mental Severo: Una reflexión sobre el papel de las familias. Documentos de Trabajo Social. (52): 314-325
40. Navarro Y. Análisis de un programa de educación afectivo sexual para la prevención de conductas sexuales de riesgo en personas con discapacidad intelectual. Huelva: Universidad de Huelva; 2006.
41. JF Porres. Programa a padres de familia sobre educación sexual para la salud y la promoción del desarrollo individual y social de los estudiantes del instituto neurológico de Guatemala. Horizontes Pedagógicos. Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. 2012; 14(1): 43-67.
42. Torres I.A y Beltrán F.J. Programas de educación sexual para personas con discapacidad mental. Instituto de Investigaciones Psicológicas U.V. México. [Internet]. [Acceso 5 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/educacionXX1/article/viewFile/383/334>
43. Sánchez V, Ortega FJ, Ortega R, Viejo C. Las relaciones sentimentales en la adolescencia: satisfacción, conflictos y violencia. Andalucía. 2008; 2(1): 97-109.
44. González D, Cantero PA. Sexualidad y pareja en personas viviendo con enfermedad mental. TOG (A Coruña). 2013; 10 (17): [21 p].
45. Guillén A.I, Muñoz M. Artículo Monográfico. Variables asociadas a las necesidades psicosociales de personas con enfermedad mental grave usuarias de servicios comunitarios y de sus cuidadores

- familiares. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. 2011; 07: 15-24.
46. Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación basada en la comunidad: Guías para la RBC. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2012.
 47. Regal M.I, Fernández J, Paz J. Disfunción sexual asociada a tratamiento antidepresivo. Cad Aten Primaria 2011; 18: 101-106.
 48. Montejo A.L, Majadas S y Grupo Español de Trabajo para el Estudio de las Disfunciones Sexuales Secundarias a Psicofármacos Psiquiatría y atención primaria. Tratamiento de los problemas sexuales provocados por antidepresivos. Psiquiatría y atención primaria. 2005; 6 (2): 15-21.
 49. Derechos humanos: Declaración Universal de Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948
 50. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 1986

Anexos

Anexo I. Escala CSFQ

8.3. Difusión Sexual

8.3.1. Cuestionario de Cambios en la Función Sexual -CSFQ- (Clayton y cols., 1997)

| | |
|-----------------|--|
| Autores: | A.H. Clayton, E.L. McGarvey, G.J. Clavet. |
| Referencia: | <i>The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): Development, reliability, and validity.</i> Psychopharmacol Bull 1997; 33: 731-745. |
| Evalúa: | Los cambios en el funcionamiento sexual, tanto secundarios a enfermedad como a medicación. |
| N.º ítems: | 36 ítems para los varones y 34 para las mujeres. |
| Administración: | Heteroaplicada y autoaplicada. |

Descripción de la escala

- El CSFQ es un instrumento diseñado para seguir de forma sistemática los cambios en el funcionamiento sexual de los pacientes, ya sean debidos a la enfermedad y/o a la medicación.
- El cuestionario es distinto según se trate de hombres o mujeres. La versión de los varones consta de 36 ítems y la de las mujeres de 34. En ambas versiones, tan sólo 12 ítems forman la escala propiamente dicha. Los ítems restantes (24 en los varones y 22 en las mujeres) facilitan información adicional relevante al clínico.
- Los 12 ítems que forman la escala propiamente dicha se agrupan en las siguientes 5 dimensiones:
 - Deseo/frecuencia: ítems 8 y 16
 - Deseo/interés: ítems 11, 17, y 18
 - Placer: ítem 5
 - Arousal/excitación: ítems 19, 20, y 21
 - Orgasmo: ítems 24, 25, y 27
- Los ítems se puntúan siguiendo una escala Likert de 5 valores que unas ocasiones hace referencia a frecuencia, otras a intensidad, etc. En todos los casos el 1 significa lo peor (nunca, ningún disfrute) y 5 lo mejor (diariamente, muchísimo).
- Utiliza dos marcos de referencia temporales: en primer lugar se le pregunta por toda su vida, y después por el momento actual (son los ítems que forman las escalas).
- Es una escala heteroaplicada, pero si el paciente lo prefiere puede utilizarse en forma autoaplicada. El tiempo de administración oscila entre 15 y 20 minutos.
- Al ser un instrumento diseñado para seguir los cambios, lógicamente existe una versión de seguimiento que es una versión abreviada del CSFQ.

Corrección e interpretación de los resultados

- Proporciona una puntuación total y puntuaciones en cada una de las 5 subescalas o dimensiones.
- La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en los 12 ítems que conforman la escala propiamente dicha más otros dos ítems; en el caso de los varones los ítems número 28 y 32, y en el caso de las mujeres los ítems 22 y 28. Las puntuaciones oscilan por tanto entre 14 y 70.
- La puntuación en cada una de las subescalas se obtiene sumando las puntuaciones de los ítems que las forman.
- Los puntos de corte propuestos por los autores para diferenciar entre problemas y ausencia de ellos son los siguientes:
 - Deseo/frecuencia: hombres 8, mujeres 6
 - Deseo/interés: hombres 11, mujeres 9
 - Placer: 4 en ambos
 - Arousal/excitación: hombres 13, mujeres 12
 - Orgasmo: hombres 13, mujeres 11
 - Función sexual global: hombres 47, mujeres 41

Referencias complementarias

- Bobes J, González MP, Rico-Villademoros F, Bascarán MT, Sarasa P, Clayton A: Validation of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). *Journal of Sex and Marital Therapy* 2000; 26: 119-131.
- Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ, Piazza L: Comparison of sexual functioning in clinical and nonclinical populations using the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). *Psychopharmacol Bull* 1997; 33: 747-753.

BASAL**CUESTIONARIO DE CAMBIOS EN LA FUNCION SEXUAL – CSFQ
VARONES**

1.- Teniendo en cuenta toda su vida, ¿cuál es el mayor grado de disfrute o placer que ha experimentado alguna vez?

- 1- Ningún disfrute o placer
 2- Poco disfrute o placer
 3- Algo de disfrute o placer
 4- Mucho disfrute o placer
 5- Muchísimo disfrute o placer

2.- Si la respuesta a la pregunta 1 fue NINGÚN DISFRUTE O PLACER O POCO DISFRUTE O PLACER, ¿cuál de las siguientes piensa que podría ser la causa? (Señale TODAS las causas que crea)

- 1- Problema médico, de los señalados anteriormente
 2- Abuso sexual
 3- Relaciones nocivas (perjudiciales)
 4- Frigidez
 5- Creencias morales opuestas
 6- Imagen corporal negativa
 7- Miedo a enfermedades
 8- Otras _____

3.- Actualmente, ¿mantiene una relación sexual?

- 1- Sí
 2- No *vaya a la pregunta 10*

4.- ¿Es su vida sexual un aspecto importante en su relación?

- 1- No tiene importancia
 2- Es un aspecto muy poco importante
 3- Es un aspecto relativamente importante
 4- Es un aspecto importante
 5- Es un aspecto muy importante

5.- Comparado con la vez más placentera de su vida, ¿cuánto disfrute o placer en su vida sexual experimenta ahora?

