

SEXUALIDAD Y ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA

L. SALVADOR-CARULLA

C. RODRÍGUEZ-BLÁZQUEZ

D. SALAS

T. MAGALLANES

Área de Psicología Médica

Departamento de Neurociencias

Universidad de Cádiz

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos treinta años, el desarrollo de la psicofarmacología y de los programas comunitarios de salud mental ha supuesto un cambio radical en la situación de la enfermedad mental crónica de carácter grave. Estos pacientes han pasado de la reclusión en hospitales psiquiátricos a la vida en la comunidad, con una integración progresiva en la sociedad. Este cambio se ha acompañado de una mayor preocupación por aspectos que antes permanecían desatendidos, como la calidad de vida, la evaluación de necesidades, de la satisfacción y de aspectos relacionados con la vida familiar del paciente. Sin embargo, este cambio espectacular de la atención al enfermo mental crónico ha dejado al descubierto nuevos

problemas. Dos **grandes** asignaturas pendientes en la atención a esta población son los aspectos relacionados con la búsqueda y el mantenimiento del empleo y la vida sexual. Estas dos dimensiones de la integración han pasado de ser temas marginales a convertirse en un foco principal de atención por parte de la población afectada y de los profesionales. En la presente revisión analizamos algunos factores relacionados con la sexualidad de los pacientes afectados de enfermedades mentales crónicas de carácter grave con una especial atención a la esquizofrenia.

La interrelación entre enfermedad mental y disfunción sexual no es un tema nuevo. Entre el 20 y el 50 por 100 de los pacientes hospitalizados por trastornos mentales consideró en un estudio al respecto que su trastorno psiquiátrico interfería en el funcionamiento sexual, que problemas en el funcionamiento sexual podían haber contribuido a su trastorno psíquico, y consideraban la mejora de dicha actividad como un factor relevante en la posible mejora del cuadro (Pinderhughes y cols., 1972). Sin embargo, la literatura existente sobre funcionamiento sexual en pacientes psiquiátricos es sensiblemente inferior a la existente en otras enfermedades médicas (p. ej., cáncer o **SIDA**). A ello pueden haber contribuido las dificultades metodológicas inherentes a la evaluación de las actitudes, expectativas, actividad y disfunciones sexuales en esta población (Rodríguez de Molina y cols., 1994).

Dos factores han tenido una gran influencia en el interés actual por la sexualidad de los enfermos mentales:

1. La evaluación de la calidad de vida: El funcionamiento sexual es una de las dimensiones a considerar en la evaluación de la calidad de vida. Ello ha contribuido a dar un mayor peso a esta variable en la evaluación global del sujeto.
2. Efecto de los nuevos psicofármacos. Desde la aparición de la fluoxetina (Prozac) a finales de los años ochenta, una nueva generación de psicofármacos ha aparecido para el tratamiento de los trastornos depresivos, de ansiedad y para los trastornos psicóticos. Los nuevos antidepresivos (**inhibido-**

res selectivos de la recaptación de serotonina e inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina) son **fármacos** más seguros y con un perfil de efectos secundarios menos problemático que el de los antidepresivos convencionales (tricíclicos e **IMAOs**). Sin embargo, un efecto común a todos estos fármacos es la inhibición de la libido en mayor o menor grado, y el retraso o inhibición de la eyaculación y del orgasmo. Estas alteraciones se producen también en el caso de los nuevos antipsicóticos, que tienen también un potente efecto sobre la función serotoninérgica a través del bloqueo de los receptores postsinápticos **5-HT₂**.

La existencia de este efecto coexiste con la evidencia científica de la necesidad de tratamientos a largo plazo en los **pacientes** crónicos. Así, aunque a nivel general estos fármacos pueden presentar una mejor tolerancia por su bajo perfil de efectos adversos, su uso prolongado puede también resultar muy problemático a causa de los efectos sobre la actividad sexual.

Este factor ha despertado un gran interés en el funcionamiento sexual de los pacientes mentales por parte de las compañías farmacéuticas, que en la actualidad han incorporado los métodos de evaluación del funcionamiento sexual en los ensayos clínicos y financiado estudios sobre la actividad sexual de los pacientes crónicos.

