



Artículo original

Salud sexual y reproductiva de los pacientes con esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar



Ana María Posada Correa^a, Rommel Augusto Andrade Carrillo^a,
Diana Cristina Suarez Vega^a, Sujey Gómez Cano^a, Luis Guillermo Agudelo Arango^a,
Luis Fernando Tabares Builes^a, Ángela María Agudelo García^{a,b}, Esteban Uribe Villa^{a,b},
Daniel Camilo Aguirre-Acevedo^c y Carlos López-Jaramillo^{a,b,*}

^a Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

^b Grupo de Investigación en Psiquiatría GIPSI, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

^c Instituto de Investigaciones Médicas, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de noviembre de 2017

Aceptado el 13 de abril de 2018

On-line el 23 de julio de 2018

Palabras clave:

Trastorno bipolar

Esquizofrenia

Enfermedad mental

Anticoncepción

Sexualidad

R E S U M E N

Introducción: Las personas con esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar (TAB) tienen alto riesgo de embarazos no deseados y abortos, debido a su condición de vulnerabilidad o comportamientos hipersexuales (frecuentes en este último trastorno); a esto se asocia dificultad en la planeación de sus actos y escasez de educación sexual y consejos del personal médico, lo cual lleva a resultados obstétricos negativos e incapacidad para cuidar adecuadamente a sus hijos.

Objetivo: Describir las características de una muestra de pacientes con trastorno bipolar y esquizofrenia en Medellín, Colombia, sobre salud sexual y reproductiva, el uso de anticoncepción y el asesoramiento al respecto en las consultas de psiquiatría.

Métodos: Se realizó un estudio observacional de corte transversal. Se incluyó a los 160 participantes del ensayo clínico «Los Efectos de un Programa de Intervención Multimodal en Pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar y Esquizofrenia», captados de la consulta del grupo de trastornos del ánimo y psicosis del Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín. Un residente de tercer año de Psiquiatría contactó con ellos vía telefónica y les aplicó una encuesta acerca de las características de su vida sexual y reproductiva y la anticoncepción.

Resultados: Casi todos los pacientes con esquizofrenia estaban solteros, no tenían estudios de pregrado y se encontraban desempleados. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad de inicio de las relaciones sexuales al comparar por diagnóstico y por sexo. Casi todos los pacientes con esquizofrenia y casi la mitad de los pacientes con TAB reportaron no tener vida sexual activa. Casi todos los que reconocieron tenerla afirmaron que usaban siempre algún método anticonceptivo; del grupo de TAB, solo el 48,8% de las mujeres solteras reconocieron estar planificando y poco más de la mitad de los varones afirmaron que se servían del condón en sus relaciones sexuales. Una cuarta parte de los

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carloslopezjaramillo@gmail.com (C. López-Jaramillo).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.04.007>

0034-7450/© 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

embarazos fueron no planeados. El 57,4% de los pacientes con TAB y el 78,8% de los que tenían esquizofrenia se consideraban bien informados sobre planificación familiar, a pesar de que la mayoría afirmaba que nunca habían recibido información sobre este tema durante las consultas con su psiquiatra.

Conclusiones: Los pacientes con enfermedad mental tienen alteraciones cognitivas y conductuales que afectan a su vida sexual y reproductiva, por lo cual los psiquiatras deben abordar este tema para garantizar la educación en cuanto a anticoncepción, planeación de la natalidad y riesgo de enfermedades de transmisión sexual, entre otras, y así velar por la seguridad y la calidad de vida de sus pacientes.

© 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Sexual and Reproductive Health in Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder

A B S T R A C T

Keywords:

Bipolar disorder
Schizophrenia
Mental illness
Contraception
Sexuality

Introduction: People with schizophrenia and bipolar disorder (BD) have a high risk of unwanted pregnancies and abortions, due to their condition of vulnerability or hypersexuality (common in BD). This is associated with difficulty in planning their actions and lack of sex education and counselling by medical personnel, and can lead to adverse obstetric outcomes and inability to care adequately for their children.

Objective: To describe the characteristics in terms of sexual and reproductive health, and the use of contraception and counselling in psychiatric consultations, in a sample of patients with BD and schizophrenia in Medellín, Colombia.