- 1- Ninguno
 2- Poco disfrute o placer
 3- Algo de disfrute o placer
 4- Mucho disfrute o placer
 5- Muchísimo disfrute o placer

6.- Si la respuesta a la pregunta 5 fue diferente de la respuesta a la pregunta 1 (indicando un cambio), ¿cuál piensa que es la causa del cambio en el disfrute o placer? (Señale TODOS los motivos que crea)

- 1- Vitalidad, mejoría de la enfermedad
 2- Vitalidad, empeoramiento de la enfermedad
 3- Medicación
 4- Cambio de situación (p.e. demasiado ocupado)
 5- Cambio de relación
 6- Envejecimiento
 7- Otros _____

7.- ¿Con qué FRECUENCIA mantenía actividad sexual (coito, masturbación) cuando estaba más satisfecho?

- 1- Nunca
 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 4- A menudo (2 veces/semana o más)
 5- Diariamente

8.- ¿Con qué FRECUENCIA mantiene actividad sexual (coito, masturbación) actualmente?

- 1- Nunca
 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 4- A menudo (2 veces/semana o más)
 5- Diariamente

9.- Si la respuesta a la pregunta 8 fue diferente de la respuesta a la pregunta 7 (indicando un cambio), ¿cuál piensa que es la causa del cambio en la frecuencia? (Señale TODOS los motivos que crea)

- 1- Vitalidad, mejoría de la enfermedad
 2- Vitalidad, empeoramiento recidiva o inicio de esta enfermedad
 3- Medicación
 4- Cambio de situación (p.e. demasiado ocupado)
 5- Cambio en la relación
 6- Envejecimiento
 7- Otros

10.- ¿Cuando estaba más satisfecho, con qué FRECUENCIA se entretenía con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasías sexuales)?

- 1- Nunca
 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 4- A menudo (2 veces/semana o más)
 5- Diariamente

11.- ¿Con qué FRECUENCIA se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasía sexuales) ahora?

- 1- Nunca
 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 4- A menudo (2 veces/semana o más)
 5- Diariamente

12.- Desde antes de padecer el episodio actual de depresión [que contestó por última vez este cuestionario] su vida sexual...

- 1- mejoró
 2- empeoró
 3- no cambio

vaya a la pregunta 16

13.- Si su vida sexual mejoró, ¿cuánto lo hizo?

- 1- Sin cambios (no mejoró)
 2- Mejoró poco
 3- Mejoró moderadamente
 3- Mejoró mucho
 4- Mejoró muchísimo

14.- Si su vida sexual empeoró, ¿cuánto lo hizo?

- 1- Sin cambios (no empeoró)
 2- Empeoró poco
 3- Empeoró moderadamente
 4- Empeoró mucho
 5- Empeoró muchísimo

15.- ¿Cuál piensa que es la causa del cambio? (Señale TODOS los motivos que crea)

- 1- Vitalidad, mejoría de la enfermedad
 2- Vitalidad, empeoramiento de la enfermedad
 3- Medicación
 4- Cambio de situación (p.e. demasiado ocupado)
 5- Cambio de relación
 6- Envejecimiento
 7- Otros

16.- ¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual?

- 1- Nunca
 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 4- A menudo (2 veces/semana o más)
 5- Diariamente

17.- ¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual?

- 1- Nunca
 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 4- A menudo (2 veces/semana o más)
 5- Diariamente

18.- ¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar y fantasear acerca del sexo?

- 1- Ningún disfrute o placer
 2- Poco disfrute o placer
 3- Algo de disfrute o placer
 4- Mucho disfrute o placer
 5- Muchísimo disfrute o placer

19.- ¿Con qué frecuencia tiene una erección?

- 1- Nunca
 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 4- A menudo (2 veces/semana o más)
 5- Diariamente

20.- ¿Obtiene una erección fácilmente?

- 1- Nunca
 2- Rara vez (la minoría de las veces)
 3- A veces (la mitad de las veces)
 4- A menudo (la mayoría de las veces)
 5- Siempre

21.- ¿Es capaz de mantener una erección?

- 1- Nunca
 2- Rara vez (la minoría de las veces)
 3- A veces (la mitad de las veces)
 4- A menudo (la mayoría de las veces)
 5- Siempre

SI PRESENTA ALGUNA DIFICULTAD... (si no presenta ninguna dificultad vaya a la pregunta 24)

22.- ¿Puede mantener una erección parcial?

- 1- No
 2- Sí

23.- ¿Cree que sus dificultades son situacionales (sólo en determinadas circunstancias tales como cambio de lugar o de pareja, etc.)?

- 1- No
 2- Sí

24.- ¿Con qué frecuencia tiene una eyaculación?

- 1- Nunca
 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 4- A menudo (2 veces/semana o más)
 5- Diariamente

SI ES INCAPAZ DE MANTENER UNA ERECCIÓN, VAYA A LA PREGUNTA 30.

25.- ¿Es capaz de eyacular cuando quiere?

- 1- Nunca
 2- Rara vez (menos de la mitad de las veces)
 3- A veces (la mitad de las veces más o menos)
 4- A menudo (más de la mitad de las veces)
 5- Siempre

26.- Sí no puede eyacular cuando quiere, ¿presenta... (Señale TODAS las que presente)

- 1- Eyaculación precoz
 2- Erección prolongada
 3- Eyaculaciones múltiples

27.- ¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos?

- 1- Ningún disfrute o placer
 2- Poco disfrute o placer
 3- Algo de disfrute o placer
 4- Mucho disfrute o placer
 5- Muchísimo disfrute o placer

28.- ¿Con qué frecuencia tiene orgasmo doloroso?

- 1- Nunca
 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
 3- A veces (1/mes o más pero menos de 2/sem.)
 4- A menudo (2 veces/semana o más)
 5- Diariamente

29.- ¿Con qué frecuencia tiene orgasmo espontáneo (p.e. al bostezar)?

- 1- Nunca
 2- Rara vez (menos de 1 vez al mes)
 3- A veces (1/mes o más pero menos de 2/sem.)
 4- A menudo (2 veces/semana o más)
 5- Siempre

30.- ¿Con qué frecuencia experimenta impulsos apremiantes e irresistibles de mantener determinadas conductas sexuales?

- 1- Nunca
 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
 3- A veces (1/mes o más pero menos de 2/sem.)
 4- A menudo (2 veces/semana o más)
 5- Diariamente

31.- ¿Con qué frecuencia experimenta impulsos sexuales que implican la utilización o fuerte preferencia de objetos para excitarse sexualmente?

- 1- Nunca
 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
 3- A veces (1/mes o más pero menos de 2/sem.)
 4- A menudo (2 veces/semana o más)
 5- Diariamente

32.- ¿Con qué frecuencia experimenta erecciones dolorosas, prolongadas?

- 1- Nunca
 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
 3- A veces (1/mes o más pero menos de 2/sem.)
 4- A menudo (2 veces/semana o más)
 5- Diariamente

33.- ¿Con qué frecuencia experimenta orgasmo sin eyaculación?