2. FUNCIONAMIENTO SEXUAL EN PERSONAS AFECTAS DE ESQUIZOFRENIA

Según Skopec y cols (1976), «lo que es más llamativo clínicamente y más distinto del síndrome, son las maneras en que los esquizofrénicos experimentan y usan su sexualidad (...) sus necesidades están con frecuencia en un nivel psicológico esencialmente primitivo: a menudo desean básicamente **cercanía** (intimidad) y cuidados más que una relación sexual explícita». Esta premisa de la necesidad de cuidados y de proximidad sobre las necesidades se-

xuales también es característica de sujetos con otro tipo de enfermedades (p. ej., pacientes oncológicos, enfermos médicos crónicos, etc.).

Friedman y Harrison (1984) referían en su trabajo que el 40 por 100 de mujeres esquizofrénicas, frente a un 6,7 por 100 de normales, decía no tener relaciones sexuales. Deseaban menor frecuencia de relaciones sexuales que las mujeres normales y, como antes señalábamos, no se constataba que la irrupción de la enfermedad cambiase dramáticamente su funcionamiento en este aspecto. Un 60 por 100 de esquizofrénicas no había experimentado orgasmo de ningún modo, incluyendo autoestimulación, comparado con sólo un 13,4 por 100 de mujeres normales. Y tampoco aquí encontraron relación alguna con la aparición de la enfermedad.

Sólo el 45 por 100 de las mujeres esquizofrénicas, comparado con el 86,7 por 100 de las no esquizofrénicas, se reconocieron como moderadamente o muy satisfecha de sus relaciones sexuales.

En el estudio llevado a cabo en nuestro medio (Estudio UCA), encontramos los siguientes datos:

2.1. Funcionamiento sexual en varones con esquizofrenia

a) Aspectos generales

La inmensa mayoría refiere ausencia de información y educación sexual recibidas durante su infancia o adolescencia (90,9 por 100 y 97,8 por 100, respectivamente), con una edad media para el inicio de prácticas de autoestimulación de 11,6 años (edad parecida a la de la población general) y para el inicio de relaciones coitales de 17,2 años, igualmente similar a la de la población general. Cuando se les pregunta directamente sobre haber experimentado o no alguna actividad sexual concreta, refieren haber realizado coitos homosexuales y autoestimulación en un número mayor que en la población general, coitos heterosexuales en menor número que la población general, y haber experimentado orgasmos también en un

porcentaje menor al grupo control. Respecto a la orientación sexual referida, encontramos un tanto por ciento significativamente menor de heterosexuales y mayor de homosexuales a los descritos en población general, parecido porcentaje de bisexuales y un 9,6 por 100 de sujetos que autodescriben su orientación sexual como «en conflicto».

Por último, expresaron estar satisfechos con su sexualidad un número menor de pacientes esquizofrénicos que de sujetos de población general.

b) *Actividades sexuales*

En general disminuyeron las prácticas sexuales después de la aparición de la enfermedad psíquica, el porcentaje de sujetos que mantienen relaciones heterosexuales es menor al de la población general (incluso antes de aparecer la enfermedad), no ocurre así con las actividades homosexuales y es mayor el número de sujetos enfermos que mantienen conductas masturbatorias que el de sujetos sanos (antes o después de la irrupción de la enfermedad).

c) *Disfunciones sexuales*

El 62,9 por 100 de sujetos presentaba disfunciones sexuales en el momento de la evaluación, frente a un 13,5 por 100 de disfunciones existente en sujetos varones de población general, destacando los siguiente hallazgos:

1. Alteraciones en la fase de deseo: apareció una modificación del deseo sexual desde la aparición de la enfermedad en el sentido de disminución en el 62,9 por 100 de los sujetos, permaneció igual en el 3,7 por 100 y se refiere como aumentado en el 20,4 por 100 de los casos.
2. Alteraciones en la fases de excitación y orgasmo: un 41,17 por 100 de sujetos referían disfunción eréctil en el momento de la entrevista, frente a ninguno antes de la enfermedad. Un

17,6 por 100 de sujetos refería eyaculación precoz (11,1 por 100) previo a la enfermedad. Un 29,41 por 100 de individuos refería ausencia de eyaculación o «eyaculaciónseca» (frente a ninguno anteriormente a la enfermedad). Un 47,5 por 100 de pacientes refería retraso orgásmico (previo a la enfermedad, un 3 por 100). Un 50 por 100 de los casos refería deterioro en la frecuencia e intensidad subjetiva orgásmica. Aparecía anorgasmia en el 5,8 por 100 de los sujetos de los que antes de la enfermedad sí experimentaban orgasmos. En el apartado de parafilias, aparecía un 5,8 por 100 de conductas exhibicionistas e igual porcentaje de conductas fetichistas.