Methods: Observational cross-sectional study. We included the 160 participants from the clinical trial, "The effects of a multimodal intervention programme in patients with bipolar disorder and schizophrenia", who were recruited from the mood and psychosis disorders group clinic at Hospital Universitario de San Vicente Fundación in Medellín. They were contacted by phone by a third-year psychiatry resident, who applied a survey about the characteristics of their sex life, contraception and reproduction.

Results: Almost all of the patients with schizophrenia were single, had no undergraduate studies and were unemployed. No significant differences were found regarding the age of starting sexual relations when comparing by diagnosis and gender. Almost all patients with schizophrenia and almost half of the patients with BD reported not having an active sexual life. Almost all of those who admitted to having an active sexual life claimed to always use contraception; in the BD group, only 48.8% of single women admitted to using contraception and a little over half of men stated that they used a condom when having sex. A quarter of the pregnancies were unplanned.

Although the majority of the patients stated that they had never received information about family planning in the consultations with their psychiatrist, 57.4% of the patients with BD and 78.8% of those who had schizophrenia, considered themselves to be well informed on the subject.

Conclusions: Patients with mental illness have cognitive and behavioural alterations that affect their sexual and reproductive lives. Psychiatrists should therefore address this issue, to ensure education in areas such as contraception, family planning and sexually transmitted diseases and help safeguard the safety and quality of life of their patients.

© 2018 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Introducción

La esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar (TAB) son enfermedades crónicas que afectan principalmente a personas en edad reproductiva, con prevalencias en el mundo del 1 y el 4%

respectivamente¹. Se caracterizan por ser alteraciones afectivas y cognitivas que conducen a un marcado deterioro del razonamiento y el juicio²⁻⁵ y afectan en gran medida a su vida sexual y reproductiva; este riesgo se ve aumentado por el uso concomitante de sustancias psicoactivas, que alcanza prevalencias entre el 25 y el 65% en esta población⁶⁻⁹.

Las mujeres con estos trastornos tienen alto riesgo de embarazos no deseados y abortos, en parte debido a su dificultad para planear y medir las consecuencias de sus actos, lo cual incluye la falta de utilización o el uso inadecuado de métodos anticonceptivos^{3,5,10}. Hay reportes en la literatura de que apenas el 58,8% de las mujeres con TAB emplean algún método anticonceptivo¹¹; por otro lado, hay evidencia de que los pacientes con esquizofrenia presentan un alto porcentaje de embarazos no deseados, a pesar de que la tasa global de gestación de esta población es baja¹². Además, en ambos trastornos hay mayor riesgo de resultados obstétricos negativos, como partos prematuros, hijos con bajo peso al nacer y reaparición de síntomas psicóticos y afectivos durante el embarazo^{6,7,13-16}.

Entre otros factores asociados, está su condición de vulnerabilidad, que las expone a ser forzadas a tener relaciones sexuales indeseadas y, en el caso de las mujeres con TAB, la hipersexualidad es una característica clínica de la fase maniaca^{10-12,17}. Los padres mentalmente enfermos pueden no estar en capacidad para responder por las necesidades de sus hijos, y delegan su cuidado a otros o corren el riesgo de ser separados de ellos^{10,18}.

A esto se suma que muchas de estas pacientes reciben medicamentos antiepilépticos como parte de su tratamiento y algunos de ellos pueden disminuir la concentración plasmática de los anticonceptivos orales y restarles eficacia^{15,19-21}, además existen estabilizadores del ánimo que pueden aumentar el riesgo de teratogénico de esta población^{11,16}. De manera paradójica, los anticonceptivos orales pueden disminuir las concentraciones de algunos psicofármacos y aumentar el riesgo de descompensación psiquiátrica^{15,19,21,22}.