- 1- Nunca
 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
 3- A veces (1/mes o más pero menos de 2/sem.)
 4- A menudo (2 veces/semana o más)
 5- Diariamente

¿Le gustaría añadir algo en relación a las preguntas anteriores?

CUESTIONARIO CSFQ

I.- Enfermedades concomitantes: ¿Qué problemas médicos tiene? (Señale TODOS los que presente)

| | | | |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------|
| Depresión | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | Tipo: _____ |
| Trastorno sexual | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | Tipo: _____ |
| Otros | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | Tipo: _____ |
| | | | _____ |
| | | | _____ |

II.- ¿Ha habido algún cambio en la medicación concomitante desde la visita anterior?

No Sí especificar

| Fármaco | Pauta (mg/día) | Fecha inicio | Fecha finalización |
|---------|----------------|--------------|--------------------|
| | | ___/___/___ | ___/___/___ |
| | | ___/___/___ | ___/___/___ |
| | | ___/___/___ | ___/___/___ |

III.- En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿en cuántas ocasiones ha tomado...? (Señale una casilla en cada línea)

| | 0 | 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | +40 |
|----------------------------------|---|-----|-----|-----|-------|-------|-----|
| Alcohol (cerveza, vino, licores) | | | | | | | |
| Marihuana | | | | | | | |
| Cocaína | | | | | | | |
| Otras drogas | | | | | | | |

BASAL**CUESTIONARIO DE CAMBIOS EN LA FUNCION SEXUAL – CSFQ
MUJERES**

1.- Teniendo en cuenta toda su vida, ¿cuál es el mayor grado de disfrute o placer que ha experimentado alguna vez?

- 1- Ningún disfrute o placer
 2- Poco disfrute o placer
 3- Algo de disfrute o placer
 4- Mucho disfrute o placer
 5- Muchísimo disfrute o placer

2.- Si la respuesta a la pregunta 1 fue NINGÚN DISFRUTE O PLACER O POCO DISFRUTE O PLACER, ¿cuál de las siguientes piensa que podría ser la causa? (Señale TODAS las causas que crea)

- 1- Problema médico, de los señalados anteriormente
 2- Abuso sexual
 3- Relaciones nocivas (perjudiciales)
 4- Frigidez
 5- Creencias morales opuestas
 6- Imagen corporal negativa
 7- Miedo a enfermedades
 8- Otras _____

3.- Actualmente, ¿mantiene una relación sexual?

- 1- Sí
 2- No *vaya a la pregunta 10*

4.- ¿Es su vida sexual un aspecto importante en su relación?

- 1- No tiene importancia
 2- Es un aspecto muy poco importante
 3- Es un aspecto relativamente importante
 4- Es un aspecto importante
 5- Es un aspecto muy importante

5.- Comparado con la vez más placentera de su vida, ¿cuánto disfrute o placer en su vida sexual experimenta ahora?

- 1- Ninguno
 2- Poco disfrute o placer
 3- Algo de disfrute o placer
 4- Mucho disfrute o placer
 5- Muchísimo disfrute o placer

6.- Si la respuesta a la pregunta 5 fue diferente de la respuesta a la pregunta 1 (indicando un cambio), ¿cuál piensa que es la causa del cambio en el disfrute o placer? (Señale TODOS los motivos que crea)

- 1- Vitalidad, mejoría de la enfermedad
 2- Vitalidad, empeoramiento de la enfermedad
 3- Medicación
 4- Cambio de situación (p.e. demasiado ocupado)
 5- Cambio de relación
 6- Envejecimiento
 7- Otros _____

7.- ¿Con qué FRECUENCIA mantenía actividad sexual (coito, masturbación) cuando estaba más satisfecha?

- 1- Nunca
 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 4- A menudo (2 veces/semana o más)
 5- Diariamente

8.- ¿Con qué FRECUENCIA mantiene actividad sexual (coito, masturbación) actualmente?

- 1- Nunca
 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 4- A menudo (2 veces/semana o más)
 5- Diariamente

9.- Si la respuesta a la pregunta 8 fue diferente de la respuesta a la pregunta 7 (indicando un cambio), ¿cuál piensa que es la causa del cambio en la frecuencia? (Señale TODOS los motivos que crea)

- 1- Vitalidad, mejoría de la enfermedad
 2- Vitalidad, empeoramiento, recidiva o inicio de esta enfermedad
 3- Medicación
 4- Cambio de situación (p.e. demasiado ocupado)
 5- Cambio en la relación
 6- Envejecimiento
 7- Otros

10.- ¿Cuando estaba más satisfecha, con qué FRECUENCIA se entretenía con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasías sexuales)?

- 1- Nunca
 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 4- A menudo (2 veces/semana o más)
 5- Diariamente

11.- ¿Con qué FRECUENCIA se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasía sexuales) ahora?

- 1- Nunca
 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 4- A menudo (2 veces/semana o más)
 5- Diariamente

12.- Desde antes de padecer el episodio actual de depresión [que contestó por última vez este cuestionario] su vida sexual...

- 1- mejoró
 2- empeoró
 3- no cambió

vaya a la pregunta 16

13.- Si su vida sexual mejoró, ¿cuánto lo hizo?

- 1- Sin cambios (no mejoró)
- 2- Mejoró poco
- 3- Mejoró moderadamente
- 4- Mejoró mucho
- 5- Mejoró muchísimo

14.- Si su vida sexual empeoró, ¿cuánto lo hizo?

- 1- Sin cambios (no empeoró)
- 2- Empeoró poco
- 3- Empeoró moderadamente
- 4- Empeoró mucho
- 5- Empeoró muchísimo

15.- ¿Cuál piensa que es la causa del cambio? (Señale TODOS los motivos que crea)

- 1- Vitalidad, mejoría de la enfermedad
- 2- Vitalidad, empeoramiento de la enfermedad
- 3- Medicación
- 4- Cambio de situación (p.e. demasiado ocupado)
- 5- Cambio de relación
- 6- Envejecimiento
- 7- Otros _____

16.- ¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
- 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
- 4- A menudo (2 veces/semana o más)
- 5- Diariamente

17.- ¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
- 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
- 4- A menudo (2 veces/semana o más)
- 5- Diariamente

18.- ¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar de fantasear acerca del sexo?

- 1- Ningún disfrute o placer
- 2- Poco disfrute o placer
- 3- Algo de disfrute o placer
- 4- Mucho disfrute o placer
- 5- Muchísimo disfrute o placer

19.- ¿Con qué frecuencia se encuentra excitada sexualmente?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
- 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
- 4- A menudo (2 veces/semana o más)
- 5- Diariamente

20.- ¿Se excita fácilmente?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (la minoría de las veces)
- 3- A veces (la mitad de las veces)
- 4- A menudo (la mayoría de las veces)
- 5- Siempre

21.- ¿Tiene lubricación vaginal adecuada durante la actividad sexual?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (la minoría de las veces)
- 3- A veces (la mitad de las veces)
- 4- A menudo (la mayoría de las veces)
- 5- Siempre

22.- ¿Con qué frecuencia llega a la excitación y luego pierde el interés?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (la minoría de las veces)
- 3- A veces (la mitad de las veces)
- 4- A menudo (la mayoría de las veces)
- 5- Siempre

23.- ¿Cree que sus dificultades son situacionales (sólo en determinadas circunstancias tales como cambio de lugar o de pareja, etc.)?