2.2. Funcionamiento sexual en mujeres con esquizofrenia

a) *Aspectos generales*

La totalidad de la muestra refirió no haber recibido educación o información sexual en su infancia o adolescencia. La edad media de inicio de prácticas de autoestimulación fue de 16,8 años y la edad promedio para las primeras experiencias coitales de 22,5 años. Cuando se les pregunta sobre haber experimentado o no alguna actividad sexual concreta, refieren en un menor número de casos haber realizado coitos heterosexuales y masturbación que en la población general y haber tenido experiencia orgásmica también en un porcentaje algo menor al grupo de mujeres de la población general. En el grupo de mujeres esquizofrénicas del trabajo de Friedman sólo el 40 por 100 refería haber experimentado orgasmos, frente al 86,6 por 100 de su grupo control.

S610 expresó estar satisfecho en general con su sexualidad un 50 por 100 de las pacientes frente a un 64,5 por 100 de mujeres de la población general (las cifras correspondientes al estudio de Friedman y cols. son del 45 por 100 de mujeres esquizofrénicas satisfechas con su sexualidad, frente al 86,7 por 100 de mujeres de su grupo control).

b) *Actividades sexuales*

En relación a las actividades sexuales mantenidas previamente a la enfermedad y con posterioridad a la aparición de la misma destacan los siguientes hallazgos: el porcentaje de pacientes que mantienen actualmente relaciones sexuales es menor al porcentaje de población general (las diferencias en el trabajo de Friedman son aún más acusadas) y es mayor el número de mujeres enfermas que mantienen en la actualidad conductas masturbatorias que el de mujeres sanas. Como se aprecia, además, las prácticas sexuales coitales o de «petting» disminuyeron después de la aparición de la enfermedad psíquica, aumentando las de autoestimulación.

c) *Disfunciones sexuales*

En relación con las disfunciones sexuales, se contabiliza un 50 por 100 de pacientes esquizofrénicas con disfunciones (frente a un 14 por 100 de mujeres de población general)

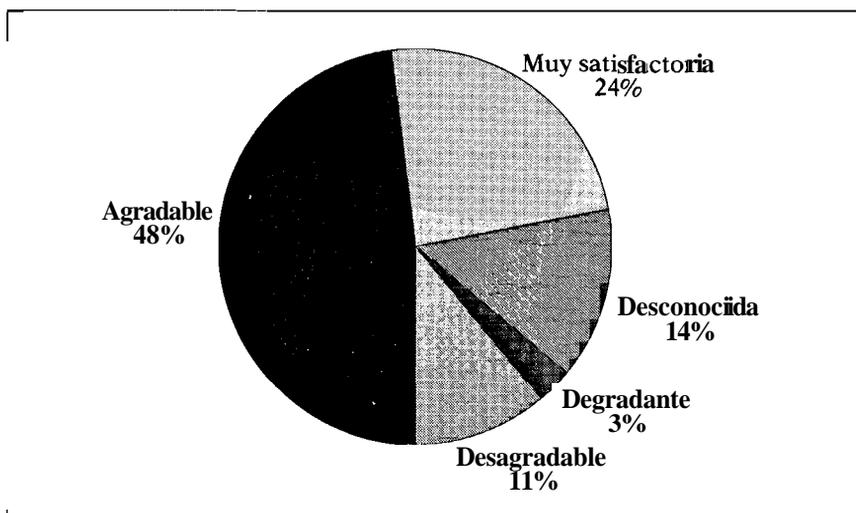
1. Alteraciones del deseo sexual: respecto a los cambios producidos en relación con la aparición de la enfermedad, se constató una disminución del deseo en el 40 por 100 de las pacientes, permaneció igual en el 20 por 100 y un aumento en el 40 por 100 de los casos.
2. Alteraciones de las fases de excitación y orgasmo: refiere en la actualidad una disminución en la intensidad y frecuencia orgásmicas el 80 por 100 de las pacientes que experimentaban orgasmos previamente a la irrupción del trastorno psiquiátrico. El resto no manifiesta cambios. Se da una anorgasmia en la muestra del 37,5 por 100.
3. Otras disfunciones, como la dispareunia aparece en el 12,5 por 100 de la muestra y no se da ningún caso de vaginismo.