Por otro lado, hay evidencia de que pocas mujeres con enfermedad mental (EM) suelen pedir asesoramiento sobre anticoncepción, y el 32,2% de una muestra de esta población reportó que nunca había recibido información al respecto⁵. Esto indica que la evaluación y la educación sobre el tema en la consulta de Psiquiatría es escasa, por factores como: falta de conocimiento del psiquiatra sobre el uso de anticonceptivos, la percepción de que esta evaluación no corresponde a la consulta de salud mental, la evitación del tema, la falsa creencia de que los sujetos con esquizofrenia son asexuales o incluso que los antipsicóticos protegen contra el embarazo debido a la hiperprolactinemia secundaria^{4,18,23,24}, por la presión para el uso de métodos anticonceptivos definitivos considerando que esta población presenta escasa capacidad de autodeterminación^{17,18} y por la escasa información acerca de este tema en la literatura^{11,15,25}.

El objetivo de este estudio es describir las características de una muestra de pacientes con TAB y esquizofrenia en Medellín, Colombia, sobre salud sexual y reproductiva, el uso de anticoncepción y el asesoramiento al respecto en las consultas de Psiquiatría.

Métodos

Se realizó un estudio observacional de corte transversal. Los pacientes reclutados formaban parte del ensayo clínico «Los efectos de un programa de intervención multimodal en pacientes con trastorno afectivo bipolar y esquizofrenia», y

fueron captados de la consulta del grupo de trastornos del ánimo y psicosis del Hospital Universitario San Vicente Fundación (HUSVF) de la ciudad de Medellín. Las evaluaciones se llevaron a cabo entre marzo y septiembre de 2016.

Aspectos éticos

Esta investigación contó con la aprobación del comité de ética del Instituto de Investigaciones Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y del HUSVF.

Criterios de inclusión y exclusión

Fueron los mismos del estudio fuente: se incluyó a pacientes con diagnósticos de TAB y esquizofrenia, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Cuarta Edición, Texto Revisado (DSM-IV-TR)²⁶, con edades comprendidas entre los 18 y los 60 años, que tuvieron un nivel de escolaridad mayor que 5 años, eutímicos al momento de la entrevista y que tuvieran un buen estado salud. Además, que contaran con el acompañamiento de un familiar o allegado y firmaran el consentimiento informado previa explicación de este por el profesional. Se excluyó a los pacientes que hubieran recibido terapia electroconvulsiva con anestesia y relajación (TECAR) en los últimos 6 meses, aquellos con antecedente de traumatismo craneoencefálico grave, que tuvieran diagnóstico de discapacidad intelectual o trastorno esquizoafectivo, del espectro autista o de la personalidad y quienes tuvieran datos incompletos en la historia clínica.

Procedimientos

Para este estudio se incluyó a los 301 participantes del estudio fuente, a quienes previamente un psiquiatra entrenado les había aplicado la entrevista diagnóstica para estudios genéticos DIGS (*Diagnostic Interview for Genetic Studies*)²⁷, versión traducida y validada para Colombia, con el fin de confirmar el diagnóstico psiquiátrico y obtener una historia clínica completa.

Posteriormente, un residente de tercer año de Psiquiatría contactó con ellos vía telefónica con el fin de exponerles este nuevo proyecto y la importancia de llevarlo a cabo. Luego de aceptar su participación, se procedió a aplicar una encuesta, diseñada por nuestro grupo de investigación, que consta de algunas preguntas abiertas sobre datos demográficos y antecedentes personales, seguidas de 18 preguntas de selección múltiple o respuesta dicotómica, dirigidas a indagar por las características de la vida sexual, la anticoncepción y la reproducción de esta población.

Análisis estadístico

Los grupos se describieron según la naturaleza de las variables. En las variables cualitativas se utilizaron medidas de frecuencia absoluta y relativa expresadas en porcentajes. Para las variables cuantitativas se utilizaron la media [intervalo intercuartílico]. El software utilizado fue el IBM SPSS versión 23.0.

