



PERCEPCIONS I VIVÈNCIES ENVERS LA SEXUALITAT DE LES PERSONES DIAGNOSTICADES D'ESQUIZOFRÈNIA

PROJECTE DE RECERCA

ANDREA MARÍA PONS MARÍN

Tutor: Dr. David Ballester Ferrando

Treball de final de grau en INFERMERIA

Curs 2024-2025

AGRAÏMENTS

Primerament, m'agradaria donar les gràcies al meu tutor del Treball de Fi de Grau, el Dr. David Ballester pel seu suport, per l'ajuda i per la motivació de tirar endavant aquest projecte, sobretot per a donar visibilitat al col·lectiu de la salut mental i de totes les persones que avui dia pateixen una patologia en aquest àmbit.

Agraeixo també als meus pares, per l'empenta i la motivació d'estudiar un segon grau universitari, amb tot el que comporta i fer realitat el desig de ser infermera.

També, m'agradaria agrair a tot el professorat de la facultat, per la seva vocació i per ensenyar una professió tan digna i humana com n'és la infermeria. També a totes les infermeres i infermers de pràctiques que m'han acompanyat al llarg d'aquests quatre anys de formació, per a transmetre'm la passió i les ganes d'ajudar a totes les persones que ho han necessitat. Heu estat les meves referents i el mirall fins a dia d'avui.

En últim lloc i no menys important, a tots els companys i companyes de grau, en els bons i mals moments, durant les èpoques d'exàmens i durant els dijous de farra. Hem gaudit i compartit aquesta etapa plegades.

Gràcies de tot cor.

MOTIVACIONS

Al llarg del grau en Infermeria, la salut mental ha estat una de les pedres angulars per tal d'escalar aquesta muntanya russa d'emocions i peripècies fins a arribar a dia d'avui. No ha estat un camí fàcil ni de bon tros, però cada fita assolida i cada coneixement assolit han estat el motor que han empès fins a arribar aquí.

Així doncs, la salut mental ha estat present al llarg d'aquests quatre anys, fins i tot, des de l'edat adolescent. Al cap i a la fi, el fet d'estar bé i satisfeta amb una mateixa és el secret de l'èxit i la satisfacció de ser persona. A mesura que ens anàvem endinsant en aquest trajecte, la salut mental anava guanyant esgraons, fins al punt que va ser l'eslògan oficial de La Marató un cop passada la pandèmia.

No només com a futures infermeres, sinó per tenir una vida plena i equilibrada, la salut mental ha d'estar a l'abast de qualsevol persona. Per aquest fet, la motivació d'aquest projecte és poder donar veu a totes aquelles persones que estan travessant un procés de patologia mental com a tal, és a dir, poder posar nom i cognom a tots aquells sentiments, preocupacions i manifestacions que els agradaria comunicar a un professional de la salut, en aquest cas a les infermeres.

Les malalties mentals són les grans oblidades en el món de la salut, és a dir, és molt senzill poder posar paraules a un infart, a un ictus o a un procés de càncer. Per contra, hi ha tan elevat estigma i prejudici envers els subjectes que pateixen una malaltia en l'àmbit del cervell, que molts professionals no estan preparats per oferir-los una atenció digna i de qualitat com mereixen.

Per aquest fet, la meva darrera fita d'aquest grau universitari és brindar llum a la sexualitat de les persones amb esquizofrènia. D'entrada, l'Organització Mundial de la Salut defineix la sexualitat com un ens central i integral en la vida dels éssers humans, és a dir, el fet de gaudir d'una vida sexual digna i satisfactòria, sense actes de coerció, discriminació i/o violència és un dret fonamental de tota persona que habita en el món.

Ara bé, en aquesta temàtica sexual s'hi suma una de les patologies sexuals més prevalent en l'actualitat: l'esquizofrènia. Molts experts en psiquiatria relaten que la sexualitat ha estat apartada de la vida d'aquestes persones pel simple fet de portar una etiqueta de *patologia mental* a les seves vides. Exposen que no només cal incidir en l'esfera física, psíquica o social d'aquestes, sinó també sexual per garantir una vida digna i plena.

Doncs aquest projecte, vol aportar un gra de sorra i obrir una escletxa de llum per a donar veu a totes les persones que es troben ingressades a una unitat d'aguts o bé fent seguiment a un centre de salut mental fent èmfasi en la sexualitat i els processos sexuals que, com a éssers vius i racionals, tenen dret a poder dur a terme, com qualsevol altra persona de l'entorn.

ÍNDEX

RESUM.....	7
ABSTRACT.....	8
1. MARC TEÒRIC.....	9
1.1 L'esquizofrènia.....	9
1.2 Etiologia i factors implicats.....	11
1.3 Epidemiologia i prevalença.....	13
1.4 Desenvolupament del trastorn.....	15
1.5 Tipus d'esquizofrènia.....	18
1.6 Tractament farmacològic de l'esquizofrènia.....	19
1.7 Tractament no farmacològic de l'esquizofrènia.....	20
1.8 La sexualitat: una necessitat bàsica de les persones.....	23
1.9 La sexualitat en persones diagnosticades d'esquizofrènia.....	24
2. BIBLIOGRAFIA.....	29
3. OBJECTIUS.....	39
3.1 Objectius de desenvolupament sostenible (ODS).....	39
4. MATERIALS I MÈTODES.....	40
4.1 Disseny de l'estudi.....	40
4.2 Àmbit de l'estudi.....	41
4.3 Població d'estudi.....	42
4.4 Mostra.....	42
4.5 Mida de la mostra.....	43
4.6 Criteris de participació en l'estudi.....	43
4.7 Criteris d'inclusió.....	44
4.8 Criteris d'exclusió.....	44
4.9 Instruments de mesura.....	44
4.10 Recollida de dades.....	45
4.11 Procediment.....	46
4.12 Anàlisi i triangulació de dades.....	48
4.13 Consideracions ètiques.....	49
4.14 Limitacions i Fortaleses.....	50
4.15 Aportació a la tasca infermera.....	51

5. CRONOGRAMA.....	52
6. PRESSUPOST DEL PROECTE.....	52
7. ANNEXOS.....	54

RESUM

Introducció: L'Organització Mundial de la Salut estima que 24 milions de persones al món són diagnosticades del trastorn de l'esquizofrènia. Aquest trastorn presenta una etiologia multifactorial, és a dir, neix d'una combinació de factors genètics, bioquímics i socials que afecten la persona de manera integral. Malauradament, les patologies de caràcter mental han estat estigmatitzades i infravalorades des de la seva aparició, fet que el col·lectiu ha quedat desplaçat del tracte assistencial que es mereix. Davant d'aquesta qüestió, s'hi suma l'abordatge a la perspectiva sexual de les persones amb esquizofrènia, és a dir, cal teixir ponts per oferir un tracte global als usuaris diagnosticats d'aquest trastorn per tal que facin un gaudi de la seva esfera sexual acompanyat del desenvolupament de la seva persona. Així mateix, la intervenció infermera és una de les pedres angulars per a donar suport a aquestes persones i atorgar qualitat assistencial.