En las tablas y gráficos adjuntos aparecen los resultados encontrados por Fora (1996) en su estudio con pacientes esquizofrénicos.

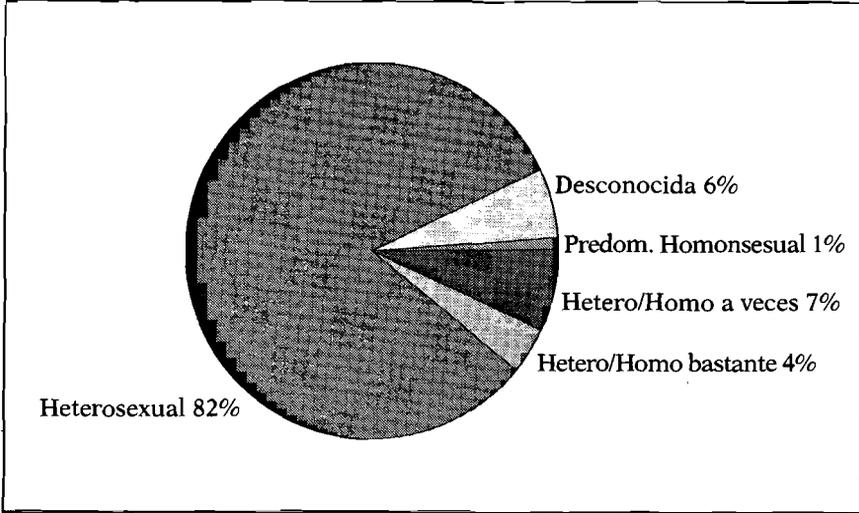
ESTADO CIVIL POR SEXOS (FORA, 1996)

	Varones		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Solteros	41	93,2	40	67,8	81	78,6
Casados	3	6,8	14	23,7	17	16,5
Sepr./Divor.	0	0	5	8,5	5	4,9
Total	44	42,7	59	57,3	103	100

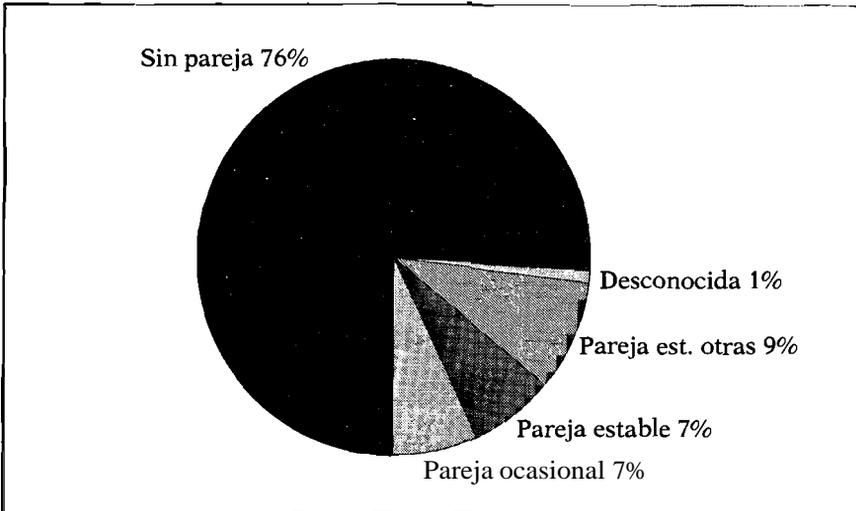
OPINIÓN SOBRE LA SEXUALIDAD (FORA, 1996)