Tabla 1 – Variables sociodemográficas

	Trastorno afectivo bipolar	Esquizofrenia
Pacientes, n	108	52
Mujeres	75 (69,4)	4 (7,6)
Edad (años)		
Mujeres	48 [36-57]	36,5 [28-40]
Varones	36 [30-51]	34,2 [30-50]
Estado civil		
Soltero/a	60 (55,6)	49 (94,2)
Casado/a	23 (21,3)	1 (1,9)
Unión libre	9 (8,3)	0
Viudo/a	4 (3,7)	0
Separado/a	12 (11,1)	2 (3,8)
Nivel educativo		
Primaria completa o incompleta	16 (14,8)	6 (11,5)
Bachillerato completo o incompleto	59 (54,6)	35 (67,3)
Técnico o tecnólogo	16 (14,8)	9 (17,3)
Pregrado	10 (9,3)	1 (1,9)
Posgrado o estudios superiores	7 (6,5)	1 (1,9)
Ocupación		
Ama de casa	32 (29,6)	4 (7,7)
Empleado o independiente	38 (35,2)	10 (19,2)
Desempleado/a	21 (19,4)	33 (63,5)
Estudiante	11 (10,2)	3 (5,8)
Pensionado/a	6 (5,6)	2 (3,8)
Estrato socioeconómico		
1	10 (9,3)	7 (13,5)
2	41 (38,0)	13 (25,0)
3	42 (38,9)	26 (50,0)
4	9 (8,3)	6 (11,5)
5	5 (4,6)	0
6	1 (0,9)	0

Salvo otra indicación, los valores expresan n (%) o mediana [intervalo intercuartílico].

Resultados

De los 301 pacientes reclutados con diagnóstico de TAB y esquizofrenia, se excluyó a 141, debido a que se negaron a participar en la investigación o no fue posible contactar con ellos. En total, se entrevistó a 160 pacientes por vía telefónica.

En el análisis de las variables sociodemográficas, los porcentajes de varones y mujeres fueron similares pero, tras dividir por grupos según el diagnóstico, predominaron los varones entre los participantes con esquizofrenia y las mujeres en el grupo de TAB (el 92,3 y el 69,4% respectivamente). Las medias de edad eran similares en ambos grupos y más del 70% pertenecía a los estratos socioeconómicos 2 y 3. El 94,2% de los pacientes con esquizofrenia estaban solteros, frente a solo el 55,2% de los que tenían TAB; además, de este último grupo, un tercio de los pacientes estaban casados o convivían en unión libre. Casi todos los participantes lograron al menos iniciar o terminar el bachillerato, pero muy pocos lograron hacer estudios de pregrado, posgrado o superiores, algo más evidente en el grupo de pacientes con esquizofrenia. En cuanto a la ocupación, el 63,5% de los participantes con esquizofrenia estaban desempleados y solo el 19,2% tenía un trabajo; mientras que en el grupo de TAB, el 35,2% estaba

laborando, el 29,2% se dedicaba a los oficios domésticos y estaba desempleado casi del 20% (tabla 1).

Al indagar sobre la vida sexual de los participantes, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad de inicio de las relaciones sexuales al comparar por diagnóstico y por sexo. Los participantes con esquizofrenia que nunca habían tenido relaciones sexuales eran el 13,4%, casi el doble que entre los diagnosticados de TAB (7,4%). Entre el 55,7 y el 60,1% habían tenido como máximo 5 parejas sexuales durante su vida y un poco más del 10% afirmaron que habían tenido más de 15 parejas. Solo el 10,2 y el 11,5% de los pacientes con TAB y esquizofrenia admitieron haber tenido alguna enfermedad de transmisión sexual durante su vida. El 76,9% de los pacientes con esquizofrenia y el 48,1% de los pacientes con TAB reportaron que no tenían vida sexual activa y, de estos, el 14,8% afirmó tener encuentros sexuales al menos 1 vez por semana. No tenían hijos el 75% de mujeres con esquizofrenia y el 32% de aquellas con TAB; el 43,9% tuvo 1 o 2 hijos, que en el 24,3% de los casos fueron embarazos no planeados. El promedio de edad para el primer embarazo fue de 22 años y en total se presentaron 31 abortos. El número de hijos de los varones fue pequeño, la mayoría no tuvo ninguno y solo el 33,3% de los pacientes con TAB tuvo al menos 1 hijo (tabla 2).

