

TITULO: ROMPIENDO MITOS: LA SEXUALIDAD DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE A TRAVÉS DE LOS MITOS.

AUTORES:

Fco. Javier Mayenco Cano,
Elena Mironovich,
Pedro la Calle Marcos.

Centro de trabajo: Comunidad terapéutico de salud mental (CTSM) . Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Almería.

1. RESUMEN

Objetivo: Conocer la prevalencia de algunos mitos o creencias erróneas sobre la sexualidad en pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) pertenecientes a la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de salud mental de xxxxx e identificar dichos mitos.

Diseño: Observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico.

Sujetos y método. Se seleccionan todos los pacientes pertenecientes al proceso asistencial TMG como población de estudio, 123 pacientes en total. Los datos se obtienen mediante un cuestionario autocumplimentado con 20 ítems sobre algunos de los mitos más comunes en sexualidad, con las categorías de verdadero, falso y no sabe y un apartado de características sociodemográficas. Los enfermeros de las consultas de enfermería servirán de apoyo para aquellas dudas que los pacientes planteen.

RESULTADOS

Nº de mitos según sexo: T de Student $p=0.007$, por tanto, los resultados son significativos, el nº de mitos va a depender de ser hombre o mujer.

Nº de mitos según estudios: T de Student $p=0,040$, resultados significativos, el nº de mitos depende del nivel de estudios.

Nº de mitos según diagnóstico: T de Student , $p= 0,158$, no significativo, el nº de mitos no depende del diagnóstico del paciente.

CONCLUSIONES

Los mitos sexuales sólo van a depender del sexo y del nivel de estudios, datos que coinciden con otros estudios realizados para la población general.

Palabras clave: Psicosis, sexualidad, educación sexual, estigma.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Según la guía del Proceso Asistencial Integrado, Trastorno Mental Grave (TMG), editado por la Junta de Andalucía:

El término enfermo mental crónico se ha venido utilizando, en gran parte del pasado siglo, para referirse a una población generalmente asilada en hospitales psiquiátricos y con enfermedad mental persistente a lo largo de la vida. Esta terminología responde a un enfoque asistencial restringido, por cuanto se centra en el diagnóstico clínico y, sobre todo, en la duración de la enfermedad, obviando otros parámetros, relacionados con la discapacidad y el desempeño social, necesarios para la organización de la atención de estos pacientes¹.

Por el contrario, nos sigue diciendo la mencionada guía en otro apartado, que:

El concepto Trastorno Mental Grave (TMG) ha venido a sustituir, más recientemente, a la visión anterior, designando a un conjunto de personas que sufren entidades clínicas diferentes, pero que además, presentan una serie de problemas comunes, derivados de la discapacidad producida por la enfermedad. De esta manera, se ha querido trascender el diagnóstico clínico, teniendo en cuenta otros parámetros, sanitarios y sociosanitarios, como base para organizar la atención, en cuanto a procedimientos e intervenciones, que dichas personas necesitan. Desde un punto de vista general, puede decirse que no toda psicosis es un TMG, pero que el TMG exige una psicosis como condición necesaria para su verificación¹. Esta aseveración exige, a su vez, algunas puntualizaciones, pero que, en las cuales, no se va a entrar en este trabajo, remitiendo al interesado a la mencionada guía.

Por otra parte la esfera sexual para la población general sigue siendo una dimensión acarreadora de conflictos a nivel personal: gran parte del origen de esta conflictividad recae en los mecanismos educativos, morales y sociales, sin olvidarnos de los sociosanitarios y políticos, que rodean el Hecho Sexual Humano.

Si de entrada se acepta esta observación, se reconocerá también que para el individuo aquejado de alteraciones mentales severas, como es el paciente con TMG, lo referido al sexo conlleva una serie de desorientaciones que provocan en el paciente actitudes que interfieren en un sano y directo afrontamiento de la dimensión

sexual por él vivida. Conductas de oscurecimiento, falseo, silencio o tergiversación son frecuentemente observadas en estos individuos. “Si se añade la escasa información que sobre estos procesos tienen las parejas de las personas con psicosis, sus familiares y, en general, el entorno emocional, convivencial y laboral de éstos, nos encontramos con escasos recursos para dar alternativas satisfactorias en la experiencia vital del sujeto”². Pero por escasos que sean siempre hay recursos, y a esa posibilidad nos aferramos al incidir en este trabajo sobre la realidad sexual de la persona con psicosis.

Se desconoce en gran medida la realidad sexual de los pacientes psicóticos: a pesar de ser una incógnita y, si se conoce o se ha tenido trato con estos pacientes, se puede haber hecho una idea errónea motivada por conductas aparentes, a pesar de ello las personas con psicosis tienen su sexualidad, la cual no es ni mejor ni peor, mayor o menor, que otras personas, ni más exaltada, ni menos capacitada, simplemente es su sexualidad. “Esta sexualidad forma parte de su personalidad, sea del tipo que sea, y como tal debemos considerarla: educar, cultivar, esta realidad ayuda a la persona psicótica a vivenciarla de la forma más idónea, saludable y gratificante como sea posible”³.

Por un breve instante, es conveniente en detenerse en esta palabra: sexualidad. No se refiere a esa capacidad de la persona en tener hijos, ni tampoco se limita al placer que ofrece la estimulación de los órganos genitales. Al hablar de sexualidad se está refiriendo a una manera de vivir la peculiar forma de ser de cada uno de nosotros, a una experiencia íntima como seres sexuados. “Es amar, emocionarse, sentir placer; esa vivencia de la sexualidad la enfocamos básicamente como comunicación, comunicación con uno mismo y con las personas, sea desde el cuerpo, con sus gestos, ademanes, posturas, o sea desde la palabra, donde también encontramos el silencio”².