Objectius: conèixer i analitzar les percepcions entorn la sexualitat de les persones diagnosticades d'esquizofrènia. A més a més, l'estudi vol conèixer les diferències de gènere juntament amb els canvis produïts en la necessitat sexual a partir del diagnòstic del trastorn.

Materials i Mètodes: per a aquest estudi s'utilitzarà un disseny de metodologia qualitativa de caire fenomenològic-descriptiu. Es pretén descriure i exposar els fets que relaten les persones seleccionades mitjançant entrevistes en profunditat semi-estructurades a usuaris diagnosticats d'esquizofrènia entre les edats compreses de 25 a 50 anys de la província de Girona per comprendre les vivències i experiències entorn l'àmbit sexual a les seves vides. La mostra del projecte serà intencionada i l'entrevistador/a es desplaçarà a cada centre per a poder dur a terme les entrevistes. Partirà d'un guió semi-elaborat i aprovat pel grup de recerca especialista en salut mental. Posteriorment, les entrevistes seran transcrites, sempre preservant la confidencialitat i la intimitat de tots els subjectes.

Paraules Clau: esquizofrènia, gènere, trastorn mental, sexualitat, infermeres.

ABSTRACT

Introduction: the World Health Organization estimates that 24 million people worldwide are diagnosed with schizophrenia. This disorder has a multifactorial etiology, meaning it arises from a combination of genetic, biochemical, and social factors that affect the person as a whole. Unfortunately, mental health conditions have been stigmatized and undervalued since their emergence, resulting in this population being excluded from the level of care they deserve. In addition to this issue, there is also the need to address the sexual perspective of individuals with schizophrenia—that is, bridges must be built to offer a holistic approach to users diagnosed with this disorder, allowing them to enjoy their sexual sphere while supporting their personal development. Likewise, nursing intervention is one of the cornerstones in supporting these individuals and providing quality care.

Objectives: the aim of this study is to explore and analyze the perceptions surrounding sexuality among individuals diagnosed with schizophrenia. Additionally, it seeks to examine gender-based differences and changes in sexual needs that may occur following diagnosis.

Materials and Methods: this research will employ a qualitative methodology with a phenomenological-descriptive approach. The aim is to capture and describe the subjective experiences of individuals diagnosed with schizophrenia, aged between 25 and 50 years, living in the province of Girona, with regard to their sexuality. Data will be collected through semi-structured, in-depth interviews, designed to elicit detailed narratives from participants. A purposive sampling method will be applied, and the interviewer will travel to each relevant center to carry out the interviews. The interview guide will be semi-structured and developed in collaboration with a research group specializing in mental health. All interviews will be audio-recorded and transcribed verbatim, with strict measures in place to ensure the confidentiality and privacy of all participants.

Keywords: schizophrenia, gender, mental disorder, sexuality, nurses.

1.MARC TEÒRIC

1.1 L'esquizofrènia

A trets generals, totes les persones de l'àmbit sanitari i fins i tot de peu de carrer, han sentit parlar del trastorn de l'esquizofrènia. Ara bé, a vegades, pot resultar complicat posar paraules per definir aquest concepte, sense arribar al punt d'estigmatitzar i crear un prejudici abans d'endinsar-se en les profunditats d'aquest mot que afecta un nombre elevat de persones a escala mundial.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS), defineix l'esquizofrènia com “un trastorn mental greu que afecta aproximadament 24 milions de persones al món, és a dir, 1 de cada 300 persones” (1). A més, afirma que l'esquizofrènia es caracteritza per una destacada decadència en els processos psicològics -com la percepció, l'atenció i el llenguatge- i també severos canvis en l'estat comportamental de les persones diagnosticades d'aquest trastorn.

La Guia de pràctica clínica pel tractament de l'esquizofrènia (2), també esmenta que aquesta és considerada com un trastorn psicòtic greu. Les manifestacions que pot ocasionar són diverses en funció de la gravetat de la patologia; si més no, destaca el deteriorament dels processos psicològics, alteració en la ideació, biaix en la percepció de la realitat i fins i tot, dèficit en els processos d'atenció, motivació i judici propi. A més, com bé afirma el coordinador d'aquesta Guia- Martín-García J-, “no hi ha cap símptoma que sigui per si sol patognomònic de l'esquizofrènia” (2) i conclou que cada persona presenta el seu propi curs de desenvolupament de la patologia, és a dir, no tots els símptomes apareixen en totes les persones diagnosticades d'aquesta.

Abans d'exposar el bressol d'aquest trastorn mental i establir un breu viatge pel recorregut que ha sofert l'esquizofrènia al llarg dels segles, cal plasmar també la definició del manual DSM-5TR. Aquest manual abraça l'esquizofrènia traduïda en psicosi, és a dir, es dona una pèrdua de contacte amb la realitat, juntament amb falses percepcions de l'entorn i d'un mateix, parla desorganitzada, dèficits en els processos de cognició juntament amb una disfunció del terreny laboral i social (3).

Viatjant fins a les profunditats de l'etimologia de la paraula, el mot esquizofrènia queda dividit en dos blocs:

- Esquizo: del grec (schizein), que significa *escindir*
- Frenia: del grec (phren), que significa *ment*

Així doncs, la conjunció d'aquestes dues paraules ve a significar que la ment humana està fragmentada del contacte amb la realitat, segons indica Germán Abeleira (4), que exposa en la seva recerca que el subjecte viu en un món paral·lel a la realitat i que aquest tan sols té la ment en concordança amb el què experimenta.

És important també marcar la trajectòria envers la història de l'esquizofrènia, és a dir, és essencial conèixer el punt de partida d'aquesta patologia per entendre els abordatges actuals i posar nom als seus antecedents. Així doncs, l'avenç en infermeria psiquiàtrica ha anat de bracet en la majoria dels casos de la història social i cultural de les civilitzacions. Per aquest fet, les persones amb malalties mentals van ser torturades, desprotegides i ignorades durant gran part de la història. Abans d'existir-hi una separació entre patologies mentals i orgàniques, qualsevol mena de patologia era atribuïda a forces divines i sobrenaturals.