Al preguntar sobre los métodos anticonceptivos, casi todos los que reconocieron tener vida sexual activa, afirmaron que

Tabla 2 – Variables relacionadas con la vida sexual

	Trastorno afectivo bipolar	Esquizofrenia
Pacientes, n	108	52
Edad de inicio de las relaciones sexuales (años)		
Mujeres	18 [16-21]	18 [17-20]
Varones	17 [15-19]	16 [14-18]
Frecuencia de las relaciones sexuales		
Una vez por semana	16 (14,8)	2 (3,8)
Cada 2 semanas	18 (16,7)	0
Cada mes	9 (8,3)	3 (5,8)
Muy ocasional	13 (12,0)	7 (13,5)
Sin vida sexual activa	52 (48,1)	40 (76,9)
Número de parejas sexuales en la vida		
Ninguna	8 (7,4)	7 (13,4)
1 a 5	65 (60,1)	29 (55,7)
6 a 10	14 (12,9)	8 (15,3)
11 a 15	7 (6,4)	2 (3,8)
Más de 15	14 (12,9)	6 (11,5)
Antecedente de enfermedades de transmisión sexual	11 (10,2)	6 (11,5)
Número de embarazos		
Ninguno	24 (32,0)	3 (75,0)
1 o 2	33 (43,9)	1 (25,0)
3 o 4	14 (18,6)	0
5 o más	4 (5,2)	0
Número de embarazos no planeados	30 (24,3)	1 (25,0)
Edad del primer embarazo (años)	22 [19-26]	32 [32-32]
Número de abortos		
Uno	15 (48,3)	1 (100)
Más de uno	6 (51,7)	0 (75,0)
Número de hijos de los varones		
Ninguno	21 (63,6)	41 (85,4)
1 o 2	11 (33,3)	7 (14,5)
3 o más	1 (3,0)	0

Salvo otra indicación, los valores expresan n (%) o mediana [intervalo intercuartílico].

siempre usaban algún método anticonceptivo, y la tubectomía fue el más común entre las mujeres. Las principales razones para elegir estos métodos fueron la confiabilidad y la facilidad a la hora de usarlos. Del grupo de TAB, solo el 48,8% de las mujeres solteras reconocieron estar planificando, 12 afirmaron haber utilizado algún método anticonceptivo de emergencia y 15 quedaron embarazadas mientras estaban planificando; la mayoría de estas estaban tomando ácido valproico durante el embarazo. Solo se presentaron 3 casos de hijos con alguna malformación congénita, una asociada a la ingesta de ácido valproico y otra, al haloperidol. Respecto a los varones, ninguno tuvo hijos con malformaciones y solo el 52,0% del grupo de pacientes con esquizofrenia y el 60,6% del grupo de TAB afirmaron que usaban condón en sus relaciones sexuales.

El 57,4% de los pacientes con TAB y el 78,8% de los que tenían esquizofrenia se consideraban bien informados sobre planificación familiar, a pesar de que casi ninguno y solo un tercio de las mujeres habían pedido asesoramiento al respecto de personal capacitado con TAB. La gran mayoría afirmó que nunca había recibido información sobre este tema durante las consultas con el psiquiatra, lo cual preocupa, ya que según esta encuesta un porcentaje no despreciable de los pacientes

entrevistados requerían iniciar algún método anticonceptivo (tabla 3).

Discusión

Al igual que en este estudio, en la literatura se ha reportado un bajo porcentaje de unión libre o matrimonial entre los pacientes con esquizofrenia^{5,28}, mientras que en aquellos con TAB, el promedio está por debajo del 41,1% encontrado por Magalhares et al¹¹ en esta misma población y se asemeja a lo encontrado en personas con EM en general¹⁰, lo cual indicaría que nuestros pacientes con esquizofrenia presentan un curso similar al reportado en otros países, donde la prematuridad de la enfermedad puede ser determinante en cuanto al estado civil de estos individuos, mientras que el TAB, por aparecer más tarde en el ciclo vital, permite alcanzar una mayor funcionalidad premórbida.