Aceptando esta perspectiva de la sexualidad, se reconocerá que no hay una realidad diferente entre la persona psicótica y la que se considera normal (normal viene de norma y, especialmente, en lo referido a la sexualidad ¿quién, íntimamente, se ajusta a la norma?). No obstante, el que padece psicosis vive su sexualidad con unas peculiaridades muy concretas.

La sexualidad, como se ha comentado anteriormente, forma parte de nuestra personalidad, es una dimensión vital humana, un carácter innato del hombre y la mujer, que posee características aprendidas y comunicadas de una generación a

otra. Carece de momento de inicio y de finalización, pues nos acompaña a lo largo de toda la vida, desde que nacemos hasta que morimos, con la característica inherente de, siendo la misma, ser diferente su expresión según la etapa vital en la que esté manifestándose.

Para entender la sexualidad, con conocer la anatomía y la fisiología sexual no es suficiente, ya que, al constituir una dimensión del ser humano, es imprescindible tener en cuenta la psicología sexual y la cultura en la que cada individuo está inserto; y para vivirla de manera placentera, sin riesgos, hay que disponer de una información- educación correcta que debería comenzar desde el momento en que se nace⁴⁻⁷.

“Una educación sexual adecuada y correcta reduce las conductas de riesgo, la frecuencia de las relaciones y el número de compañeros”⁸. Es mediante esta educación que debemos desterrar los tabúes, los mitos y los miedos.

Según la Real Academia de la lengua Española (RAE), la palabra mito puede tener distintas acepciones:

1. Narración maravillosa situada fuera del tiempo histórico y protagonizada por personajes de carácter divino o heroico
2. Historia ficticia o personaje literario o artístico que condensa alguna realidad humana de significación universal
3. Persona o cosa rodeada de extraordinaria estima
4. Persona o cosa a las que se atribuyen cualidades o excelencias que no tienen, o bien una realidad de la que carecen.

Un mito, por tanto, en distintos contextos puede significar varias cosas. En el ámbito de la mitología, consiste en una historia de carácter sagrado concerniente al origen del mundo y el universo; a este tipo de mitos correspondería las dos primeras acepciones de las que nos habla la RAE. Otro posible contexto es el uso popular, en donde nos referimos a un mito como algo falso pero difundido ampliamente como cierto; este significado de la palabra está cercana a lo que conocemos como una leyenda urbana y que correspondería a las dos últimos significados que le da la RAE.

Según Agripino Matesanz, “en nuestros días se aplica el término de mito como sinónimo de creencia, la mayor parte de las veces idea infundada (falsa creencia),

pero fuertemente anclada en la mente de muchas personas”¹⁵. En este sentido es en el que se habla aquí del mito del tamaño del pene, la importancia del coito y limitación de la sexualidad al área genital o el papel secundario de la mujer en la relación sexual, etc., mitos o falsas creencias muy arraigadas en la sociedad actual.

Siguiendo al mismo autor:

Aunque, con los años, la información, la ciencia y los cambios socioculturales nos presenten una visión de la sexualidad más acertada, los mitos o creencias en esta materia tienen una fuerza superior, y el hombre sigue bajo su influencia, transformándolos incluso, si es preciso, para darles mayor credibilidad en otros, más en consonancia con la realidad sociocultural del momento, puesto que la supervivencia de los mitos reside precisamente en su capacidad eterna de adaptación. Así podemos explicarnos que el hombre del siglo XXI siga esclavo de tantos mitos relacionados con el sexo¹⁵.

Los mitos, por tanto, “son una opinión infundada sobre algo, expresada con la convicción que suele acompañar a la ignorancia, porque parece que tienen sentido o, simplemente, porque deseamos que sean verdad; se convierten con facilidad en una creencia de toda una comunidad o una generación, mostrando la escasa, y muchas veces falsa, información de nuestra sociedad”⁹.

La sexualidad, por su alto grado de estigmatización social, sigue siendo aún objeto de demasiados mitos que han perdurado en el tiempo debido, “entre otros motivos de peso, al escaso interés que ha suscitado este tema entre las ramas de la ciencia implicadas; pero gracias al avance científico, el error se ha puesto en evidencia. La libre información sobre la realidad y los cambios socioculturales hacen que los mitos sexuales dejen de serlo”¹⁰.

Existen numerosos trabajos sobre educación sexual^{5, 6, 11}, los cuales tratan sobre muy diferentes temas (conducta sexual, aspectos psicológicos, anticoncepción, planificación, parto, puerperio), y también sobre los transmisores de información; pero son menos las referencias en torno a los mitos y tabúes que continúan transmitiéndose de generación en generación y aun menos si se refiere a los mitos de pacientes con alguna enfermedad mental. No se ha encontrado ningún artículo referenciado en los distintos buscadores nacionales e internacionales que estudien los mitos sexuales en colectivos tan específicos como son los pacientes con TMG.

2.2 JUSTIFICACIÓN

Se pretende con este estudio acercar a la población una realidad escasamente conocida, agravada por el desconocimiento y limitada por los prejuicios sociales, fundamentalmente morales, que toda actividad de las funciones afectivo-sexuales conllevan. Sacar a la luz esta dimensión, fundamental para el ser humano, es una labor que se considera esencial para la mejor asistencia y conocimiento de las personas con enfermedad mental.

A los servicios públicos corresponde promover la salud afectivo-sexual de los adolescentes y adultos, y dentro de estos adultos nunca debemos olvidar a los enfermos mentales. El primer paso, y éste es el objetivo principal de este proyecto, va a ser identificar mitos sexuales para evitar que influyan negativamente en la expresión de su sexualidad; conocer estas falsas creencias nos puede servir para saber dónde situarnos, para afianzar los conceptos correctos y corregir los erróneos. La creación y puesta en marcha de un programa de educación afectivo-sexual específico para los pacientes con TMG, ayudaría en gran medida para reducir estos falsos mitos y desarrollar su sexualidad de forma saludable, pero antes que nada hay que saber, de dónde se parte y cuáles son las áreas con más déficits a trabajar, esta es la justificación del proyecto.