Malauradament, l'esquizofrènia no començà a teixir-se fins a les acaballes del segle XIX amb les investigacions de Kraepelin (5), qui va abordar una classificació de caràcter més orgànic i neurofisiològic a les malalties mentals. Així doncs, aquest autor va encunyar el terme de *demència precoç* i en va fer una definició: "inici precoç, evolució fins al deteriorament i absència de psicosis maníaco-depressiva"(5). El segon terme que va introduir fou la *psicosis maníaco-depressiva*, actualment conegut com el trastorn bipolar.

Avançant entre les temporalitats de la història, Bleuler (6) al 1911, va capgirar la idea de la demència precoç del seu avantpassat. Va substituir aquest mot pel que actualment coneixem com a *esquizofrènia*, afirmant que no en tots els casos, hi ha un deteriorament de la persona. Concretament, aquest autor va definir aquest trastorn com: un grup de psicosis el curs del qual a vegades pot ser de caràcter crònic i també pot estar marcat per atacs intermitents que poden

retrocedir al curs inicial de la patologia (6). Així doncs, aquest autor va teixir l'esquizofrènia com un conjunt de trastorns de l'associació, de l'afectivitat (atàxia emocional), ambivalència afectiva, volitiva i intel·lectual- juntament amb la predilecció pels fets fantàstics (trets de l'espectre autista) (7,8).

Després de tot aquest recorregut i trasbals en el mot esquizofrènia, actualment el terme ve definit pel manual de DSM-5TR (3) el qual ressalta les característiques de: idees al·lucinatòries, llenguatge desorganitzat, alteracions en el contingut del pensament, comportament catatònic i símptomes negatius (anhedonia, abúlia, alògia i aplanament de l'estat d'ànim). A banda d'aquests símptomes, s'han descrit diversos vessants del terme esquizofrènia, fet que cada usuari pot presentar unes característiques definitòries molt particulars.

1.2 Etiologia i factors implicats

Resulta complex poder relatar l'origen de l'esquizofrènia de manera senzilla i entenedora, ja que aquest trastorn està compost per un conjunt de factors genètics, ambientals i sociofamiliars com s'esmenta en un dels estudis d' Artigue i Tizón (9).

Així doncs, fent un breu viatge per una de les causes més elementals d'aquest trastorn, s'hi troba el component genètic com una de les pedres angulars en els estudis neurobiològics (10). Aquestes fonts d'informació afirmen que, a major nivell d'associació familiar existent, major possibilitat de desenvolupar la malaltia. La susceptibilitat per patir aquesta malaltia ve atorgada per la desregulació de nombrosos cromosomes «1q21-22, 1q32 43, 6p24, 8p21, entre d'altres»; juntament amb la desregulació del sistema dopaminèrgic (10,11).

Lahera, Freund i Sáiz (11) exposen de primera mà la desregulació de la dopamina en les estructures corticals de la persona. Aquests autors evocuen quatre camins pels quals l'increment o la disminució d'aquesta substància pot ser clau per tal de promoure actuacions a nivell conductuals desdibuixades o la desregulació de la resposta davant certs fets estressors. Així doncs, davant una desregulació de l'àrea mesolímbica, la persona veurà alterades les seves

respostes davant els estímuls emocionals i motivacionals. Per contra, davant l'alteració de la via mesocortical, l'usuari veurà afectada la part racional i cognitiva de les seves actuacions.

Així, la teoria dopaminèrgica de la psicosi manté com a eix central una hiperactivitat de les vies dopaminèrgiques de la zona mesolímbica juntament amb perpetuades alteracions dels receptors D1 i D2 de l'espai previ a les connexions neuronals a causa d'una elevada sensibilitat (12).

Altres estudis també alcen els factors ambientals com un punt de partida en el desenvolupament de l'esquizofrènia. Sobretot, un dels factors clau a nivell extern en el desenvolupament d'aquesta malaltia és una de les complicacions obstètriques per excel·lència: la hipòxia fetal crònica (13), seguit del baix pes de la mare progenitora i la incompatibilitat amb Rh. També, continuant amb la tendència maternal, els processos virals i d'immunologia són un fet a destacar en el transcurs de la malaltia, sobretot, en aquelles mares gestants que han patit algun procés d'infeccions actives i inactives juntament amb els efectes secundaris que comporten les infeccions virals, com la *grip influenza*.

Una altra qüestió a l'ordre del dia, és el fet del consum notable de cànnabis en adolescents (14). Existeix una estreta relació amb la modulació del sistema dopaminèrgic per elements cannabinoïdes. Així, el fet de consumir THC entre la població més jove, és un factor que incrementa l'activitat de les neurones dopaminèrgiques de la via mesolímbica. Aquest creixement de la dopamina és acompanyat de la plasticitat neuronal, fet que provoca més trasbals en l'aparició de símptomes psicòtics (14).

També, cal abordar un feix psicosocial en l'aparició del trastorn d'esquizofrènia. En aquest cas, el fet migratori és una qüestió que cal abordar en aquest context. Alguns articles esmenten el "dol migratori" com un fet causal d'aquesta patologia mental (15), ja que els individus estan exposats a viure canvis de gran magnitud en el curs de la seva vida que presenten una major susceptibilitat a desenvolupar el trastorn.

Doncs aquest desordre mental neix de manera heterogènia entre els diferents individus que la pateixen, és a dir, és una patologia mental de caràcter multifactorial, ja que són molts els factors i les causes que poden confluïr fins al diagnòstic de l'esquizofrènia. Malauradament, l'herència genètica té un pes elevat en l'aparició d'aquesta sobretot en els bessons dizigòtics amb un risc del 48% (11,12,13).

1.3 Epidemiologia i prevalença

Dades recents de l'OMS (16), afirmen que una de cada vuit persones a escala mundial és diagnosticada d'un trastorn mental. Així, l'Organització Mundial de la Salut designa aquest terme com una alteració clínicament significativa dels processos psicològics de la cognició, la regulació emocional o el vessant conductual de l'individu en qüestió. Per tal d'encarrilar de manera més acurada el terme esquizofrènia, aquest trastorn afecta unes 24 milions de persones arreu del món, és a dir, 1/300 persones.

Fent una cerca a escala quantitativa de l'esquizofrènia a dins del territori Espanyol, segons la base de dades clíniques d'Atenció Primària (17), el terme psicosi generalitzada comprèn l'1,2% del gruix poblacional. Dins d'aquest percentatge es desplega el mot esquizofrènia, el qual ocupa un 3,7‰ del gruix social (4,5‰ en població masculina i 2,9‰ en població femenina). Així doncs, es pot percebre una diferència notable en el terreny del sexe masculí, qui presenta una prevalença més alta de desenvolupar aquest trastorn mental. A més, també s'hi suma el gradient social en les patologies de salut mental, sent l'esquizofrènia 12 cops major en persones amb uns nivells socials i econòmics més baixos (17).