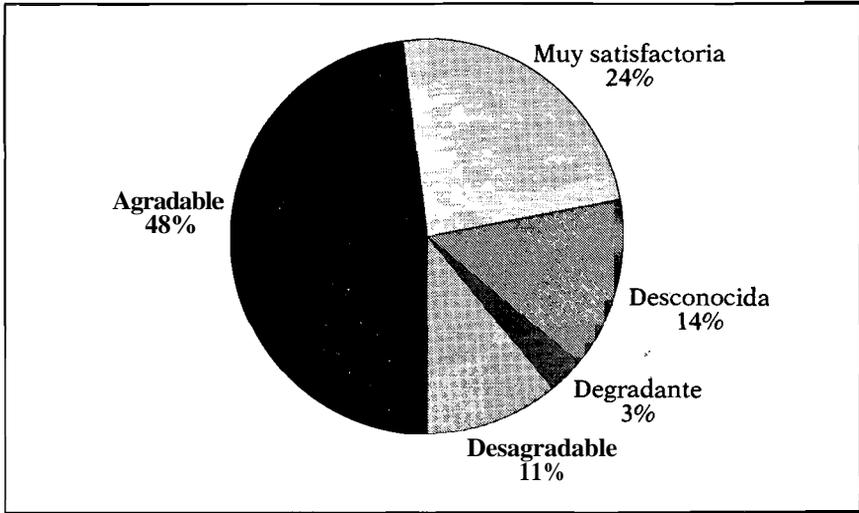
ORIENTACIÓN SEXUAL (FORA, 1996)



TIPO DE RELACIÓN ACTUAL (FORA, 1996)



PRÁCTICA DEL COITO (FORA, 1996)



HISTORIA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES (FORA, 1996)

	Sí		No		Desconocido		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trast. impulso sexual	5	4,9	78	75,7	20	19,4	103	100
Trast. excitación	4	3,9	80	77,7	19	18,4	103	100
Trast. orgasmo	3	2,9	80	77,7	30	19,4	103	100
Vaginismo	0	0	43	72,9	16	27,1	59	100
Dispareunia	5	4,9	78	75,7	20	19,4	103	100

**DISFUNCIONES SEXUALES ANTERIORES A LOS SEIS ÚLTIMOS MESES POR SEXO
(FORA, 1996)**

		Varones		Mujeres		Total		Significación	
		n	%	n	%	n	%	X ²	p
Trast. impulso sex.	Sí	4	10	1	2,3	5	6,0	2,2	N.S.
	No	36	90	42	97,7	78	94		
Trast. excitación	Sí	4	9,8	0	0	4	4,8	4,4	0,036
	No	37	90,2	43	100	80	95,2		
Trast. orgasmo	Sí	2	5	1	2,3	3	3,6	0,4	N.S.
	No	38	95	42	97,7	80	96,4		
Vaginismo	Sí	—	—	0	0	0	0	—	—
	No	—	—	43	100	43	100		
Dispareunia	Sí	1	2,5	4	9,3	4	6,0	1,7	N.S.
	No	39	97,5	39	90,7	39	94		

3. SÍNTOMAS SEXUALES EN LA ESQUIZOFRENIA

Debido a la imagen históricamente popular del esquizofrénico, se tendía a asociar a estos pacientes con conductas extravagantes incontroladas y a menudo éticamente repugnantes. Eran a menudo descritos como fundamentalmente agresivos o lascivos sexualmente. Skopec refiere que «con frecuencia se aprecia que la conducta sexual actual de los sujetos esquizofrénicos o es normal o es reducida en comparación con la población general. Ciertamente, los esquizofrénicos rara vez exhibirán tipos de conductas extravagantes lo cual es cierto también en las personas normales)). También señala que «a menudo tiene la impresión cuando habla con pacientes esquizofrénicos que el contenido de sus pensamientos es a veces casi exclusivamente sexual y se debena sospechar que el contenido

sexualizado de los sistemas delirantes esquizofrénicos refleja más el interés cultural actual que una psicodinamia inherente)).

En los años sesenta hubo un renovado interés en los temas sexuales de los delirios esquizofrénicos, enfatizándose el nexo hipotético freudiano entre paranoia y homosexualidad. Estas publicaciones fueron revisadas por Akhtar y Thompson (1980), quienes también estudiaron los delirios sexuales en esquizofrénicos, relatando algunos casos inusuales.