- 1- No
- 2- Sí

24.- ¿Con qué frecuencia tiene un orgasmo?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
- 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
- 4- A menudo (2 veces/semana o más)
- 5- Diariamente

25.- ¿Es capaz de alcanzar un orgasmo cuando quiere?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (la minoría de las veces)
- 3- A veces (la mitad de las veces)
- 4- A menudo (la mayoría de las veces)
- 5- Siempre

26.- Si no puede obtener un orgasmo cuando quiere, ¿presenta... (Señale TODOS los que presente)

- 1- Orgasmo precoz
- 2- Orgasmo retardado
- 3- Múltiples orgasmos

SI ES INCAPAZ DE TENER UN ORGASMO, VAYA A LA PREGUNTA 30

CUESTIONARIO CSFQ

I.- Enfermedades concomitantes: ¿Qué problemas médicos tiene? (Señale TODOS los que presente)

| | | | | | | |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|-------------|
| Depresión | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | M | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | Tipo: _____ |
| Trastorno sexual | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | Tipo: _____ |
| Otros | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | Tipo: _____ |
| | | | | | | _____ |
| | | | | | | _____ |

II.- ¿Ha habido algún cambio en la medicación concomitante desde la visita anterior?

No Sí especificar

| Fármaco | Pauta (mg/día) | Fecha inicio | Fecha finalización |
|---------|----------------|--------------|--------------------|
| | | ___/___/___ | ___/___/___ |
| | | ___/___/___ | ___/___/___ |
| | | ___/___/___ | ___/___/___ |

III.- En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿en cuántas ocasiones ha tomado...? (Señale una casilla en cada línea)

| | 0 | 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | +40 |
|----------------------------------|---|-----|-----|-----|-------|-------|-----|
| Alcohol (cerveza, vino, licores) | | | | | | | |
| Marihuana | | | | | | | |
| Cocaína | | | | | | | |
| Otras drogas | | | | | | | |

Anexo II. Solicitud al centro para la realización del estudio de investigación

Yo Amaya Lois Lama con DNI estudiante de cuarto curso del grado en Terapia Ocupacional, UDC.

Me dirijo a:..... Responsable del Hospital de Día

Con el propósito de solicitar el permiso para efectuar un estudio de investigación en el centro del que es coordinador, y del cual estoy realizando las estancias prácticas. El estudio tiene como título: “La percepción que tienen las personas con trastorno mental sobre su sexualidad, la visión de sus familiares y profesionales sociosanitarios que trabajan en el campo”. Este trabajo de investigación pertenece a la asignatura “Trabajo Fin de Grado” de la Titulación de Terapia Ocupacional, impartida en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de A Coruña (UDC).

La alumna llevará a cabo la investigación durante el período de tres meses, siendo tutorizada por la terapeuta ocupacional del Hospital de Día de Psiquiatría y profesora de la UDC, Dña. María del Carmen García Pinto, y por la enfermera y profesora de la UDC, Dña. María Jesús Movilla Fernández.

Para la elaboración del estudio y la recogida de datos será preciso realizar entrevistas individuales a los usuarios, familias y profesionales del centro. Posteriormente, se pasará una escala de disfunción sexual a los usuarios y se llevarán a cabo grupos de discusión en el hospital.

El motivo por el cual se realiza esta investigación es la falta de información y de estudios desde la disciplina de terapia ocupacional y teniendo en cuenta el punto de vista de los usuarios.

Por ello, se solicita su consentimiento para llevar a cabo el trabajo, con la seguridad de que los datos y resultados se mantendrán bajo anonimato y confidencialidad estrictos, cumpliendo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Firman la presente:

En A Coruña a de de 2015

El/la alumno/a investigador/a,

[Nombre y Apellidos]

Fdo.:

Anexo III. Autorización por parte del centro para la realización del estudio de investigación en el Hospital de día

Yo D.con DNI , responsable de la institución, autorizo a Amaya Lois Lama, con DNI:....., a desarrollar el trabajo de investigación sobre “La percepción que tienen las personas con trastorno mental sobre su sexualidad, la visión de sus familiares y profesionales sociosanitarios que trabajan en el campo”, a realizarse en las instalaciones de la misma y a divulgar los resultados en medios científicos, manteniendo anonimato y confidencialidad rigurosa y estricta, cumpliendo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Y para que conste a los efectos oportunos firmo la presente autorización.

En A Coruña, a..... de 2015

El/la responsable,

[Nombre, firma]

Anexo IV. Compromiso del investigador colaborador

Doña María Del Carmen García Pinto, con DNI, terapeuta ocupacional del Hospital de Día de Psiquiatría. Número de trabajador:

Centro: Hospital de Día de Psiquiatría

Hace constar:

- ✓ Que conoce el protocolo del estudio:

Título: “La percepción que tienen las personas con trastorno mental sobre su sexualidad, la visión de sus familiares y profesionales sociosanitarios que trabajan en el campo”

- ✓ Que el estudio respeta las normas éticas de estudios de investigación
- ✓ Que participará como investigador colaborador en el mismo
- ✓ Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo el estudio, sin que esto interfiera con la realización de otros estudios ni con otras tareas profesionales asignadas
- ✓ Que se compromete a cumplir el protocolo presentado por el promotor y aprobado por el comité en todos sus puntos, así como las sucesivas modificaciones autorizadas por este último
- ✓ Que respetará las normas éticas y legales, en particular a Declaración de Helsinki y el Convenio de Oviedo y seguirá las Normas de Buena Práctica en investigación en seres humanos en su realización

En A Coruña, a de 2015

Asdo.

Anexo V. Compromiso del investigador principal

Doña Amaya Lois Lama

Servicio: alumna de 4º curso de Grado de Terapia Ocupacional. UDC

Centro: Hospital de día de Galicia

Hace constar:

- ✓ Que conoce el protocolo del estudio

Título: “La percepción que tienen las personas con trastorno mental sobre su sexualidad, la visión de sus familiares y profesionales sociosanitarios que trabajan en el campo”

- ✓ Que el estudio respeta las normas éticas de estudios de investigación
- ✓ Que participará como investigador principal en el mismo
- ✓ Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo el estudio, sin que esto interfiera con la realización de otros estudios ni con otras tareas profesionales asignadas
- ✓ Que se compromete a cumplir el protocolo presentado por el promotor y aprobado por el comité en todos sus puntos, así como las sucesivas modificaciones autorizadas por este último
- ✓ Que respetará las normas éticas y legales, en particular a Declaración de Helsinki y el Convenio de Oviedo y seguirá las Normas de Buena Práctica en investigación en seres humanos en su realización
- ✓ Que los investigadores colaboradores necesarios son idóneos.

En A Coruña, a de 2015

Asdo.