A la Figura 1 del Ministeri de Sanitat del Govern Espanyol, es pot veure de manera clara i ordenada les diferències per sexe i edats en la prevalença de l'esquizofrènia a Espanya per ‰. Aquesta agafa forces a partir de l'adolescència tardana en la figura masculina progressant fins al grup quinquennal de 50 a 55 anys, amb una diferència del 3,2‰ sobre les dones.

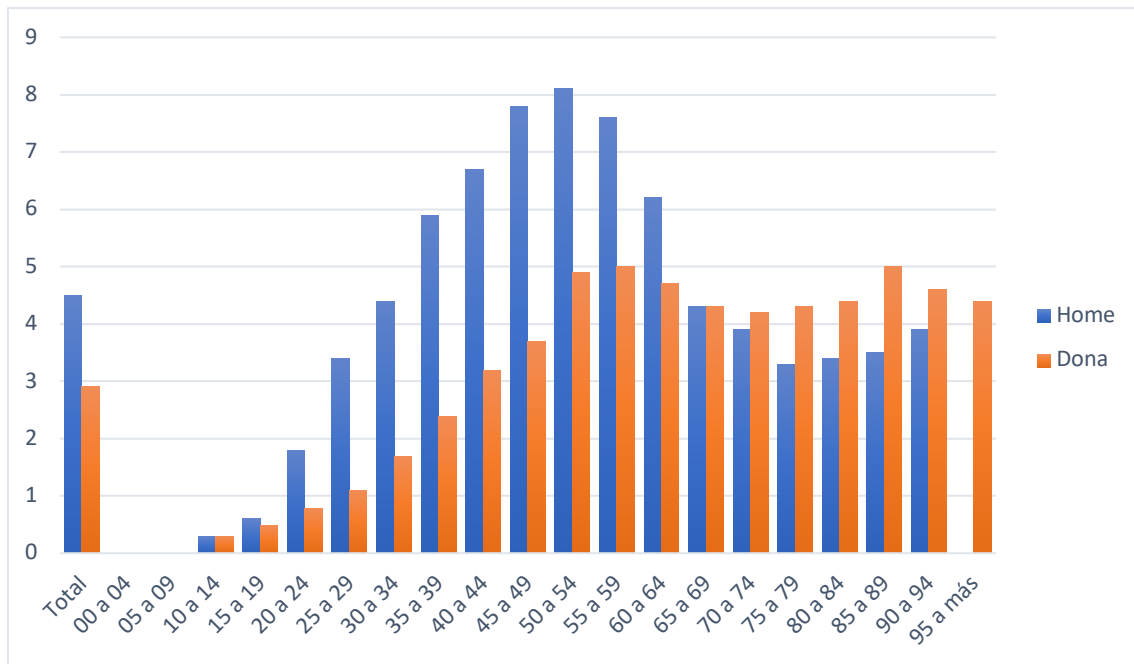


Figura 1. Prevalença de l'esquizofrènia per grups quinquennals d'edat. Font: Ministeri de Sanitat del Govern Espanyol (17).

Altres estudis afirmen que la prevalença de l'esquizofrènia al llarg de la vida és entre un 0,7 i un 1,5% (2). Recentment, es concreta que a l'Estat Espanyol hi ha una incidència aproximada de 0,8 casos per cada deu mil habitants anualment. Per contra, la prevalença en homes és de 3/1.000 habitants per any i 2,86/1.000 habitants en dones. A més a més, com s'ha fet esment unes línies més amunt, els homes tenen una edat d'inici més primerenca en comparació amb les dones. Aquests comencen a manifestar símptomes a partir del 20-24 anys, mentre que a les dones, la diferència s'incrementa a partir dels 30 anys.

A Catalunya, les dades del 2022 afirmen que la població femenina presenta una major assistència als centres de salut mental i addiccions (CSMA). Concretament, l'any 2021 es van atendre 180.881 persones per patologies i trasbalsos en el vessant mental, xifra que representa un 2,8% de la població catalana (18). En homes, l'esquizofrènia és la primera patologia mental d'atenció primària assistencial un cop diagnosticada, és a dir, per a fer un seguiment d'aquesta i evitar recaigudes -25,4%-. Per contra, l'esquizofrènia en dones es troba en tercera posició (11,7%), superada pel trastorn depressiu major i l'ansietat generalitzada.

Encapsulant la temàtica a dins l'assistència sanitària, no es poden accedir a les bases de dades de l'Institut d'Assistència Sanitària per tal de comptabilitzar el nombre de persones ingressades per descompensacions agudes de la patologia mental, en aquest cas, de l'esquizofrènia. Primerament, per tal de garantir el dret a la confidencialitat i a la intimitat de la persona atesa en el terreny de dades i informació de caràcter personal. Si més no, es pot fer una aproximació de les persones ateses en centres de salut mental extrahospitalaris, com és el cas del CSMA. Així doncs, en any 2022, la mitjana de visites en centres de caràcter comunitari per atendre les demandes de persones diagnosticades d'esquizofrènia i el control de la presa de medicació fou de 12,5 visites anuals (18). Per aquesta qüestió, és important ressaltar la importància d'aquests serveis enllaçats amb l'assistència directa, sobretot per tal de prevenir descompensacions i ingressos a la unitat d'hospitalització.

Si més no, diverses investigacions comparteixen el nexa d'unió en el fet que aquest trastorn mental té una taxa de recuperabilitat d'entre un 14% i 20% davant els primers episodis psicòtics. Malauradament, un 80% de les persones afectades presenten un deteriorament important de la patologia, on tan sols un 20% aproximadament aconsegueix la remissió completa d'aquest trastorn mental (19).

1.4 Desenvolupament del trastorn

Autors com Miret, Fatjó, Peralta i Fañanás (20), descriuen els símptomes bàsics com “experiències subjectives anòmales”, ja que no són observables de manera externa i fan referència a alteracions no psicòtiques de la pròpia experiència de la persona. Aquestes primeres experimentacions són relatades com lleus molèsties subclíniques pel trasbals en l'esfera del llenguatge, afectivitat, pensament, percepció, memòria, funcions vegetatives centrals i tolerància a l'estrès.

Un fet comú que comparteixen aquestes subtils alteracions en el curs de la persona, és el fet que poden aparèixer en tot el transcurs de la malaltia, és a dir, poden aparèixer com a síndromes prepsicòtiques, en la fase prodròmica, en les fases de recaiguda i, fins i tot, en els estats residuals del trastorn psicòtic (20).