La utilización de un cuestionario sobre mitos y no un cuestionario sobre conocimientos se justifica porque la existencia del mito va más allá del simple desconocimiento sobre un tema concreto, nos habla más bien sobre sexualidad en sentido amplio, en el caso del mito, una sexualidad mal entendida.

Por tanto un cuestionario sobre mitos sexuales, nos habla más global y extensamente sobre la sexualidad del ser humano y no sólo sobre un déficit de conocimientos.

Pero sobre todo lo que se pretende hacer con este trabajo es romper el estigma de la enfermedad mental y la sexualidad, un mito más.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GENERALES

Identificar la existencia de mitos y su prevalencia en relación a la sexualidad en los usuarios pertenecientes al proceso asistencial Trastorno Mental Grave pertenecientes a la UGC de salud mental de Xxxxxx.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Identificar mitos sexuales más frecuentes con respecto a: la sexualidad masculina, la sexualidad femenina, la relación sexual y la respuesta sexual humana, de la población en estudio.
- 2- Relacionar existencia de mitos sexuales con el nivel de estudios.
- 3- Determinar si los mitos sexuales son iguales para hombres y mujeres.
- 4- Relacionar los mitos sexuales en función del diagnóstico médico en pacientes con TMG.
- 5- Determinar si la edad influye en el nº y tipo de mitos sexuales en esta población en estudio.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. POBLACION DE ESTUDIO.

Población de estudio: Hombres y Mujeres que estén dentro del proceso asistencial TMG, en total 123 pacientes pertenecientes a la UGC de XXXXX, repartidos en los distintos centros de salud mental de XXXX, XXXXX y XXXXXXXX..

4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Los **criterios de inclusión** son todos los pacientes que estén evaluados y asignados al proceso asistencial Trastorno Mental Grave y pertenecientes a la UGC de salud mental de XXXXX.

Los **criterios de exclusión** serían aquellos pacientes que por su situación psicológica no sea conveniente pasar el cuestionario.

4.3 DISEÑO MUESTRAL Y TAMAÑO MUESTRAL

Al entender que el tamaño de la población de estudio, es perfectamente abordable e identificable, se considera no elegir una muestra sino incluir a todos los paciente/usuarios con TMG.

Con un error alfa del 0,05 y un error beta del 10% y teniendo en cuenta que el 50% (peor de los casos) de los sujetos tendrían algún mito sexual, la muestra mínima que se necesitaría para que los resultados sean válidos sería de 54 pacientes.

Al final se consiguen 54 cuestionarios cumplimentados, ya que existe una gran dificultad en la recogida de datos. (ver anexo V)

4.4. TIPO DE ESTUDIO

Para el logro de los objetivos de esta investigación se determinó realizar un estudio exploratorio, **descriptivo, transversal, no experimental**.

4.5 INSTRUMENTO UTILIZADO Y VARIABLES ANALIZADAS.

Se ha diseñado un cuestionario (anexo II) para obtener información sobre la existencia de mitos sexuales de la población en estudio; según sexo, edad, nivel de estudios, diagnóstico y centro de salud mental de referencia (CSMR).

Según bibliografía consultada^{9, 12} no hemos encontrado ningún cuestionario validado sobre mitos sexuales, aunque sí distintos listados de mitos más frecuentes en nuestra sociedad^{13, 14}.

Se ha confeccionado este cuestionario sobre mitos sexuales, basándose en el de Carrobes y Sanz, y adaptado por Mc Cary J.L,¹³ pero tras el pilotaje previo, realizado con 10 pacientes, se han detectado algunos problemas: las preguntas eran excesivamente largas; el número de afirmaciones eran excesivas; algunas preguntas eran complejas y se han descartado.

La dificultad de validar un cuestionario de estas características estriba en su posterior aplicabilidad, pues sólo sería utilizado en ese estudio concreto y ya no poder ser aplicable a otro tipo de estudios, pues los mitos sobre sexualidad son cientos y las poblaciones muy diferentes en cuanto a cultura, religión, formación, edad, país etc., de ahí no haber encontrado ningún cuestionario validado, utilizando para su búsqueda bases de datos nacionales e internacionales.

Variables:

Mitos sexuales, una variable por mito

1. Cuanto más grande es el pene mayor potencia sexual tiene el hombre
2. La vagina se acomoda al tamaño en longitud o grosor del pene, obteniendo placer igualmente
3. El hombre siempre debe llevar la iniciativa en las relaciones sexuales
4. Un hombre debe aguantar hasta que la mujer haya tenido su orgasmo
5. Por naturaleza los hombres tienen mucho más deseo que las mujeres
6. En la mujer, La mayoría de los orgasmos, a cualquier edad, se consiguen a través del clítoris
7. En la menopausia, algunas mujeres incluso pueden gozar más plenamente de la sexualidad
8. La menstruación es un momento como otro cualquiera para gozar de la sexualidad
9. Por naturaleza las mujeres tienen menos deseo que los hombres
10. Una mujer adulta y madura debe tener siempre un orgasmo durante la penetración
11. La Eyaculación Precoz la padecen sólo hombres jóvenes.
12. La impotencia es natural e irreversible en el hombre de edad.
13. Existen circunstancias en las que ni la pareja más excitante consigue nuestro orgasmo.
14. La penetración no es necesaria para tener una relación sexual plena
15. La masturbación es físicamente dañina y disminuye la potencia sexual
16. La relación sexual sólo es plena cuando hombre y mujer llegan al orgasmo a la vez.
17. El coito debe evitarse durante el embarazo
18. Es imposible que el marido abuse sexualmente de su esposa
19. La masturbación, aunque se tenga pareja, puede ser muy gratificante
20. La masturbación es una práctica limitada casi exclusivamente a los hombres

Sexo: hombre, mujer

Edad: <40 años; 40-50 años; >50 años.