Un 37,5 por 100 de los sujetos varones esquizofrénicos del estudio de Verhulst tenía importantes delirios de temática sexual: delirios de transformación en mujer, de tener a una mujer dentro de su cabeza o de ser perseguido por hombres homosexuales. Las ideas delirantes de cambio de sexo no estaban relacionadas con alucinaciones genitales o con conductas sexuales anómalas. Según este mismo autor, parece que los sujetos esquizofrénicos tienen dudas acerca de su identidad sexual, pero de acuerdo a los hallazgos previos descritos en la literatura sus conductas no reflejan sus dudas.

En el estudio UCA se consignó el ítem «identidad sexual en conflicto») en un 29,6 por 100 de los sujetos esquizofrénicos estudiados.

La confusión en la identidad genérica, el sadomasoquismo, la pérdida de la libido dirigida al objeto y la inhibición sexual han sido variablemente referidas en la literatura clínica como modelos esenciales de la sexualidad en la esquizofrenia (Arieti, 1974).

Por otra parte, Donlon (1976) describió un número de síntomas sexuales que comúnmente acompañaban a la descompensación psicótica y que incluían obsesiones sexuales, hipersexualidad y conducta sexual inapropiada. Berardi y Garske (1977) realizaron un estudio experimental para probar la «teoría de la desinhibición» de la esquizofrenia y encontraron que los esquizofrénicos realmente prestaban más atención a las escenas pornográficas que los sujetos de un grupo de control. Según Verhulst, la mayoría de los sujetos refirió un cambio en la conducta sexual durante los períodos de descompensación psicótica, también recogido por Buddeberg y Buddeberg (1978). Estos cambios, sin embargo, se limitaban a un

incremento o una disminución de la frecuencia de sus actividades sexuales habitualmente preferidas. Lo cierto es que no podemos identificar, por ahora, una determinada conducta sexual como síntoma característico de esquizofrenia.

4. FACTORES INFLUYENTES EN LA CONDUCTA SEXUAL DEL ESQUIZOFRÉNICO

Señalaban Verhulst y Schneidman (1981) que el aislamiento y la falta de habilidades sociales, las limitaciones farmacológicas y socioculturales actúan como barreras a la expresión sexual de los pacientes psiquiátricos crónicos. La propia sintomatología de la enfermedad va a condicionar la conducta sexual del esquizofrénico. Así, por ejemplo, las alteraciones del afecto y la volición con la aparición de aplanamiento afectivo, anhedonia, apatía y la dificultad de las relaciones interpersonales, y en general el deterioro global del individuo, van a entorpecer el desarrollo o el mantenimiento de relaciones sexuales satisfactorias. Es evidente, por otra parte, que la hospitalización y la institucionalización aumentan las limitaciones.

Con respecto a la repercusión de la terapia farmacológica sobre el funcionamiento sexual, se ha realizado un número considerable de estudios sobre los efectos secundarios de los neurolépticos. Con la excepción del estudio a doble-ciego de Tennent, Bancroft y Cass (1974), los cuales usaron voluntarios, todos los demás se hicieron sólo con población enferma. Estos estudios no se centraban en la conducta sexual habitual de los pacientes y con frecuencia omitían el diagnóstico psiquiátrico de los mismos. En un artículo de Nestoros y cols. (1981) se revisa el impacto de la enfermedad esquizofrénica y los neurolépticos en la conducta sexual masculina, concluyendo que el efecto de la enfermedad sobre dicha conducta no está claro, pero que hay elementos indicativos de que una esquizofrenia crónica severa ejerce un efecto deteriorante en la conducta de los

pacientes esquizofrénicos y que los neurolépticos se identifican como agentes distorsionadores de dicha conducta sexual, si bien estos efectos son a menudo complejos y no fácilmente comprensibles.