Així doncs, en aquestes línies es prendrà com a punt de partida l'estadificació clínica (21) per tal de desenvolupar les fases de l'esquizofrènia. Aquest enfocament permet exposar el *contínuum* de la malaltia, travessant múltiples estadis de gravetat i varietat simptomatològica. L'objectiu d'aquest model és poder dividir la malaltia en diverses fases i estudiar la progressió d'aquesta juntament amb el pronòstic i el tipus de tractament. Kraepelin, en les seves investigacions ja va encunyar aquesta forma de descriure les patologies mentals com trastorns de caràcter incipient i progressiu. Així doncs, els estadis primerencs seran més benivolents i tindran unes estratègies terapèutiques més senzilles. Per contra, els estadis més avançats acolliran uns tractaments més agressius que podran inclús crear efectes adversos a la persona en qüestió.

En primera instància, apareix una **fase prepsicòtica o prodròmica** (19,20,21), on la persona experimenta una simptomatologia inespecífica caracteritzada per la presència de símptomes subclínic positius (desorganització del pensament i conducta) i negatius (abúlia, pèrdua de motivació, anhedonisme). El propòsit terapèutic és evitar en la mesura que sigui possible la maximització de la simptomatologia evitant així el traspàs a la psicosi. Una via terapèutica d'intervenció és augmentar l'autoestima de la persona atesa, proporcionar estratègies d'afrontament eficaç, reduir els factors estressants i promoure el funcionament adaptatiu.

Un segon esglaó d'aquesta patologia és la presència de la **fase aguda** (19,20,21), caracteritzada per una incipient simptomatologia positiva. En aquesta etapa de la malaltia se sol donar el primer contacte amb el servei de salut mental i se sol incloure teràpia farmacològica per tal de reduir la simptomatologia vigent. Els símptomes per excel·lència en aquesta fase són: deliris, al·lucinacions, desorganització del contingut del pensament i del llenguatge.

Els objectius terapèutics des d'un vessant professional són el fet d'atorgar tractament farmacològic per minvar la simptomatologia psicòtica, juntament amb les intervencions psicològiques envers l'estat d'ànim i l'afectivitat de la persona atesa. Així doncs, la via d'intervenció per excel·lència és l'administració d'antipsicòtics atípics -clozapina-, per tal de minvar els efectes secundaris dels

típics i abolir els efectes extrapiramidals. Per tal de crear un efecte sinèrgic amb la medicació, es proposa la teràpia cognitiva-conductual per tal de controlar els símptomes positius (20), tant de manera individual com grupal.

En tercer lloc, hi té un seient el **període crític** de la patologia mental (19,20) amb una durada estimada de tres a cinc anys. Aquí, la persona diagnosticada d'esquizofrènia pateix greus símptomes negatius i positius acompanyats de conductes pertorbadores i aïllament del seu entorn social. Els abordatges a ressaltar en aquesta etapa de la patologia és vetllar pel compliment de la teràpia farmacològica juntament amb la tornada i recuperació al món laboral. És una fase caracteritzada per l'absentisme en la presa de la medicació a causa de la durada de la patologia amb múltiples recaigudes i fins i tot, pensaments intrusius envers la conducta suïcida. A més, arribat a aquest punt de la patologia, la persona pot prendre el camí cap a una direcció crònica d'aquesta o bé una remissió del trastorn (20).

Després apareix una **fase subcrònica** (19,20) on la persona atesa presenta nombroses recaigudes que l'obliguen a ingressar dins l'entorn hospitalari. Aquesta fase és característica dels símptomes negatius (abúlia, pèrdua de plaer en actes quotidians, inexpressió verbal, entre d'altres). L'objectiu és poder establitzar al subjecte insistint en l'adherència terapèutica i una progressiva readaptació al vessant social. Les recomanacions terapèutiques en aquesta fase són les teràpies multimodals, ja que la malaltia ha travessat totes les esferes de la persona i aquesta necessita un acompanyament en el camp social, emocional, psicològic i conductual.

Per acabar, apareix la **fase crònica**. Aquesta apareix quan la malaltia ha estat present en el subjecte durant més de cinc anys. És una fase amb un mal pronòstic de la malaltia, ja que la persona presenta nombroses recaigudes i impossibilitat de la tornada a la vida diària. La persona objectiva símptomes negatius greus i residuals, és a dir, impossibilitat en l'expressió emocional, limitació del contingut del pensament i llenguatge, absència d'interès per l'entorn i incapacitat de crear i mantenir les relacions socials anteriors.

Aquí, el primordial objectiu terapèutic és millorar la qualitat de vida i potenciar la independència en aquelles tasques que la persona en qüestió pugui dur a terme de forma autònoma (19,20,21).

1.5 Tipus d'esquizofrènia

Prenent com a punt de partida la Classificació Internacional de Malalties (CIE), existeixen diversos tipus d'esquizofrènia:

- **Esquizofrènia paranoide:** un tipus d'esquizofrènia molt comuna i incipient arreu del món. Aquesta està caracteritzada per deliris, al·lucinacions auditives i pertorbacions de la percepció. Per contra, no hi són presents les alteracions del contingut del llenguatge ni símptomes de caràcter catatònic.

Així doncs, la simptomatologia predominant són les idees delirants de tipus persecutori, autoreferencials i genealògiques. A més, s'hi sumen veus autoritàries que atorguen ordres a la persona malalta, obligant-la a fer certs actes que, en cas d'absència no realitzaria. També hi són presents les al·lucinacions de caire olfactiu i gustatiu (22). És un tipus d'esquizofrènia que apareix en edats tardanes, sobretot en el període d'adulthood i s'acompanya de certa irritabilitat, por i temor.

- **Esquizofrènia desorganitzada o hebefrènica:** el terme "hebefrènia" va ser encunyat per Ewald Hecker per tal de descriure un tipus de psicosi iniciat en el període d'adolescència i clau per explicar un comportament molt desorganitzat juntament amb una alteració del contingut del pensament (23). Apareixen en major mesura la simptomatologia negativa com els dèficits conductuals i emocionals. Aquest tipus d'esquizofrènia es caracteritza per un inici precoç, entre els 15 i 25 anys i s'observen conductes inapropiades per tal de completar amb èxit tasques quotidianes i del dia a dia.