Nivel de estudios: 5 categorías (Licenciado Universitario; Diplomado Universitario; Bachillerato o Formación Profesional de Grado Superior; EGB, ESO o Formación Profesional 1^{er} Grado; Sin estudios);

Diagnóstico: 4 categorías (esquizofrenia; trastorno bipolar; trastorno de la personalidad, otros);

CSMR: Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM); Comunidad Terapéutica de Salud Mental (CTSM); Centro de Salud Mental Comunitaria (CSMC); Hospital de Día de Salud Mental (HD).

Variables cualitativas: **Mitos sexuales**, 20 categorías (20 afirmaciones); **sexo** (hombre, mujer); **nivel de estudios**, 5 categorías (Licenciado Universitario; Diplomado Universitario; Bachillerato o Formación Profesional de Grado Superior; EGB, ESO o Formación Profesional 1^{er} Grado; Sin estudios); **diagnóstico**, 4 categorías (esquizofrenia; trastorno bipolar; trastorno de la personalidad; otros);

Variable cuantitativa: Edad

4.7. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y TEMPORALIZACIÓN

Este instrumento será autocumplimentado por cada usuario en el momento que asistan a las consultas de enfermería a revisión, y entregado al enfermero en sobre cerrado.

El tiempo máximo de recogida de datos será de cuatro meses. Si un paciente no acude a consulta en el momento citado, se le avisará mediante llamada telefónica para darle otra cita.

El instrumento (cuestionario) será aplicado bajo las siguientes condiciones:

1. Informar al encuestado respecto a los objetivos de la investigación, verbalmente y por escrito. Anexo IV
2. Solicitar autorización por escrito para aplicar el cuestionario. Consentimiento informado. (Ver Anexos III)
3. Solicitar al encuestado que sea veraz en sus respuestas.
4. Informar al encuestado de la confidencialidad de sus respuestas
5. Agradecer al encuestado su colaboración con dicha investigación

4.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación respeta los principios fundamentales establecidos en la declaración de Helsinki, así como los establecidos en el convenio del consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina y los establecidos en la legislación española en el campo de la bioética.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal y normas complementarias (Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, que reglamenta la citada Ley). Sólo se transmitirán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc.

Esta investigación ha sido revisada y aprobada por la comisión de ética e investigación del hospital xxxxxx (Anexo VI, en sobre cerrado)

5. RESULTADOS

El análisis de datos se realiza con el paquete del programa estadístico SPSS 17.

Datos sociodemográficos.

Todos los gráficos enumerados se encuentran en el Anexo I – Gráficos.

Sexo: el nº de hombres que han accedido a realizar el cuestionario es mucho mayor que el de mujeres; hombres, 80%; mujeres 20%. **(Gráfico 1)**

Edad: Ningún paciente menor de 30 años y mayor de 60 ha realizado la encuesta <40 años, 24%; 40-50 años, 43%; >50 años, 33%. **(Gráfico 2)**

Diagnóstico: la patología con mayor nº de pacientes es la esquizofrenia, 72%; Trastorno Bipolar, 13%; TLP, 4%; Otros, 11%. **(Gráfico 3)**

Estudios: El nivel de estudios de los pacientes es muy básico; Universitarios, 4%; Bachiller o FPGS, 26%; EGB o FPGM, 59%; Sin estudios, 11%. **(Gráfico 4)**

CSMR: los pacientes que han accedido a realizar el cuestionario han sido los más institucionalizados, 73% del total; URSM, 43%; CTSM, 30%; CSMC, 26%; HD, 2%. **(Gráfico 5)**

Los mitos más frecuentes del cuestionario son el 7, 5 y 8 que los tienen 33, 30 y 29 pacientes respectivamente de los 54 entrevistados . Los mitos menos frecuentes son el 18, 20 y 19 que los tienen 10, 10 y 11 de los pacientes respectivamente. **(Gráfico 6)**

De los 54 pacientes sólo hay 3 pacientes que no tienen mitos y 2 pacientes que tienen más de 15 mitos.

Realizamos la **prueba de normalidad de Shapiro-wilk** para confirmar estudio paramétrico, todas las $p > 0,05$ y por tanto utilizamos **la T de Student** para variables independientes de dos grupos y **anova de un factor** para variables independientes de más de 2 grupos. Realizamos reagrupación de celdas para algunas variables para poder utilizar la T de Student, estudios, diagnóstico, Centro Salud Mental de Referencia.

Nº de mitos según sexo: se utiliza T de Student donde $p = 0,007$, por tanto, los resultados son significativos, el nº de mitos va a depender de ser hombre o mujer **(Gráfico 7)**

Nº de mitos según estudios: se utiliza T de Student saliendo una $p = 0,040$, por tanto, los resultados son significativos, el nº de mitos va a depender del nivel de estudios **(Gráfico 8)**

Nº de mitos según diagnóstico: igualmente utilizamos T de Student , donde $p = 0,158$, siendo la p no significativa, el nº de mitos no depende del diagnóstico del paciente.

Nº de mitos según Centro Salud Mental de Referencia: nuevamente utilizamos la T de Student, con una $p = 0,071$, siendo el valor no significativo, el nº de mitos no depende del CSMR al que estén asignados los pacientes, que estén más o menos graves o con necesidades especiales.

Nº de mitos según edad: utilizamos Anova de un factor, con una $p = 0,375$, siendo un valor no significativo, el nº de mitos no depende de la edad de los pacientes. **(Gráfico 9)**

6. DISCUSIÓN

Como se observa según resultados, los mitos sexuales sólo van a depender del sexo y del nivel de estudios, datos que coinciden con otros estudios realizados para la población general^{8,9,10}.