Anexo VI. Solicitud evaluación Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia



CEIC de Galicia
Edificio Administrativo de San Lázaro
15781 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Teléfono: 881 546425
www.sergas.es/ceic



CARTA DE PRESENTACIÓN DA DOCUMENTACIÓN AO COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE GALIZIA

D/Dna. []

Con teléfono de contacto: [] e correo-e: []@ []

Dirección postal: []

SOLICITA a avaliación por parte do Comité de:

- Protocolo **novo** de investigación
 Resposta ás aclaracións solicitadas polo Comité
 Modificación do protocolo

Do estudo:

Título: []

Investigador/a Principal: []

Promotor: []

Comercial:

Non comercial (confirma que cumpre os requisitos para a exención de taxas segundo o art. 57 da Lei 16/2008, de 23 de decembro, de presupostos xerais da Comunidade Autónoma de Galicia para o ano 2009. DOGA de 31 de decembro de 2008)

Código: []

Versión: []

Tipo de estudo:

- Ensaio clínico con medicamentos**
CEIC de Referencia: []
 Ensaio clínico con produtos sanitarios
 EPA-SP (estudo post-autorización con medicamentos seguimento prospectivo)
 Outros estudos non incluídos nas categorías anteriores

Listado de centros* de Galicia cos seus investigadores correspondentes

* Deberá existir polo menos un investigador responsable en cada centro onde se pretendan recrutar pacientes ou se obteñan mostras biolóxicas de orixe humano ou rexistros que conteñan datos de carácter persoal.

Xunto achégase a documentación necesaria en base aos requisitos que figuran na web do CEIC de Galicia.

En [] a [] de [] de []

Asdo.: []

PRESIDENTE DO CEIC DE GALICIA

Anexo VII. Hoja de información al Participante sobre el estudio de investigación

Hoja de información al familiar sobre el estudio de investigación

TÍTULO: “La percepción que tienen las personas con trastorno mental sobre su sexualidad, la visión de sus familiares y profesionales sociosanitarios que trabajan en el campo”.

INVESTIGADOR: Amaya Lois Lama, con DNI:....., Estudiante de Grado de Terapia Ocupacional por la Universidad de A Coruña.

Este estudio forma parte de la asignatura “Trabajo de Fin de Grado” de la titulación de 4º de Grado en Terapia Ocupacional por la Universidad de A Coruña. Dicho proyecto está tutorizado por la terapeuta ocupacional del Hospital de Día de Psiquiatría y profesora de la UDC, Dña. María del Carmen García Pinto, y por la enfermera y profesora de la UDC, Dña. María Jesús Movilla Fernández.

Introducción

Este documento tiene como finalidad ofrecerle información sobre el estudio de investigación en el que se le invita a participar; el cual fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Galicia. El estudio se desarrollará en un Hospital de Día de Psiquiatría del Servicio Galego de Saúde.

Si decide participar en el mismo, debe recibir información suficiente y personalizada del investigador, leer antes este documento y hacer todas las preguntas que le sean necesarias para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas y tomar el tiempo necesario para decidir si participar o no.

La participación en este estudio es completamente voluntaria y anónima; puede no participar; y si acepta a hacerlo, ha de saber que puede cambiar su decisión en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

Ha de tener en cuenta que el negarse a participar o a contestar algunas preguntas no le va a afectar de ningún modo.

¿Cuál es la intención del estudio?

Por medio de este trabajo de investigación se pretende averiguar la forma en que los usuarios de salud mental expresan su sexualidad, y la importancia que le dan a la misma; el valor otorgado por los profesionales socio sanitarios a la sexualidad en sus procesos de intervención; la impresión e ideas de los familiares de los usuarios de salud mental, respecto a que estos quieran participar de la sexualidad; analizar los problemas y necesidades que se encuentran en relación con la sexualidad y justificar el papel del terapeuta ocupacional en materia de sexualidad en sus procesos de intervención.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

La selección de las personas invitadas a participar en el estudio depende de unos criterios de inclusión y exclusión descritos en el protocolo de la investigación, que sirven para seleccionar a la población con la que se responderá el interrogante de la investigación.

Usted es invitado a participar porque cumple esos requisitos, que son:

Criterio de inclusión:

- Ser familiar directo de una persona con problemas de salud mental atendido en el Hospital de Día de Psiquiatría.
- Firmar el consentimiento informado.
- Ser mayor de edad.

Criterios de exclusión:

- Tener problemas de salud mental.

- No poseer la aceptación de su familiar para la participación en el estudio.

¿En qué consiste mi participación?

La participación consistirá en la realización de una entrevista individual semiestructurada donde puede expresar libremente su opinión. En cualquier momento podrá negarse a responder cualquiera de esas preguntas. El investigador grabará la entrevista en audio y hará su correspondiente transcripción de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos de carácter personal proporcionados serán tratados con la confidencialidad exigida en la normativa en materia de protección de datos y con las medidas de seguridad exigidas en la misma.

Cabe destacar que las grabaciones serán destruidas una vez que se transcriban a papel.

Su participación en el estudio tendrá una duración total estimada de 1 hora.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

La participación en el estudio NO presenta riesgos asociados.

Si durante el transcurso del estudio se conociera información relevante que afecte a la relación entre el riesgo y el beneficio de la participación, se le transmitirá para que pueda decidir abandonar o continuar.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se espera que usted obtenga beneficio directo por participar en el estudio.

La investigación pretende descubrir aspectos poco claros y desconocidos sobre cómo se vive la sexualidad en salud mental. Esta información podrá ser de utilidad en un futuro para otras personas.

¿Recibiré información que se obtenga del estudio?

Los resultados de este estudio se incluirán en el Trabajo de Fin de Grado de Terapia Ocupacional de Amaya Lois Lama y serán remitidos a los diferentes servicios en los que se realiza dicho estudio, incluyendo la biblioteca de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad de A Coruña para su almacenamiento y difusión entre los profesionales, estudiantes, o participantes del estudio, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a identificar a los participantes.

Si usted lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio. En el caso de que no se comprendiese o se quisiese ampliar la información, podría concertar una cita con el investigador para las necesarias aclaraciones.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. En todo momento, usted podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos.

Sólo el equipo investigador y las autoridades sanitarias tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio y se podrá transmitir a terceros solo aquella información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de datos equivalente, como mínimo, al exigido por la normativa de nuestro país.

Sus datos serán guardados de manera codificada, es decir, con un código que se relaciona, mediante una información, con la identificación del dueño. Esta información está a cargo de la investigadora principal, y sólo pueden acceder a ella los miembros del equipo investigador del estudio y las autoridades sanitarias en el ejercicio de sus funciones.

Al finalizar el estudio, la información recogida se conservará para futuros estudios de investigación, siempre estando los datos bajo en completo anonimato.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

Todas las personas implicadas en el estudio (usuarios y familiares participantes, investigador, directores, equipo del centro) no recibirán retribución alguna por la dedicación al estudio.

¿Se publicará los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

¿Quién puede dar más información?

Ante cualquier pregunta no dude en contactar con la investigadora: Amaya Lois Lama por correo electrónico xxx@udc.es.

Muchas gracias por su colaboración.

Una vez leído el texto y resueltas las dudas, se ruega que firme el consentimiento informado.