Se sospecha que los agentes antipsicóticos probablemente no posean efecto directo sobre el centro sexual del cerebro (con la posible excepción del haloperidol, que puede afectar directamente a la respuesta sexual). Estos fármacos pueden afectar indirectamente a la sexualidad debido a sus efectos favorables sobre el estado psíquico. Por otra parte, de algunos agentes se informa que causan con escasa frecuencia dificultades erectivas y eyaculatorias, debido probablemente a sus efectos antiadrenérgicos y/o anticolinérgicos o antidopaminérgicos. Así, las fenotiacinas pueden mejorar la respuesta sexual como resultado de la mejoría de la enfermedad mental, si bien con ellas se puede presentar, sobre todo con la **tioridacina**, eyaculaciones «secas» debidas a los efectos paralizadores sobre el esfínter **vesical** interno, que hacen que el semen se vacíe en la vejiga. En general, a dosis muy elevadas, hay datos de disminución del deseo sexual y datos de impotencia (rara) con algunos agentes de este grupo. El haloperidol parece reducir la libido y la potencia sexual y causa eyaculación retardada en algunos pacientes por mecanismos desconocidos, en los que quizá intervenga una actividad central o periférica antiadrenérgica o antidopaminérgica, no constando que afecte al orgasmo.

5. FUNCIONAMIENTO SEXUAL, NEUROQUÍMICA Y PSICOFÁRMACOS

El estudio de los efectos secundarios de tipo sexual inducidos por psicofármacos ha permitido profundizar en el conocimiento de las bases biológicas de la respuesta cerebral y la implicación de diferentes áreas neuroanatómicas y de diferentes neurotransmisores en dicha respuesta. Los principales neurotransmisores no **peptidi-**

cos del SNC (serotonina, dopamina y noradrenalina) están implicados en la actividad sexual (Stahl, 1998).

5.1. Neuroquímica y actividad sexual

a) *Dopamina*

La dopamina es el principal neurotransmisor relacionado con la activación de la respuesta sexual. El aumento de dopamina en el centro del placer del sistema mesolímbico determina un aumento de la respuesta sexual y de la activación. Por el contrario, el descenso de dopamina supone un bloqueo de la **respuesta** sexual.

b) *Serotonina*

La serotonina está implicada directamente en la inhibición de la conducta sexual. El aumento de serotonina se relaciona con un descenso de dopamina en el centro del placer, y con un bloqueo del coito en el hipotálamo lateral, la región cerebral que controla el coito en machos. En esta localización aumenta la serotonina en la fase post-coital y desciende justo antes de un nuevo apareamiento. La administración de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina aumenta el tiempo de latencia entre coitos en ratones.

La influencia de los diferentes receptores serotoninérgicos sobre la actividad sexual se puede resumir como sigue:

- 5-HT₂: bloqueo de las respuestas eyaculatoria y orgásmica a nivel de los centros reflejos medulares que inervan el pene con nervios simpáticos y parasimpáticos.
- 5-HT_{1B}: erección del pene.
- 5-HT_{1A}: relacionado con conducta sexual.

c) *Noradrenalina*

El antagonismo de los receptores Alfa-1 se relaciona con un retraso en la eyaculación. El antagonismo del receptor Alfa-2C se relaciona con la impotencia masculina.

d) *Oxido nítrico (ON)*

Desde el descubrimiento del papel del óxido nítrico (ON) como neurotransmisor a nivel central y periférico, se ha evidenciado la importancia de este gas en una gran cantidad de actividades del organismo, entre las que cabe destacar su importancia en los mecanismos relacionados con la erección. El ON es un neurotransmisor metabólico que determina la síntesis del segundo mensajero GMPC a nivel intracelular. Este produce la relajación del músculo liso que inicia los mecanismos relacionados con la erección en el pene. Posteriormente la fosfodiesterasa metaboliza el GMPC, determinando el fin de la erección

Las hormonas sexuales juegan un papel importante en la respuesta sexual. Los andrógenos determinan un aumento de libido, mientras los antiandrógenos producen un descenso o un bloqueo completo de la misma.

5.2. Psicofármacos

El conocimiento de la neuroquímica del funcionamiento sexual ha favorecido una mejor comprensión de los mecanismos subyacentes a los efectos secundarios de tipo sexual inducidos por algunos psicofármacos. Por otro lado, este conocimiento ha favorecido también la síntesis y comercialización de nuevos psicofármacos para el tratamiento de las disfunciones sexuales.

1. Fármacos que producen una inhibición de respuesta sexual:

- 1.1. ISRS: aumento de 5-HT en hipotálamo y bloqueo eyaculación.

1.2. **Antipsicóticos:** Bloqueo dopaminérgico.