En esta investigación la edad no influye en tener más o menos mitos en nuestros pacientes, al contrario de lo que ocurre en la población general^{8,9,10}, esto puede ser debido a que en nuestra muestra no existen valores extremos de edades, sólo hay un paciente mayor de 60 años y otro menor de 30. En este estudio la mayor parte de los pacientes están comprendidos en la franja de edad de 35 a 50 años.

Entorno a la sexualidad femenina hay una gran cantidad de mitos, muchos de ellos fundados en las épocas de tabú y represión sexual de la mujer; otros producto de la ignorancia y falta de información, pues bien, un mito más, es que las mujeres tienen menos información sobre sexualidad que el hombre; como demuestra esta investigación y otras ya referenciadas las mujeres tienen menos mitos que los hombres, sean enfermos con trastorno mental grave o no.

Los mitos menos frecuentes son aquellos relacionados con la masturbación, posiblemente una de las pocas fuentes de placer que tienen los pacientes y que ellos consideran como algo normal, como así es.

Según el informe anual "Panorama de la educación" de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) correspondiente al curso 2006-2007, el 29 por ciento de los ciudadanos españoles entre 25 y 64 años acreditaban en 2007 un título universitario, como se observa en este estudio sólo el 4% de los pacientes en nuestra muestra tienen estudios universitarios. Esto explica la gran cantidad de mitos de los pacientes con TMG comparándolo con la población general en cuanto al nivel de estudios.

El que un paciente esté referenciado a un dispositivo o a otro dependiendo de la gravedad de la enfermedad y necesidades del paciente, tampoco influye en tener más o menos mitos y que, al contrario de lo que se podía pensar en principio, el diagnóstico tampoco influye en tener más o menos mitos sexuales.

Observamos pues, que aquellas variables que se encuentran en el entorno de lo psiquiátrico, como son, el diagnóstico y el CSMR, no tienen relación con los mitos, en cambio todas aquellas variables que se encuentran en la atmósfera de la normalización como puede ser el sexo y los estudios, sí son significativos e influyen sobre los mitos de los pacientes y también de la población general.

Estos resultados nos llevan sobre la pista de que la sexualidad de los pacientes con una enfermedad mental grave tienen una sexualidad tan peculiar como la podemos tener cada uno de nosotros. Sí es cierto como indican multitud de

estudios^{16,17} que los pacientes con TMG tienen mayor prevalencia en los problemas sexuales pero los problemas son los mismos que el resto de la población general.

7. CONCLUSIONES

Por tanto no podemos decir que la sexualidad del paciente con enfermedad mental grave tiene una sexualidad diferente a la de la población general. Es posible que exista desinformación y falta de interés por parte de los profesionales y población general, pero las pocas investigaciones que existen al respecto apuntan, aparte de determinadas conductas desadaptadas, fruto más bien de la iatrogenia de la propia institución que de la propia enfermedad¹⁸, que la sexualidad del psicótico es bastante parecida al resto de los seres sexuados con sed de piel.

Que esta humilde investigación haya ayudado a dar un poco de luz a tantos tiempos de oscuridad, de estigma e incompreensión, nos damos por satisfechos. Pero todavía queda mucho por hacer.

3. BIBLIOGRAFÍA

1. Consejería de salud de la Junta de Andalucía. Trastorno Mental Grave: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud, 2006.
2. Lozano Rueda P. Sexo y sexualidad en la psicosis. Palencia: Fundación hermanos Ortega Arconada, 2004. Consultado 05/05/2010. Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO6996/05sexualidad.pdf>
3. Montejo González A. Sexualidad y salud mental. Barcelona: Glosa, 2003
4. López F, Fuertes A. Para comprender la sexualidad. Pamplona: Verbo Divino, 1993.
5. Espinaco MJ, Ruiz JM, Román J. Educación sexual. Experiencia en centros educativos. Rev ROL Enferm. 1999; 22(11): 795-802.
6. Romero de Castilla RJ, Lora N, Cañete R. Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. Aten Primaria. 2001; 27(1): 12-17.
7. Federación de Planificación Familiar de España. ¿Hablas de sexualidad con tus hijas e hijos? Programa para la prevención de embarazos en la adolescencia. 2000. Consultado: 08/02/2007. Disponible en: <http://www.fpfe.org/educacion/revistapadresymadres04.pdf>

8. Gómez R, Peña E, Garrido J, Gómez MP, López MJ, Herrero A. Calidad de las clases de educación sexual en la enseñanza secundaria. *Metas Enferm.* 2003; VI(55): 59-64.
9. Cordón-Colchón J. Mitos y creencias sexuales de una población adolescente de Almendralejo. *Matronas Prof.* 2008; 9(3): 6-12
10. Hofstadt CJ, Ruiz MT, Baena C, Sánchez A. Mitos sexuales en una población adulta. *Med Clínica.* 1995; 105(18): 691-695
11. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Guía de actividades preventivas y promoción de la salud en la infancia y adolescencia. Programa de salud Infantil y del Adolescente de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Mérida: Servicio Extremeño de Salud, 2007. Consultado: 30/04/2010. Disponible en: http://www.spapex.org/psi/guia_actividades_preventivas_inf_adol.pdf
12. López Villaverde P. Influencia de los mitos y falacias en las prácticas sexuales de la población adolescente madrileña: Proyecto de encuesta. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual* 2(2004) 87-93.
13. Escudero Núñez S. Programa de prevención de disfunciones sexuales. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual* 3(2005) 94-139
14. VVAA. Mitos en relación a la sexualidad y su influencia en la satisfacción sexual. Universidad austral de Chile. 2004. Consultado el 8/05/2010. Disponible en: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/2/La%20Seren%202004/Mitos_en_relacion_a_la_sexualidad.pdf
15. Matesanz Nogales A. Mitos sexuales de la masculinidad. Madrid: Biblioteca nueva, 2006.
16. Rodríguez de Molina, M.; Salvador, L., y Fora, F. Sexualidad y Esquizofrenia. *Acta Psiquiát Psicol Am* 40 (3): 195-206, 1994.
17. Aizenberg, D., Zemishlany, Z., Dorfman-Etrog, P., & Weizman, A. Sexual dysfunction in male schizophrenic patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54 (1995), 137-141.
18. Welch, S., Meagher, J., Soos, J., & Bhopal, J. Sexual behavior of hospitalized chronic psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 42 (1991), 855-856.