- **Esquizofrènia catatònica:** aquesta està caracteritzada per la presència de trastorns psicomotors greus, que viatgen des de les hipercinèsies fins a l'estat d'estupor (24). Així doncs, és un tipus d'esquizofrènia que pot travessar diversos esglaons, començant per una immobilitat motora o una activitat motora excessiva. També, la persona diagnosticada d'aquest vessant de trastorn mental pot presentar catalèpsia (pèrdua espontània de la mobilitat), juntament amb rigidesa i negativisme present.
- **Esquizofrènia indiferenciada:** aquesta és caracteritzada per un conjunt de símptomes molt diversos, tant positius com negatius que condicionen al subjecte a un estat de desorganització del pensament, idees delirants i alteració del contacte social (3). Es podria dir que és un tipus de trastorn que acull característiques dels altres subtipus (paranoide, desorganitzada i catatònica). La persona experimenta deliris, al·lucinacions i canvis en el contingut del pensament, a més d'una falta de plaer i interès en les relacions de caire social (associabilitat).
- **Esquizofrènia residual:** aquesta destaca per la quantitat de símptomes negatius que experimenta la persona en qüestió, sobretot abúlia, anhedonisme, inexpressió de l'afectivitat alògia i aïllament social (3). Aquest tipus sol aparèixer de manera posterior a un diagnòstic d'esquizofrènia, per tant, la persona ja presenta un estat crònic de la patologia. Hi sol haver un deteriorament persistent i progressiu, però no sempre irreversible.

1.6 Tractament farmacològic de l'esquizofrènia

Existeix la teràpia farmacològica com la primera línia de tractament per fer front als trastorns de caràcter mental com és el cas de l'esquizofrènia. Així doncs, el primer esglaó de tractament farmacològic està encapsulat pels fàrmacs antipsicòtics o neurolèptics. Cal deixar constància que, aquest grup de fàrmacs no posen solució a la patologia, sinó que més aviat ajuden a minvar la simptomatologia i l'impacte d'aquests incidint en la millora de la qualitat de vida de la persona atesa (25). Per aquest fet, el mecanisme d'acció dels antipsicòtics

és interferir en la transmissió de la dopamina (D2) al terreny cerebral, bloquejant així l'acció dels receptors i evitant l'alliberació de dopamina en vies mesolímbiques.

Així els fàrmacs neurolèptics es poden classificar en dos grups: de primera generació o típics i, de segona generació o atípics. Entre els típics destaca la clorpromazina, clotiapina, haloperidol i zuclopentixol. A mesura que han passat els anys, han sorgit una nova generació de fàrmacs que presenten millor tolerància, més efectivitat en la reducció de la simptomatologia i la disminució dels efectes extrapiramidals. En aquest grup destaca sobretot la clozapina (Leponex); un fàrmac amb una eficàcia elevada (25), minimitzadora dels efectes extrapiramidals (distonies agudes, discinèsies tardanes, acatíssia i parkinsonisme) i reduint sobretot la simptomatologia negativa de la persona.

Malauradament, molts dels fàrmacs que actuen envers la psicosi poden tenir com a reacció adversa la disfunció sexual juntament amb una disminució de la libido. A més, diversos estudis afirmen que els neurolèptics atípics causen hiperprolactinèmia a causa de la falta d'inhibició de l'alliberació de prolactina. Per aquest motiu, moltes persones manifesten problemes de caire sexual, impotència i anorgàsmia (26).

Davant aquesta qüestió, una línia d'actuació infermera vindrà ser indagar pels possibles efectes sexuals d'aquests fàrmacs i preguntar a aquests usuaris sobre el vessant sexual en les seves vides, com una necessitat humana bàsica per la vida d'aquests. Si més no, l'elecció dels fàrmacs neurolèptics per minvar la simptomatologia del trastorn està encaminada en funció del grau de sedació que es vulgui aconseguir, juntament amb la susceptibilitat de la persona atesa enfront dels efectes extrapiramidals que pugui desenvolupar.

1.7 Tractament no farmacològic de l'esquizofrènia

Com bé s'ha esmentat unes línies més amunt, l'esquizofrènia és un trastorn de caràcter multifactorial, és a dir, existeixen molts factors i etiologies que conflueixen en la mateixa desembocadura. Així doncs, el mateix ocorre amb el

tipus de tractament que les persones diagnosticades d'aquesta han d'abordar. Segons un estudi psicoeducatiu de la psicosi (27), el tractament envers l'esquizofrènia ha d'incloure tant fàrmacs com intervencions psicosocials que disminueixin les recaigudes i contribueixin a la millora de la discapacitat, disminuint així la càrrega dels cuidadors principals i atorgant una millora en la qualitat de vida de la persona atesa.

Així doncs, existeixen les intervencions psicosocials, les quals estan encaminades en resoldre els problemes psicològics i socials de la persona en qüestió. En aquest vessant s'hi sumen múltiples intervencions com: intervenció familiar, psicoeducativa, entrenament de les habilitats socials i teràpia ocupacional. Medina, Gómez, Acosta i González (28) encapsulen les teràpies multimodals com l'aliat excel·lent en el vessant psicosocial pel tracte de l'esquizofrènia, és a dir, dissenyar teràpies personalitzades en funció del grau i fase del trastorn per oferir una atenció més acurada. A continuació s'exposaran les teràpies no farmacològiques més empleades en el treball multimodal de l'esquizofrènia:

- **Psicoeducació:** aquesta teràpia pretén brindar una sèrie de tècniques i estratègies de manera sistemàtica per tal d'evitar recaigudes del trastorn, millorar l'adherència a la teràpia farmacològica i minvar la disfuncionalitat de l'esquizofrènia (29). Aquesta tècnica no tan sols està encaminada a la persona usuària, sinó també hi pren participació dels membres de la família de la persona atesa. Mitjançant aquesta teràpia es pot reduir l'estigmatització de la patologia, actituds de crítica i sobre-implicació.

Així doncs, la psicoeducació pot obrir diverses línies de treball com l'adherència a la teràpia farmacològica (entendre que els beneficis d'aquesta superen els riscos dels efectes adversos que pugui ocasionar), millorar l'adherència a les visites ambulatories (no absentar-se de les visites amb els facultatius, ja que s'incrementen les recaigudes del trastorn) i fomentar la introspecció (la persona ha d'acceptar el trastorn mental que presenta, reconèixer la simptomatologia i la necessitat de teràpia farmacològica). Altres temes de treball són l'estigma del trastorn,

és a dir, evitar l'aïllament davant el diagnòstic d'aquesta patologia, fins i tot, el sentiment d'inferioritat que moltes persones experimenten al llarg de la patologia (29).

- **Teràpia familiar:** aquesta estratègia confecciona una de les pedres angulars de la teràpia envers persones amb esquizofrènia. La teràpia familiar sistèmica pren valor quan la família és el major aliat de la persona amb esquizofrènia. A partir d'aquí, cal treballar a unificar i fortificar la família com a sistema i, que la persona amb patologia pugui sentir-se integrada i recolzada en tot el procés de recuperació (27). També, es faciliten estratègies de gestió d'emocions en tots els membres de la família, és a dir, disminuir encara més els sentiments de ràbia i culpa dels familiars de la persona en qüestió.