Tras analizar el ámbito laboral, hasta un 65,9% de los pacientes con TAB están desempleados¹¹, cifra similar a lo encontrado en este estudio, mientras que no se encontraron datos específicos sobre los pacientes con esquizofrenia, solo reportes de estudios realizados en personas con esta y otras

Tabla 3 – Variables relacionadas con el método anticonceptivo

	Trastorno afectivo bipolar	Esquizofrenia
Pacientes, n	108	52
<i>Razón para elegir el método anticonceptivo</i>		
Facilidad de uso	13 (20,3)	0
Confiabilidad	35 (54,6)	1 (33,3)
Otras	16 (25,0)	2 (66,6)
<i>Afirman haber utilizado anticonceptivos de emergencia</i>		
Método anticonceptivo actual	12 (16,0)	1 (25,0)
Anticonceptivo oral	5 (6,8)	0
Anticonceptivo inyectable	4 (5,4)	0
Condón	3 (4,1)	0
Dispositivo intrauterino	4 (5,4)	2 (50,0)
Quirúrgicos	21 (28,7)	1 (25,0)
Ninguno/abstinencia	35 (47,9)	0
Otros	1 (1,3)	0
<i>De las que tienen vida sexual activa</i>		
Planifican	26 (96,2)	0
No planifican	1 (3,7)	0
Quedaron en embarazo mientras planificaban	15 (29,4)	0
<i>Método anticonceptivo utilizado</i>		
Naturales	4 (26,6)	0
Anticonceptivo inyectable	3 (20,0)	0
Anticonceptivo oral	3 (20,0)	0
Dispositivo intrauterino	3 (20,0)	0
Condón	2 (13,3)	0
<i>Ingesta de psicofármacos durante el embarazo</i>		
Ácido valproico	11 (55,0)	0
Haloperidol	8 (40,0)	0
Mujeres con hijos con malformaciones congénitas	3 (5,8)	0
Varones que usan condón	20 (60,6)	25 (52,0)
<i>Creer estar bien informados sobre anticoncepción</i>		
Mujeres	46 (42,5)	11 (21,1)
Varones	32 (42,6)	2 (50,0)
Varones	14 (42,4)	9 (18,7)
<i>Han recibido asesoramiento de Psiquiatría sobre planificación</i>		
Mujeres	17 (15,7)	4 (7,6)
Varones	12 (16,0)	1 (25,0)
Varones	5 (15,1)	3 (6,2)
<i>Han consultado para recibir asesoramiento sobre planificación</i>		
Mujeres	40 (37,0)	5 (9,6)
Varones	33 (44,0)	3 (75,0)
Varones	7 (21,2)	2 (4,1)
Candidatos a iniciar un método de planificación	18 (16,6)	19 (36,5)

Salvo otra indicación, los valores expresan n (%).

EM, que mostraron tasas de desempleo del 71,2⁵, el 75,8¹⁰ y el 94,5%¹⁶. Cabe destacar que nuestra muestra de pacientes, pese a hacer parte de una clínica de TAB y psicosis, revela que no en nuestro medio no se articula la prestación de este servicio de salud con una mirada de rehabilitación integral donde se pueda garantizar a los pacientes algún tipo de reintegración laboral, con lo cual se podría mejorar las condiciones de vida de estos sujetos.

En cuanto a la edad de inicio de las relaciones sexuales, el resultado arrojado por este estudio coincide con lo observado por otros autores en pacientes con diversas EM, alrededor de los 18 años^{25,29} y, contra lo que muchos creen, se ha visto que la mayoría de las mujeres con esquizofrenia son sexualmente activas⁴, con tasas que van del 56²⁸ al 90%¹²; esto se puede explicar, probablemente, porque a nivel social es más fácil que una mujer con enfermedades mentales puedan conseguir

pareja, ya que en nuestro medio se espera que sea el varón quien tenga un rol dominante al momento de seleccionar e iniciar la vida en pareja, por lo cual estas pacientes podrían tener un rol más pasivo en este proceso.

Un estudio realizado en Brasil en 2.475 pacientes con EM encontró que un 24% había tenido alguna enfermedad de transmisión sexual³⁰, mientras que en el presente estudio este porcentaje se redujo a la mitad; sin embargo, no se puede descartar un subregistro o dificultades en la detección de este tipo de enfermedades.