ANEXO I – GRÁFICOS

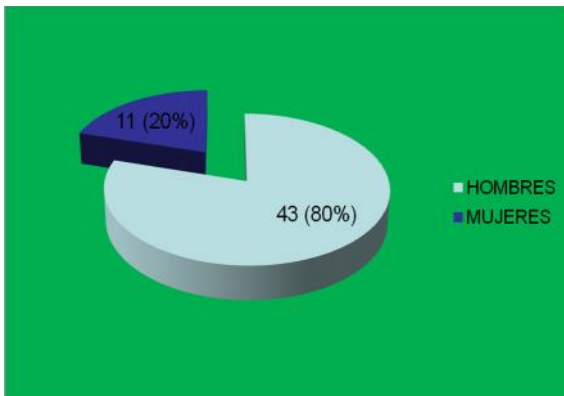


Gráfico 1. Porcentajes y nº de pacientes por sexo.

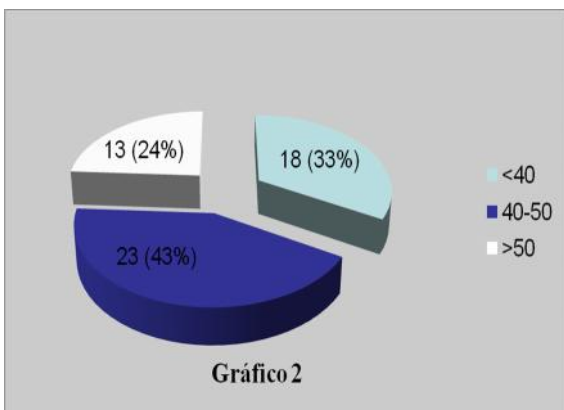


Gráfico 2. Porcentajes y nº de pacientes por grupos de edad

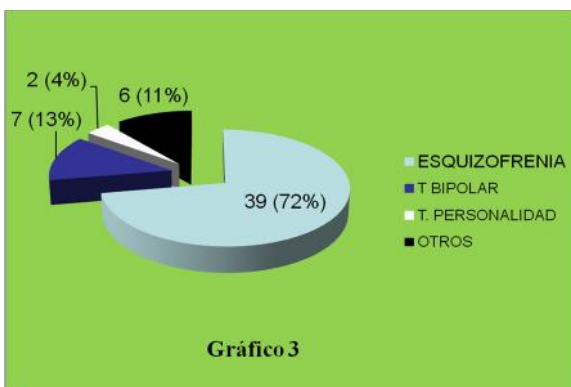


Gráfico 3. Porcentajes y nº de pacientes por diagnóstico médico

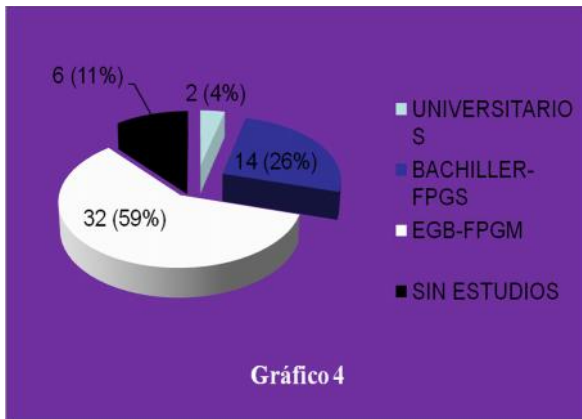


Gráfico 4. Porcentajes y nº de pacientes por nivel de estudios.

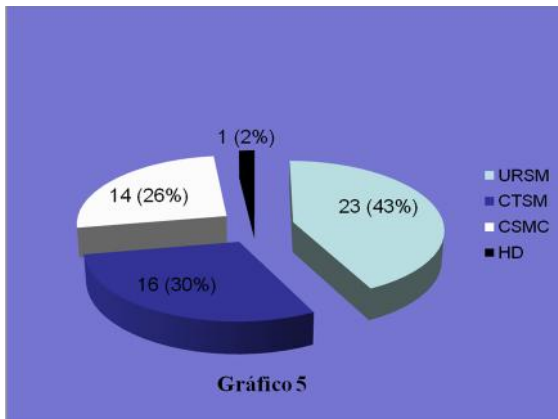


Gráfico 5. Porcentajes y nº de pacientes por Centro de Salud Mental de referencia.



Gráfico 6. Mitos más frecuentes.