Hoja de información al profesional sobre el estudio de investigación

TÍTULO: “La percepción que tienen las personas con trastorno mental sobre su la sexualidad, la visión de sus familiares y profesionales sociosanitarios que trabajan en el campo”.

INVESTIGADOR: Amaya Lois Lama, con DNI:....., Estudiante de Grado de Terapia Ocupacional por la Universidad de A Coruña.

Este estudio forma parte de la asignatura “Trabajo de Fin de Grado” de la titulación de 4º de Grado en Terapia Ocupacional por la Universidad de A Coruña. Dicho proyecto está tutorizado por la terapeuta ocupacional del Hospital de Día de Psiquiatría y profesora de la UDC, Dña. María del Carmen García Pinto, y por la enfermera y profesora de la UDC, Dña. María Jesús Movilla Fernández.

Introducción

Este documento tiene como finalidad ofrecerle información sobre el estudio de investigación en el que se le invita a participar; el cual fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Galicia. El estudio se desarrollará en un Hospital de Día de Psiquiatría del Servicio Galego de Saúde.

Si decide participar en el mismo, debe recibir información suficiente y personalizada del investigador, leer antes este documento y hacer todas las preguntas que le sean necesarias para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas y tomar el tiempo necesario para decidir si participar o no.

La participación en este estudio es completamente voluntaria y anónima; puede no participar; y si acepta a hacerlo, ha de saber que puede cambiar su decisión en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

Ha de tener en cuenta que el negarse a participar o a contestar algunas preguntas no le va a afectar de ningún modo.

¿Cuál es la intención del estudio?

Por medio de este trabajo de investigación se pretende averiguar la forma en que los usuarios de salud mental expresan su sexualidad, y la importancia que le dan a la misma; el valor otorgado por los profesionales socio sanitarios a la sexualidad en sus procesos de intervención; la impresión e ideas de los familiares de los usuarios de salud mental, respecto a que estos quieran participar de la sexualidad; analizar los problemas y necesidades que se encuentran en relación con la sexualidad y justificar el papel del terapeuta ocupacional en materia de sexualidad en sus procesos de intervención.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

La selección de las personas invitadas a participar en el estudio depende de unos criterios de inclusión y exclusión descritos en el protocolo de la investigación, que sirven para seleccionar a la población con la que se responderá el interrogante de la investigación.

Usted es invitado a participar porque cumple esos requisitos, que son:

Criterio de inclusión:

- Trabajar en el hospital de Día de Psiquiatría donde se va a llevar el estudio de investigación.
- Estar en contacto directo con los usuarios.
- Firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Estar de prácticas o de voluntario.

¿En qué consiste mi participación?

La participación consistirá en la realización de una entrevista individual semiestructurada donde puede expresar libremente su opinión. En

cualquier momento podrá negarse a responder cualquiera de esas preguntas. El investigador grabará la entrevista en audio y hará su correspondiente transcripción de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos de carácter personal proporcionados serán tratados con la confidencialidad exigida en la normativa en materia de protección de datos y con las medidas de seguridad exigidas en la misma.

Cabe destacar que todas las grabaciones serán destruidas una vez que se transcriban a papel.

Su participación en el estudio tendrá una duración total estimada de 1 hora.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

La participación en el estudio NO presenta riesgos asociados.

Si durante el transcurso del estudio se conociera información relevante que afecte a la relación entre el riesgo y el beneficio de la participación, se le transmitirá para que pueda decidir abandonar o continuar.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se espera que usted obtenga beneficio directo por participar en el estudio.

La investigación pretende descubrir aspectos poco claros y desconocidos sobre cómo se vive la sexualidad en salud mental. Esta información podrá ser de utilidad en un futuro para otras personas.

¿Recibiré información que se obtenga del estudio?

Los resultados de este estudio se incluirán en el Trabajo de Fin de Grado de Terapia Ocupacional de Amaya Lois Lama y serán remitidos a los diferentes servicios en los que se realiza dicho estudio, incluyendo la biblioteca de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad de A Coruña para su almacenamiento y difusión entre los profesionales,

estudiantes, o participantes del estudio, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a identificar a los participantes.

Si usted lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio. En el caso de que no se comprendiese o se quisiese ampliar la información, podría concertar una cita con el investigador para las necesarias aclaraciones.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. En todo momento, usted podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos.

Sólo el equipo investigador y las autoridades sanitarias tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio y se podrá transmitir a terceros solo aquella información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de datos equivalente, como mínimo, al exigido por la normativa de nuestro país.

Sus datos serán guardados de manera codificada, es decir, con un código que se relaciona, mediante una información, con la identificación del dueño. Esta información está a cargo de la investigadora principal, y sólo pueden acceder a ella los miembros del equipo investigador del estudio y las autoridades sanitarias en el ejercicio de sus funciones.

Al finalizar el estudio, la información recogida se conservará para futuros estudios de investigación, siempre estando los datos bajo en completo anonimato.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

Todas las personas implicadas en el estudio (usuarios y familiares participantes, investigador, directores, equipo del centro) no recibirán retribución alguna por la dedicación al estudio.

¿Se publicará los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

¿Quién puede dar más información?

Ante cualquier pregunta no dude en contactar con la investigadora: Amaya Los Lama por correo electrónico xxx@udc.es.

Muchas gracias por su colaboración.

Una vez leído el texto y resueltas las dudas, se ruega que firme el consentimiento informado.

Hoja de información al usuario sobre el estudio de investigación

TÍTULO: “La percepción que tienen las personas con trastorno mental sobre su la sexualidad, la visión de sus familiares y profesionales sociosanitarios que trabajan en el campo”.

INVESTIGADOR: Amaya Lois Lama, con DNI:....., Estudiante de Grado de Terapia Ocupacional por la Universidad de A Coruña.

Este estudio forma parte de la asignatura “Trabajo de Fin de Grado” de la titulación de 4º de Grado en Terapia Ocupacional por la Universidad de A Coruña. Dicho proyecto está tutorizado por la terapeuta ocupacional del Hospital de Día de Psiquiatría y profesora de la UDC, Dña. María del Carmen García Pinto, y por la enfermera y profesora de la UDC, Dña. María Jesús Movilla Fernández.

Introducción

Este documento tiene como finalidad ofrecerle información sobre el estudio de investigación en el que se le invita a participar; el cual fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Galicia. El estudio se desarrollará en un Hospital de Día de Psiquiatría del Servicio Galego de Saúde.

Si decide participar en el mismo, debe recibir información suficiente y personalizada del investigador, leer antes este documento y hacer todas las preguntas que le sean necesarias para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas y tomar el tiempo necesario para decidir si participar o no.

La participación en este estudio es completamente voluntaria y anónima; puede no participar; y si acepta a hacerlo, ha de saber que puede cambiar su decisión en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

Ha de tener en cuenta que el negarse a participar o a contestar algunas preguntas no le va a afectar de ningún modo.

¿Cuál es la intención del estudio?