El promedio de edad para el primer embarazo coincide con lo encontrado por Gomes et al¹⁶ en mujeres con EM, quienes afirman que el 47,7% eran menores de 19 años¹⁶, respecto a los embarazos no planeados en los grupos de TAB y esquizofrenia. Un estudio realizado en Turquía⁵ reportó valores del 50,5 y el 47,5% respectivamente, lo cual representa

más del doble de lo encontrado en el presente estudio, mientras que en cuanto a las tasas de aborto (el 20,6 y el 25%), el resultado fue muy similar. Al hablar de la paridad de las pacientes con TAB, un estudio brasileño reportó que el 22,1% no tuvo hijos y que el 44,9% tuvo 1 o 2¹¹, resultados equiparables a los nuestros y de otros con mujeres con EM (el 65,1¹⁰ y el 56,4%¹⁶ respectivamente). La literatura médica, al igual que este reporte, afirma que las mujeres con esquizofrenia tienen menos hijos⁵. La similitud con los estudios brasileños hace pensar que epidemiológicamente puede haber un comportamiento parecido entre ambos países, por tratarse de la misma región y por el curso natural de estos trastornos mentales, pues la funcionalidad podría ir deteriorándose a medida en que avanza la enfermedad (incluida la salud sexual y reproductiva) y los efectos adversos sexuales de los medicamentos se hacen más notorios, entre otros factores individuales.

La alta proporción de mujeres en edad reproductiva con antecedente de TAB que afirmaban estar planificando no coincide con los resultados de otros estudios: el 58,8%¹¹ en una población similar y el 13,7% de las mujeres con diversas EM¹⁶. El método anticonceptivo más utilizado sigue siendo la tubectomía (el 16,3¹¹ y el 48,4%¹⁵). De las 4 mujeres con esquizofrenia, ninguna estaba planificando. A pesar de los pocos datos acerca de la frecuencia del uso de anticonceptivos en esta población, se han encontrado porcentajes muy bajos¹¹. Probablemente por la naturaleza episódica del TAB, en el cual uno de los síntomas cardinales de las crisis de manía es el aumento de la impulsividad con conductas de alto riesgo y por la teratogenicidad de los estabilizadores del ánimo clásicos, estas pacientes reportaron mayor tasa de uso de anticonceptivos que las pacientes con esquizofrenia de nuestra muestra.

Solo un tercio de los pacientes del grupo de TAB afirmaron que habían recibido información sobre sexualidad y anticoncepción, lo que concuerda con lo reportado en estudios realizados en Estambul⁵ y Nueva Zelanda⁵, mientras que en otro realizado con mujeres con esquizofrenia, solo el 26,6% había tenido un examen ginecológico en los últimos 3 años, frente al 56% de las mujeres del grupo de control¹². Sin embargo, 2 de las 4 mujeres de este estudio que tenían este diagnóstico afirmaron haber recibido información al respecto, pero no está claro que está información fuera proporcionada directamente por personal de salud o medios alternativos.

Algunas de las limitaciones de este estudio son su diseño de corte transversal, que no permite el seguimiento en el tiempo, la ausencia de un grupo de control y la complejidad de los pacientes reclutados, lo que impide generalizar los resultados obtenidos. Además, la veracidad de la información está afectada por la sensibilidad de este tema, lo impersonal de la entrevista telefónica, los posibles errores de memoria, el estigma social y la vergüenza, entre otros.

Conclusiones

Una vida sexual y reproductiva responsable requiere adecuados estándares cognitivos y conductuales, que están alterados en los pacientes con EM. Por ello los psiquiatras, como parte de la atención integral a sus pacientes, deben tomar la iniciativa y abordar este tema, para garantizar la educación en cuanto a

anticoncepción, planeación de la gestación y riesgo de enfermedades de transmisión sexual, entre otras, y así velar por la seguridad y la calidad de vida de sus pacientes.