2. Fármacos que favorecen un aumento de respuesta sexual:

Acción central

2.2. Estimuladores dopaminérgicos: bupropion, metilfenidato, amfetamina, apomorfina.

2.3. Antagonistas Alfa-adrenérgicos: Fentolamina.

2.4. Bloqueadores serotoninérgicos (cuestionable): nefazodone y mirtazapina.

2.5. Peptido Intestinal Vasoactivo (VIP).

Acción periférica

3. Inhibidores de la fosfodiesterasa (Viagra: Sildenafil). La inhibición de la fosfodiesterasa hace que el **GMPc** se mantenga durante más tiempo favoreciendo la relajación del músculo liso que determina la irrigación venosa de los cuerpos cavernosos en la erección.

6. CONCLUSIONES

Las disfunciones sexuales son frecuentes y constituyen actualmente uno de los principales problemas en el tratamiento a largo plazo de los pacientes afectados de trastornos mentales crónicos. Estas son un factor relevante en la pérdida de calidad de vida de estas personas. En muchas ocasiones las disfunciones sexuales se deben o se agravan por la administración de psicofármacos que alteran el funcionamiento sexual. El mejor conocimiento de estos problemas y de sus **sustratos** biológicos ha contribuido al diseño de fármacos que determinan un cambio cualitativo en el abordaje de estos trastornos.

BIBLIOGRAFÍA

- AKHTAR S., y THOMPSON, J.A., «Schizophrenia and sexuality: a review and a report of twelve unusual cases. Part I», *J. Clin Psych*, 41: 134-142, 1980.
- ARIETI, S., *Interpretation of Schizophrenia*, Nueva York, Basic Books, 1974.
- BERARDI, A.L., y GARSKE, J.P., «Effects of sexual arousal on schizophrenics: a comparative test of hypotheses derived from Ego Psychology and Arousal Theory», *J. Clin Psychol*, 33: 105-109, 1977.
- BUDDEBERG, C., y BUDDEBERG, B., «Sexuelle Beziehungsstörungen Schizophrener», *Psychotherapie, Medizinische Psychologie*, 28: 22-26, 1978.
- DONLON, P.T., ((Sexualsymptoms of incipient schizophrenic psychosis», *Medical Aspects of Human Sexuality*, 10: 69-70, 1976.
- FORA, F., *Esquizofrenia y sexualidad*, Tesis Doctoral, Universidad de Barcelona, 1996.
- FRIEDMAN, S., y HARRISON, G., asexual histories, attitudes and behaviour of schizophrenic and normal women», *Arch Sexual Beh*, 13(6), 1984.
- NESTOROS, J.N.; LEHMANN, H.E., y BAN, T.A., «Sexual behaviour of the male schizophrenic: the impact of illness and medication», *Arch Sex Behav*, 421-442, 1981.
- PINDERHUGHES, C.A.; GRACE, E.B., y REYNA, L.J., «Psychiatric disorders and sexual functioning», *Am J. Psych*, 128: 96-102, 1972.
- RODRÍGUEZ DE MOLINA, M.; SALVADOR, L., y GONZÁLEZ-INFANTE, J.M., ((Sexualidad y Esquizofrenia», en *Sexualidad en Personas con Minusvalía Psíquica* (pp. 241-254). Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, IMSERSO, 1993.
- RODRÍGUEZ DE MOLINA, M.; SALVADOR, L., y FORA, F., ((Sexualidad y Esquizofrenia», *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat*, 40 (3): 195-206, 1994.
- STAHL, S.M., «How psychiatrists can build new therapies for impotence», *J. Clin Psychiatry* 59: 47-48, 1998.
- SKOPEC, H.M.; ROSENBERG, S.D., y TUCKER, G.J., «Sexual behaviour in Schizophrenia», *Med Asp Hum Sex*, April, 1976.
- TENNENT, G.; BANCROFT, J., y CASS J., «The control of deviant sexual behaviour by drugs: a double-blind controlled study of Benperidol, Chlorpromazine and placebo», *Arch Sex Behav*, 3: 261-271, 1974.
- VERHULST, J., y SCHNEIDMAN, B., «Schizophrenia and sexual functioning», *Hosp Comm Psych*, 32 (4): 259-262, 1981.