Por medio de este trabajo de investigación se pretende averiguar la forma en que los usuarios de salud mental expresan su sexualidad, y la importancia que le dan a la misma; el valor otorgado por los profesionales socio sanitarios a la sexualidad en sus procesos de intervención; la impresión e ideas de los familiares de los usuarios de salud mental, respecto a que estos quieran participar de la sexualidad; analizar los problemas y necesidades que se encuentran en relación con la sexualidad y justificar el papel del terapeuta ocupacional en materia de sexualidad en sus procesos de intervención.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

La selección de las personas invitadas a participar en el estudio depende de unos criterios de inclusión y exclusión descritos en el protocolo de la investigación, que sirven para seleccionar a la población con la que se responderá el interrogante de la investigación.

Usted es invitado a participar porque cumple esos requisitos, que son:

Criterio de inclusión:

- Estar diagnosticado de espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno bipolar y trastornos relacionados, trastorno obsesivo compulsivo y otros trastornos, trastornos de personalidad, según el DSM-V.
- Estar ingresado en el Hospital de Día de Psiquiatría.
- Firmar el consentimiento informado.
- Ser mayor de edad.

Criterios de exclusión:

- Encontrarse en una situación aguda durante el periodo de estudio.

¿En qué consiste mi participación?

La participación consistirá en la realización de una entrevista individual semiestructurada donde puede expresar libremente su opinión. En cualquier momento podrá negarse a responder cualquiera de esas preguntas. El investigador grabará la entrevista en audio y hará su correspondiente transcripción de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos de carácter personal proporcionados serán tratados con la confidencialidad exigida en la normativa en materia de protección de datos y con las medidas de seguridad exigidas en la misma.

Posteriormente se realizará la realización de la escala de disfunción sexual.

Y, para finalizar, se llevarán a cabo grupos de discusión en donde los participantes que quieran asistir debatirán sobre la percepción que tienen ellos de la sexualidad, y si se le presenta problemas en relación a ella.

Su participación en el estudio tendrá una duración total estimada de 2 horas.

A su vez es necesario que para completar la investigación se tenga una entrevista con su familiar grabada en audio, la cual tendrá que ser autorizada por usted y se le permitirá conocer previamente las preguntas a realizar. Posteriormente, se transcribirá dicha entrevista respetando siempre la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Cabe destacar que todas las grabaciones serán destruidas una vez que se transcriban a papel.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

La participación en el estudio NO presenta riesgos asociados.

Si durante el transcurso del estudio se conociera información relevante que afecte a la relación entre el riesgo y el beneficio de la participación, se le transmitirá para que pueda decidir abandonar o continuar.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se espera que usted obtenga beneficio directo por participar en el estudio.

La investigación pretende descubrir aspectos poco claros y desconocidos sobre cómo se vive la sexualidad en salud mental. Esta información podrá ser de utilidad en un futuro para otras personas.

¿Recibiré información que se obtenga del estudio?

Los resultados de este estudio se incluirán en el Trabajo de Fin de Grado de Terapia Ocupacional de Amaya Lois Lama y serán remitidos a los diferentes servicios en los que se realiza dicho estudio, incluyendo la biblioteca de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad de A Coruña para su almacenamiento y difusión entre los profesionales, estudiantes, o participantes del estudio, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a identificar a los participantes.

Si usted lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio. En el caso de que no se comprendiese o se quisiese ampliar la información, podría concertar una cita con el investigador para las necesarias aclaraciones.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. En todo momento, usted podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos.

Sólo el equipo investigador y las autoridades sanitarias tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio y se podrá transmitir a terceros solo aquella información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de datos equivalente, como mínimo, al exigido por la normativa de nuestro país.

Sus datos serán guardados de manera codificada, es decir, con un código que se relaciona, mediante una información, con la identificación del dueño. Esta información está a cargo de la investigadora principal, y sólo pueden acceder a ella los miembros del equipo investigador del estudio y las autoridades sanitarias en el ejercicio de sus funciones.

Al finalizar el estudio, la información recogida se conservará para futuros estudios de investigación, siempre estando los datos bajo en completo anonimato.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

Todas las personas implicadas en el estudio (usuarios y familiares participantes, investigador, directores, equipo del centro) no recibirán retribución alguna por la dedicación al estudio.

¿Se publicará los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

¿Quién puede dar más información?

Ante cualquier pregunta no dude en contactar con la investigadora: Amaya Los Lama por correo electrónico xxx@udc.es.

Muchas gracias por su colaboración.

Una vez leído el texto y resueltas las dudas, se ruega que firme el consentimiento informado.

Anexo VIII. Documento de consentimiento informado para la participación en el estudio de investigación

Documento de consentimiento informado de los familiares y profesionales para la participación en el estudio de investigación

TÍTULO: “La percepción que tienen las personas con trastorno mental sobre su sexualidad, la visión de sus familiares y profesionales sociosanitarios que trabajan en el campo”.

Yo.....

- He leído la hoja que se me entregó de información al participante del estudio arriba mencionado.
- He podido hablar con la persona investigadora y hacerle todas las preguntas sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones o no contestar a algunas preguntas si así lo deseo y sin que me repercuta negativamente.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Respecto a la conservación y utilización futura de los datos detallada en la hoja de información al participante,

Accedo a que los datos se conserven para los usos posteriores en líneas de investigación relacionadas con la presente, y en las condiciones mencionadas.

En cuanto a los resultados de las entrevistas realizadas,

DESEO conocer los resultados de las entrevistas.

NO DESEO conocer los resultados de las entrevistas.

En A Coruña, a..... de 2015

El/la participante,

El/la investigador/a,

[Nombre, firma]

[Nombre, firma]

Documento de consentimiento informado para usuarios para la participación en el estudio de investigación

TÍTULO: “La percepción que tienen las personas con trastorno mental sobre su sexualidad, la visión de sus familiares y profesionales sociosanitarios que trabajan en el campo”

Yo.....

- He leído la hoja que se me entregó de información al participante del estudio arriba mencionado.
- He podido hablar con la persona investigadora y hacerle todas las preguntas sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones o no contestar a algunas preguntas si así lo deseo y sin que me repercuta negativamente.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.
- Acepto que mi familiar participe en el estudio, y por ello, que lo entrevisten sobre mi sexualidad.

Respecto a la conservación y utilización futura de los datos detallada en la hoja de información al participante,

Accedo a que los datos se conserven para los usos posteriores en líneas de investigación relacionadas con la presente, y en las condiciones mencionadas.

En cuanto a los resultados de las entrevistas realizadas,

DESEO conocer los resultados de las entrevistas.

NO DESEO conocer los resultados de las entrevistas.