Financiación

El presente artículo original no recibió financiación de ninguna entidad.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Black DW, Andreasen NC. *Introductory Textbook of Psychiatry*. 4.^a ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2006. p. 430-7.
2. *DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
3. Neinstein LS, Katz B. Contraceptive use in the chronically ill adolescent female: Part II. *J Adolesc Health Care*. 1986;7:123-33.
4. Miller LJ. Sexuality reproduction, and family planning in women with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1997;23:623-35.
5. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Enginkaya S, Dinç H, Bilgin H. Reproductive health in women with serious mental illnesses. *J Clin Nurs*. 2014;23:1283-91.
6. Callegari LS, Zhao X, Nelson KM, Lehavot K, Bradley KA, Borrero S. Associations of mental illness and substance use disorders with prescription contraception use among women veterans. *Contraception*. 2014;90:97-103.
7. Hall KS. Contraception and mental health: a commentary on the evidence and principles for practice. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;1:1-7.
8. Meade CS. HIV risk behavior among adults with severe mental illness: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2005;25:433-57.
9. McCandless F, Sladen C. Sexual health and women with bipolar disorder. *J Adv Nurs*. 2003;44:42-8.
10. Coverdale JH, Turbott SH, Roberts H. Family planning needs and STD risk behaviours of female psychiatric out-patients. *Br J Psychiatry*. 1997;171:69-72.
11. Vieira P. Use of contraceptive methods among women treated for bipolar disorder. *Arch Womens Ment Health*. 2009;12:183-5.
12. Seeman MV. Prescribing contraceptives for women with schizophrenia. *J Psychiatr Pract*. 2011;17:258-69.
13. Callegari LS. Contraceptive adherence among women veterans with mental illness and substance use disorder. *Contraception*. 2015;91:386-92.
14. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösli I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Neonatal Med*. 2007;20:189-209.
15. Berenson AB. Continuation rates and complications of intrauterine contraception in women diagnosed with bipolar disorder. *NIH Public Access*. 2012;29:997-1003.
16. Gómes T, Ferreira E, Almeida PC. Particularidades de la planificación familiar de mujeres portadoras de trastorno mental. *Rev latino-am Enferm*. 2009;17:639-44.

17. Curtis V. Women are not the same as men: specific clinical issues for female patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2005;7:16-24.
18. Coverdale JH, Bayer TL, McCullough LB, Chervenak FA. Respecting the autonomy of chronic mentally ill women in decisions about contraception. *Hosp Community Psychiatry.* 1993;44:671-4.
19. Dutton C, Foldvary-Schaefer N. Contraception in women with epilepsy. Pharmacokinetic interactions, contraceptive options, and management. *Int Rev Neurobiol.* 2008;83:113-34.
20. Gaffield ME, Culwell KR, Lee CR. The use of hormonal contraception among women taking anticonvulsant therapy. *Contraception.* 2011;83:16-29.
21. Reimers A, Brodtkorb E, Sabers A. Interactions between hormonal contraception and antiepileptic drugs: clinical and mechanistic considerations. *Seizure.* 2015;28:66-70.
22. Pagano HP, Zapata LB, Berry-Bibee EN, Nanda K, Curtis KM. Safety of hormonal contraception and intrauterine devices among women with depressive and bipolar disorders: a systematic review. *Contraception.* 2016;94:641-9.
23. Michael C. HIV risk behavior among psychiatric outpatients: association with psychiatric disorder, substance use disorder and gender. *J Nerv Ment Dis.* 2006;192:1-13.
24. Guimarães MDC. HIV risk behavior of psychiatric patients with mental illness: a sample of Brazilian patients. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32:351-60.
25. Drew M. Factors associated with unprotected sexual practice among men and women with mental illnesses in Brazil. Fatores associados com a prática do sexo desprotegido entre homens e mulheres com transtornos mentais no Brasil. Los factores asociados con la práctica. *Cad Saude Pública.* 2014;30:1475-86.
26. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR.* Arlington: American Psychiatric Association; 2003.
27. Palacio CA, García J, Arbeláez MP, Sánchez R, Aguirre B, Garcés IC, et al. Validación de la entrevista diagnóstica para estudios genéticos (DIGS) en Colombia. *Biomédica.* 2004;24:56-66.
28. Meyer-Bahlburg H, Nat R, Susser E, Meyer I. Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1994;151:228-32.
29. Guimarães MDC, McKinnon K, Campos LN, Melo APS, Wainberg M. HIV risk behavior of psychiatric patients with mental illness: A sample of Brazilian patients. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32:351-60.
30. Campos LN, Guimarães MD, Carmo RA, Melo AP, Oliveira HN, Elkington K, et al. HIV, syphilis and hepatitis B and C prevalence among patients with mental illness: a review of the literature. *Cad Saude Publica.* 2008;24 Suppl 4: s607-20.