Així doncs, el programa de Inglott, Touriño, Baena i Fernández (30), ha demostrat que les intervencions en el nucli familiar han millorat les recaigudes psicòtiques dels usuaris amb esquizofrènia. Afirmen que les intervencions en aquesta teràpia estan encaminades a enfortir l'aliança del nucli familiar i mantenir actituds de baixa emoció expressada. Aposten per un model on la família sigui considerada com un agent terapèutic per la persona, establint objectius i reforçant la capacitat d'aquest nucli.

- **Entrenament d'habilitats socials:** aquest vessant exposa tècniques de caràcter conductual perquè les persones amb esquizofrènia puguin entrenar les habilitats de la vida diària. Es pot partir de necessitats bàsiques com el fet de menjar i la higiene personal, fins al punt de relacionar-se amb les persones del seu entorn i participar en la vida laboral. Aquestes habilitats treballen aspectes particulars de cada subjecte, incidint sobretot en la millora del contacte visual, el llenguatge corporal i el discurs verbal (27).
- **Teràpia ocupacional:** aquest tipus de teràpia es basa en atorgar activitats diverses on les persones amb esquizofrènia puguin relacionar-se i comunicar-se amb altres usuaris. És una via per fomentar la inclusió social

d'aquest grup de persones, sense vulnerar els seus drets com a ens social. Així, es pot potenciar habilitats com l'autoestima, les relacions interpersonals i incrementar la percepció de la seva salut, sense deixar de banda la teràpia farmacològica d'aquests subjectes (31).

1.8 La sexualitat: una necessitat bàsica de les persones

Marjory Gordon va relatar a les acaballes del 1982 una sèrie de patrons funcionals per tal d'analitzar les conductes i comportaments de les persones hospitalitzades, sobretot en el terreny de la psiquiatria per tal d'incidir en la seva salut i millora de la qualitat de vida. Aquests patrons permeten elaborar una valoració infermera sistemàtica i organitzada (32) i obtenir informació de totes les esferes de la persona atesa (física, psíquica, emocional i social).

Fent referència a l'àmbit de la psiquiatria, els patrons de valoració de Marjory Gordon prenen avantatge, ja que la majoria dels comportaments de les persones amb un diagnòstic d'esquizofrènia són observables pels seus actes i les seves conductes. Així doncs, cal incloure la sexualitat en la vida de les persones amb patologia mental, és a dir, reflectir la identitat sexual i la capacitat d'aquestes per a manifestar i desenvolupar de manera autònoma aquest terme de sexualitat i aconseguir que totes les relacions interpersonals siguin el màxim satisfactòries possibles (33).

Així, com bé esmenta Pérez-Martínez (34), la sexualitat és una dimensió que acompanya a totes les persones des del seu naixement fins a les acaballes dels seus dies. A més, en la seva recerca explica que la sexualitat està composta per tres esferes conjugades entre elles, on l'individu ha de buscar la seva millor versió per fer un gaudi d'aquestes (sexu biològic-psicològic-social).

Tot i que Gordon va manifestar aquesta necessitat a les acaballes del segle XX, l'Organització Mundial de la Salut va definir el terme a principis del segle XXI com "un aspecte central de l'ésser humà, present al llarg de la seva vida. Abraça al sexe, les identitats i rols de gènere, l'erotisme, el plaer, la intimitat i l'orientació

sexual. (...) A més, està influïda per la interacció de factors socials, biològics, econòmics, espirituals, històrics i religiosos” (35).

Segons Esquivel, el benestar sexual és entès en major mesura com un estat de satisfacció amb l'altre. A més, aquest benestar no és quelcom innat, sinó que més aviat, és un constructe amb el propi entorn social i relacional de la persona (36).

A més, aquest concepte de sexualitat varia en funció del gènere i dels rols que cada persona pren en el seu eix social.

Així doncs, el gènere masculí atorga més importància a l'orgasme, a l'acte sexual i a l'experimentació; mentre que el gènere femení atorga un significat de caire emocional a les relacions sexuals, deixant de banda el seu plaer propi (36).

Si més no, el vessant sexual ocupa un seient important en la vida de les persones, entenent aquestes com éssers integrals i holístics. Per aquest fet, davant una mirada tant de malaltia com “salutogènica”, les persones mereixen un reconeixement i una expressió pròpia davant aquesta necessitat, per sentir-se complertes i integrades en la societat actual.

1.9 La sexualitat en persones diagnosticades d'esquizofrènia

Com bé relata Díaz-Morfa (37), la vida sexual de la persona amb esquizofrènia ha estat al llarg del temps desestimada i poc contemplada. Primerament, s'han donat pas al tractament amb antipsicòtics deixant de banda la importància que té el fet d'una vida sexual satisfactòria per la millora en la qualitat de vida i la integració en l'eix social.

Segons Cejas i Farré (38), dos metges especialistes en psiquiatria de l'Hospital Universitari Dexeus, afirmen que els usuaris hospitalitzats en una unitat de psiquiatria se'ls atorga importància al trastorn de base deixant de banda els aspectes sobre la seva vida sexual i íntima. Més aviat, es dona prioritat a les tasques de la vida diària, és a dir, promulgar la seva autonomia per les activitats bàsiques de la vida diària, com alimentar-se de manera autònoma i mantenir una higiene personal. Així, exposen que s'ha infravalorat la vida sexual de la persona

amb esquizofrènia per creure que no té importància aquesta esfera de la persona en l'entrevista clínica i per la pròpia incomoditat de preguntar entorn aquest eix.

A més, afirmen que les alteracions i anomalies que pugui patir la persona amb esquizofrènia repercuteixen negativament en el transcurs de la patologia, retardant la millora de la malaltia i dificultant l'adaptació de la persona en la seva vida quotidiana. Malauradament, la inexistència de programes i espais per a cultivar aquesta necessitat humana estan absents en el medi hospitalari juntament amb el desconeixement que té part del personal sanitari entorn el vessant socioeducatiu de la sexualitat de les persones ateses.

Un altre aspecte important és que molts usuaris crònics hospitalitzats en àmbit psiquiàtric presenten dificultats per establir relacions íntimes i satisfactòries, és a dir, algunes conductes que puguin dur a terme són perilloses i pertorbadores per a ells mateixos i pels altres. Així, davant una fase aguda de la patologia (19,35) les persones diagnosticades d'esquizofrènia poden experimentar actes d'exhibicionisme, relacions sexuals en àmbit públic, permetre el propi abús sexual i sobretot practicar sexe de manera inapropiada i perillosa per a la vida humana. Així doncs, es relata que l'aparició de l'esquizofrènia en edats primerenques pot alterar les conductes sexuals de les persones joves, ja que aquesta interferirà en les habilitats socials i relacions de la persona en qüestió, deixant de banda l'oportunitat d'explorar en el camp sexual de forma saludable (37).