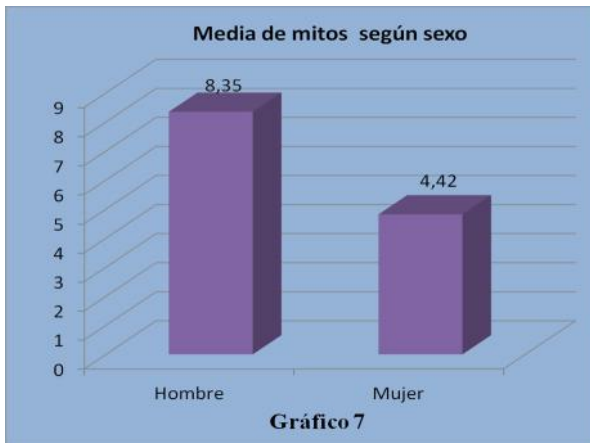


Gráfico 7. Media de mitos según sexo

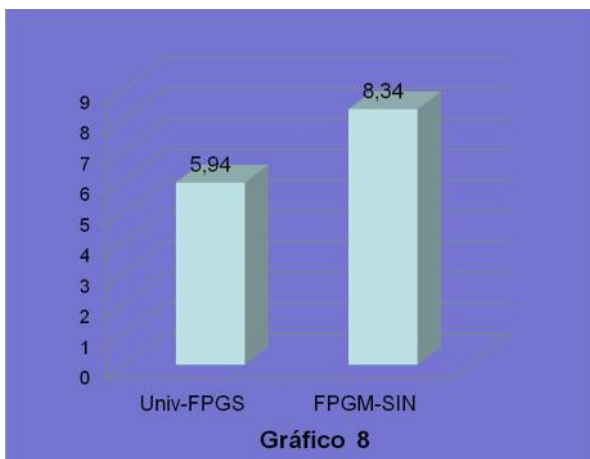


Gráfico 8. Media de mitos según estudios

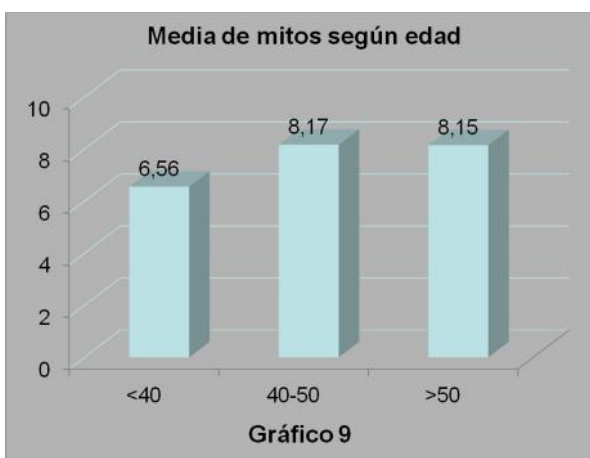


Gráfico 9. Media de mitos según edad

ANEXO II

DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

CUESTIONARIO MITOS SEXUALES

- **Nº de Cuestionario:**

- **Fecha:**

- **Centro salud mental de referencia:** 1. xxxx 2. xxxx 3. xxxxx 4. xxxxx

- **Edad:**

- **Sexo:**

- **Diagnóstico médico:** 1. Esquizofrenia; 2. Trastorno bipolar; 3. Trastorno de la personalidad; 4. Otros

- **Nivel de estudios:** 1. Licenciado Universitario y Diplomado Universitario 2. Bachillerato o Formación Profesional de Grado Superior 3. EGB, ESO o Formación Profesional 1^{er} Grado 4. Sin estudios.

Nº	AFIRMACIONES	V	F	NO SABE
1	Cuanto más grande es el pene mayor potencia sexual tiene el hombre			
2	La vagina se acomoda al tamaño en longitud o grosor del pene, obteniendo placer igualmente			
3	El hombre siempre debe llevar la iniciativa en las relaciones sexuales			
4	Un hombre debe aguantar hasta que la mujer haya tenido su orgasmo			
5	Por naturaleza los hombres tienen mucho más deseo que las mujeres			
6	En la mujer, La mayoría de los orgasmos, a cualquier edad, se consiguen a través del clítoris			
7	En la menopausia, algunas mujeres incluso pueden gozar más plenamente de la sexualidad			
8	La menstruación es un momento como otro cualquiera para gozar de la sexualidad			
9	Por naturaleza las mujeres tienen menos deseo que los hombres			
10	Una mujer adulta y madura debe tener siempre un orgasmo durante la penetración			
11	La Eyaculación Precoz la padecen sólo hombres jóvenes.			
12	La impotencia es natural e irreversible en el hombre de edad.			
13	Existen circunstancias en las que ni la pareja más excitante consigue nuestro orgasmo			
14	La penetración no es necesaria para tener una relación sexual plena			
15	La masturbación es físicamente dañina y disminuye la potencia sexual.			

16	La relación sexual sólo es plena cuando hombre y mujer llegan al orgasmo a la vez.			
17	El coito debe evitarse durante el embarazo			
18	Es imposible que el marido abuse sexualmente de su esposa.			
19	La masturbación es una práctica limitada casi exclusivamente a los hombres.			
20	La masturbación, aunque se tenga pareja, puede ser muy gratificante			

ANEXO III

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGADOR RESPONSABLE:.

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

“ROMPIENDO MITOS: LA SEXUALIDAD DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE A TRAVÉS DE LOS MITOS”.

Se me ha solicitado participar en un trabajo de investigación que está estudiando los mitos sexuales en pacientes con TMG.

Al participar en este estudio **yo estoy de acuerdo en contestar un cuestionario relativo a mitos sexuales y datos sociodemográficos.**

Entiendo que:

1. Cualquier pregunta que quiera hacer en relación a mi participación deberá ser contestada por el investigador y/o colaboradores del trabajo.
2. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi nombre o identidad no será revelada y mis datos clínicos permanecerán en forma confidencial.
3. El equipo investigador me informa que el cuestionario es totalmente confidencial y que nunca los autores del estudio sabrán los datos del encuestado y sus respuestas al ser totalmente anónimo.
4. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado/a u obligado/a.

NOMBRE PARTICIPANTE:

INVESTIGADOR RESPONSABLE

DNI:

FECHA

ANEXO IV

INFORMACIÓN A LOS USUARIOS-COLABORADORES EN LA INVESTIGACIÓN:

ROMPIENDO MITOS: LA SEXUALIDAD DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE A TRAVÉS DE LOS MITOS.