En A Coruña, a..... de 2015

El/la participante,

El/la investigador/a,

[Nombre, firma]

[Nombre, firma]

Anexo IX. Entrevista Grupo I de informantes (Personas con problemas de salud mental)

| Código | Edad | Fecha |
|--------------|------|-------|
| Investigador | | |

Presentación

1. ¿Cómo describiría sus relaciones afectivas y sentimentales a lo largo de su vida?
2. ¿Tiene pareja? En caso negativo, ¿le gustaría tenerla? ¿Cuál cree que es el motivo por el que no la encuentra? ¿Qué valor le confiere a las relaciones sentimentales? ¿Cómo han sido las relaciones que ha tenido a lo largo de su vida? Si han sido esporádicas, ¿Cuál ha sido el motivo?
3. ¿Qué cree que es la sexualidad? ¿Qué valor le confiere a la misma?
4. ¿Con quién habla sobre las dudas que le surgen respecto a este tema? ¿Qué es lo que se ha abordado? ¿Cómo ha tratado con su familia el tema de la sexualidad? ¿Y con sus iguales?
5. ¿Cómo considera que la sexualidad es vista por la sociedad hoy en día? ¿Por qué motivo?
6. ¿Cómo han sido sus relaciones sexuales? ¿En qué lugares las ha llevado a cabo? ¿Qué tipo de medidas utilizas para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y para prevenir embarazos no deseados? ¿Alguna vez ha tomado algún tipo de sustancia para mantener relaciones sexuales? Si es afirmativa, ¿Cuáles y con que frecuencia?
7. ¿Qué tipo de dificultades ha tenido para tener relaciones sexuales?
8. ¿Sabe lo que es el estigma? ¿Cree que está relacionado con este tema?

9. ¿Le gustaría participar en un grupo de discusión para compartir información y experiencias con otros compañeros? ¿Qué le gustaría que se tratase en él?
10. En el hospital, ¿Cómo considera que se aborda el tema de las relaciones sexuales? ¿Cree que es un tema importante para abordarlo? ¿Por qué?
11. ¿Desea añadir algo más que no se haya mencionado hasta el momento?

Cierre

Muchas gracias por su atención

Fdo. Investigador principal

Anexo X. Entrevista Grupo II de informantes (Familiares de personas con problemas de salud mental)

Código Edad Fecha
 Investigador
 Parentesco con la persona con problema de salud mental

Presentación

1. ¿Piensa que la sexualidad sigue siendo un tema tabú? ¿Por qué motivo?
2. ¿Habla de manera natural con su familiar sobre la sexualidad? Si es así, ¿qué le ha preguntado su familiar sobre el tema? ¿qué piensa de lo que cuenta? ¿Se siente cómodo?
3. ¿Cree que su familiar debería recibir información sobre sexualidad?
4. ¿Piensa que las personas con algún tipo de problema de salud mental tienen las mismas oportunidades para disfrutar de su sexualidad o para establecer una relación de pareja que cualquier otra persona?
5. ¿Sabe lo que es el estigma?, ¿Cree que se relaciona con la pregunta anterior?
6. ¿Sabe si a su familiar le gustaría establecer una relación de pareja o de tipo sexual? Sí es así y no lo tienen, ¿considera que le supone problemas añadidos el tener la enfermedad?
7. ¿Cómo describiría la intimidad que tiene su familiar?
8. ¿Cómo le afectaría si su familiar tuviera una relación sentimental o de tipo sexual? ¿Lo permitiría?
9. ¿Desea añadir algo más que no se haya mencionado hasta el momento?

Cierre

Muchas gracias por su atención

Fdo. Investigador principal

Anexo XI. Entrevista Grupo III de informantes (Profesionales)

| | | |
|--------|--------------|------|
| Código | Profesión | Edad |
| Fecha | Investigador | |

Presentación

1. ¿Cómo cree que sus usuarios vivencian la sexualidad y las relaciones de pareja? ¿Cree que es un aspecto importante a tratar en los procesos de intervención?
2. ¿Los usuarios solicitan información sobre sexualidad? En caso afirmativo, ¿Quién se la da? ¿Está de acuerdo en ello, o quien cree que debería facilitarla?
3. ¿Considera que es adecuada y suficiente?
4. ¿Alguna vez un usuario le ha preguntado alguna duda sobre este tema?
5. ¿Cómo lo ha abordado? ¿Se sintió cómodo hablando de ello?
6. ¿Piensa que la sexualidad sigue siendo un tema tabú en salud mental? ¿Por qué motivo?
7. ¿Piensa que las personas con algún tipo de problema de salud mental tienen las mismas oportunidades para disfrutar de su sexualidad o para establecer una relación de pareja que cualquier otra persona?
8. ¿Cree que el estigma está relacionado con este tema?
9. ¿Desea añadir algo más que no se haya mencionado hasta el momento?

T.O:

1. ¿Cómo cree que sus usuarios vivencian la sexualidad y las relaciones de pareja? Cree que es un aspecto importante a tratar en los procesos de intervención?

2. ¿Los usuarios solicitan información sobre sexualidad? En caso afirmativo, ¿Quién se la da? ¿Está de acuerdo en ello, o quien cree que debería facilitarla?
3. ¿Considera que es adecuada y suficiente?
4. ¿Alguna vez un usuario le ha preguntado alguna duda sobre este tema?
5. ¿Cómo lo ha abordado? ¿Se sintió cómodo hablando de ello?
6. Como terapeuta ocupacional, ¿Se considera el profesional adecuado para intervenir en temas relacionados a la sexualidad? ¿Cómo lo justifica?
7. ¿Cómo afronta este tema en su proceso de intervención con los usuarios?
8. ¿Piensa que la sexualidad sigue siendo un tema tabú en salud mental? ¿Por qué motivo?
9. ¿Piensa que las personas con algún tipo de problema de salud mental tienen las mismas oportunidades para disfrutar de su sexualidad o para establecer una relación de pareja que cualquier otra persona?
10. ¿Cree que el estigma está relacionado con este tema?
11. ¿Desea añadir algo más que no se haya mencionado hasta el momento?

Cierre

Muchas gracias por su atención

Fdo. Investigador principal

Anexo XII. Hoja de consentimiento informado para grabar la entrevista

Yo.....doy mi consentimiento a....., para grabar la presente entrevista; que seguirá un guión establecido por la investigadora. Y se me garantiza que sólo será escuchada por la investigadora y todo lo tratado será confidencial con el propósito de hacer un trabajo de investigación titulado: “La percepción que tienen las personas con trastorno mental sobre su sexualidad, la visión de sus familiares y profesionales sociosanitarios que trabajan en el campo”.

El/la participante,

El/la investigador/a,

[Nombre, firma]

[Nombre, firma]

En A Coruña ade 2015

Anexo XIII. Plantilla para el análisis de las transcripciones

| Código de la entrevista | | | |
|-------------------------|-----|-----|-----|
| 01 | U1 | F1 | P1 |
| 02 | U2 | F2 | P2 |
| 03 | U3 | F3 | P3 |
| 04 | U4 | F4 | P4 |
| 05 | U5 | F5 | P5 |
| 06 | U6 | F6 | P6 |
| 07 | U7 | F7 | P7 |
| 08 | U8 | F8 | P8 |
| 09 | U9 | F9 | P9 |
| 10 | U10 | F10 | P10 |
| 11 | U11 | F11 | P11 |
| 12 | U12 | F12 | P12 |
| 13 | U13 | F13 | P13 |
| 14 | U14 | F14 | P14 |
| 15 | U15 | F15 | P15 |
| 16 | U16 | F16 | P16 |
| 17 | U17 | F17 | P17 |
| 18 | U18 | F18 | P18 |
| 19 | U19 | F19 | P19 |
| 20 | U20 | F20 | P20 |