La sexualidad, forma parte de nuestra personalidad, es una dimensión vital humana, un carácter innato del hombre y la mujer, que posee características aprendidas y comunicadas de una generación a otra.

La sexualidad, para vivirla de manera placentera, sin riesgos, hay que disponer de una información y educación correcta que debería comenzar desde el momento en que se nace.

Una educación sexual adecuada y correcta reduce las conductas de riesgo, la frecuencia de las relaciones y el número de compañeros. Es mediante esta educación que debemos desterrar los tabúes, los mitos y los miedos.

Si se reconoce que la esfera sexual para la población general es una dimensión acarreadora de conflictos a nivel personal, se reconocerá también que para el individuo aquejado de alteraciones mentales severas, como es el paciente con TMG, lo referido al sexo conlleva igualmente algunos problemas.

Se pretende con este estudio acercar a la población una realidad escasamente conocida, agravada por el desconocimiento y limitada por los prejuicios sociales, fundamentalmente morales, que toda actividad de las funciones afectivo-sexuales conllevan. Sacar a la luz esta dimensión, fundamental para el ser humano, es una labor que se considera esencial para la mejor asistencia y conocimiento de las personas con enfermedad mental.

El primer paso, y éste es el objetivo principal de este proyecto, va a ser identificar mitos sexuales para evitar que influyan negativamente en la expresión de su sexualidad; conocer estas falsas creencias nos puede servir para saber dónde situarnos, para afianzar los conceptos correctos y corregir los erróneos. La creación y puesta en marcha de un programa de educación afectivo-sexual específico para los pacientes con TMG, ayudaría en gran medida para reducir estos falsos mitos y desarrollar su sexualidad de forma saludable, pero antes que nada hay que saber, de dónde se parte y cuáles son las áreas con más déficits a trabajar.

Su colaboración en esta investigación es imprescindible para el buen término de la misma, consistirá en contestar un cuestionario relativo a mitos sexuales y datos sociodemográficos. Gracias anticipadas.

Equipo investigador

ANEXO V

DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Son varias las limitaciones y dificultades que se pueden encontrar en este estudio y con una población tan compleja como son los pacientes con trastorno mental grave:

- Los pacientes con TMG, en general, padecen déficit cognitivos importantes, y por tanto este hecho puede dificultar la contestación del cuestionario. Esta limitación se ha intentado solucionar, con la elaboración de un cuestionario sencillo, con afirmaciones cortas y fácilmente entendibles; para ello, se ha realizado un pilotaje previo con 10 pacientes, durante el cual se han detectado y descartado afirmaciones que entrañaban cierta dificultad de comprensión, bien por su complejidad o por su extensión. Por la misma razón se ha decidido reducir el número de afirmaciones de 30 a 20, de tal manera, que su cumplimentación no exceda de los 10 minutos. Por otra parte y para facilitar la contestación a cualquier tipo de dudas de los usuarios/participantes en el estudio, se decidió que fueran los enfermeros de referencia de cada paciente, por su gran conocimiento sobre el paciente y su psicopatología, los que resolvieran las dudas sobre el cuestionario, pero sin influir en las respuestas del mismo
- Otra de las limitaciones de este estudio, es la no generalización de los resultados a otro tipo de poblaciones similares a nivel andaluz o español; pero sí serán significativos en relación a la población en estudio, pacientes con trastorno mental grave pertenecientes a la UGC de salud mental de Almería. Para facilitar que esto sea así, se ha decidido la inclusión de todos los pacientes asignados a éste trastorno, en total 123. Con un error alfa del 0,05 y un error beta del 10% y teniendo en cuenta que el 50% (peor de los casos) de los sujetos tendrían algún mito sexual, la muestra que se necesitaría sería de 54 pacientes, muy por debajo de los pacientes que se prevé acepten autocumplimentar el cuestionario.
- Los pacientes con TMG suelen con cierta frecuencia no asistir a sus consultas de revisión, esto podría de manera importante dificultar la recogida de datos. Pero esta limitación se resolverá fácilmente porque todos los pacientes están identificados previamente, aquellos que no asistan a su revisión se les llamará por teléfono para una nueva revisión o en última instancia se irá al domicilio del paciente, porque

además, ese es el protocolo de actuación cuando un paciente, por la razón que sea, no asiste a consulta.

- La descompensación psicopatológica en el momento de la entrevista puede ser otra limitación, que resolveríamos, posponiendo para otro momento la pasación del cuestionario. Si la descompensación perdura a lo largo de toda la recogida de datos, es una dificultad que hay que asumir.
- Según bibliografía consultada^{9, 12} no hemos encontrado ningún cuestionario validado sobre mitos sexuales, aunque sí distintos listados de mitos más frecuentes en nuestra sociedad^{13, 14}.
- Se ha confeccionado este cuestionario sobre mitos sexuales, basándose en el de Carroles y Sanz, y adaptado por Mc Cary J.L,¹³ pero tras el pilotaje previo, realizado con 10 pacientes, se han detectado algunos problemas: las preguntas son excesivamente largas para que todos los pacientes pueden entenderlas; el número de afirmaciones eran excesivas y nuestros pacientes se cansaban; algunas preguntas eran complejas y se han descartado.
- La dificultad de validar un cuestionario de estas características estriba en su posterior aplicabilidad, pues sólo sería utilizado en ese estudio concreto y ya no poder ser aplicable a otro tipo de estudios, pues los mitos sobre sexualidad son cientos y las poblaciones muy diferentes en cuanto a cultura, religión, formación, edad, país etc., de ahí no haber encontrado ningún cuestionario validado, utilizando para su búsqueda bases de datos nacionales e internacionales.