Llavors, la cara negativa de la moneda que pot encarar la sexualitat en persones amb esquizofrènia són les següents:

- **Conductes sexuals inapropiades i mal adaptades:** l'esquizofrènia pot interferir en l'adquisició d'habilitats bàsiques per la vida diària, fet que pot modificar les conductes de les persones diagnosticades i obstaculitzar el desenvolupament d'una vida sexual saludable. Així doncs, la persona pot manifestar conductes errònies i fer de la seva sexualitat, una mala experiència vital en el transcurs de la seva vida.

- **Major risc en el contagi de VIH:** enfront de la no-consciència de malaltia, les persones amb esquizofrènia poden presentar major promiscuïtat en les seves relacions sexuals, absència de mètodes anticonceptius, praxi de prostitució i comorbiditat en l'abús de substàncies nocives que poden desembocar a un acte sexual de risc i fins i tot, al contagi del virus de la immunodeficiència humana.
- **Disfunció sexual:** aquest aspecte interfereix de manera global en la persona esquizofrènica, és a dir, partint del desig primari d'on neix l'acte sexual fins a l'arribada a l'orgasme. Com bé esmenten els psiquiatres de la Dexeus, "les disfuncions sexuals tenen un impacte important i negatiu en la qualitat de vida, de fet, molts pacients la consideren més molesta que altres símptomes psicòtics" (38).

Així doncs, aquesta disfunció sexual s'encarrila amb l'aparició de la simptomatologia positiva i negativa del trastorn, acompanyada de la comorbiditat d'altres patologies com ansietat, depressió i abús de substàncies. Malauradament, la pedra angular d'aquesta disfunció apareix amb la introducció del vessant farmacològic per reduir la simptomatologia psicòtica.

Per altra banda, segons Carniel, Runte, Torres i Bruce (39) existeix una insensibilitat del professional que atén i presta cura a les persones amb esquizofrènia. Afirmen que és una temàtica estigmatitzada i plena de tabús que no és benvinguda a l'entorn hospitalari. Destaquen una falta de predisposició existent i emergent per a tractar qüestions com la sexualitat i la salut sexual dels usuaris hospitalitzats. Així doncs, cal brindar un canvi de mirada en aquest aspecte, ja que la sexualitat és un aliat dels éssers humans, fet que cal tractar-la en qualsevol àmbit de la salut o malaltia de les persones.

Seguint amb aquesta línia, Palacio i del Campo (40) aposten per una formació del personal sanitari en aquest àmbit, ja que segons els seus estudis, corroboren que el personal sanitari no complau aquesta necessitat humana en les seves línies de treball ni tenen la capacitat adient per incloure-la en la vida de la persona hospitalitzada. Més aviat, els professionals estan a l'espera que siguin els

mateixos usuaris que facin una demanda entorn aquest aspecte i demanin ajuda als facultatius per resoldre qüestions de sexe i relacions sexoafectives.

Davant aquesta situació, McCann et al. (41) va formular una sèrie de recomanacions enfocades a la pràctica clínica de les persones amb trastorns mentals severos. Va promulgar sobretot la necessitat dels professionals per relacionar-se amb els usuaris, és a dir, preguntar de forma rutinària i natural entorn el tema de sexualitat en la seva vida diària. Incidir en la importància d'aquest eix per assolir el benestar personal i resoldre tota mena de dubtes en relació amb la patologia mental i els efectes que pugui desembocar envers aquest àmbit. A més, també va afirmar la necessitat emergent de prendre consciència envers la sexualitat i deixar de banda els estereotips i els tabús de la qual emana.

Malauradament, un dels eixos centrals d'aquestes línies són els esborrables efectes adversos que comporta l'ús d'antipsicòtics per a minvar la simptomatologia negativa i positiva de la patologia mental. Així doncs, un estudi recent de Garcia i Rico (42) destaca que sobretot diversos antipsicòtics (clorpromazina, tioridazina, mesoridazina, haloperidol i clozapina) emmascaren la disfunció sexual secundària juntament amb la pèrdua de libido a causa d'un augment de la prolactina.

Davant aquesta qüestió, l'ús de neuroleptics pot alterar la vida sexual de les persones esquizofrèniques. Per contra, el sexe no tan sols es concep com un acte sexual en sí mateix, sinó que abraça un període de desig, una fase d'excitació i finalment, l'orgasme. Segons Garcia i Rico (42), aquests fàrmacs alteren cada una d'aquestes fases, ja que l'acte sexual va molt més enllà dels components físics que pot experimentar la persona; si no que més aviat és un cúmul de vivències afectives, cognitives i sexuals que interaccionen conjuntament. A més a més, la majoria dels estudis envers la sexualitat de l'usuari amb esquizofrènia es veuen obstaculitzats per la cronicitat farmacològica que requereixen per l'estabilitat clínica d'aquests.

Ja per concloure aquestes línies, diversos estudis afirmen que, la dificultat de la sexualitat en persones esquizofrèniques és definida pel tabú i l'estigma entorn aquesta. Més enllà de la clínica simptomàtica i els efectes secundaris de la medicació que dificulten l'expressió de l'acte sexual de forma plaent, existeix una barrera invisible present en entorns hospitalaris per deixar a "l'atrezzo" la necessitat sexual de les persones diagnosticades d'esquizofrènia (43).

2. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud: Esquizofrenia. [Internet]. Suïssa: World Health Organization; 2022 [consultat el 24 de novembre de 2024]. Disponible a:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. Martín-García J. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la Esquizofrenia en centros de salud mental. GuiaSalud. (Mur) [Internet]. 2009 [consultat el 19 de novembre de 2024]. Disponible a:
https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf
3. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado DSM-5-TR. 5ª ed. EUA: Panamericana; 2022.
4. Abeleira-Padín G. Esquizofrenia. Cuadernos de Tomás (Sal) [Internet]. 2012 [consultat el 27 de novembre de 2024]; 4: 151-172. Disponible a:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4018442>
5. Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de Psicopatología. Vol 1, Madrid. [Internet]. 2020. [consultat el 13 de desembre de 2024]. Disponible a:
<https://aulavirtual.iberu.edu.co/repositorio/Cursos-Matriz/Psicología/Psicopatología-I/MD/Belloch%2C%20Amparo%20Manual%20de%20psicopatología.%20Volumen%20I.pdf>
6. Elstein, L. Bleuler: un pionero. Papers de psicoanàlisi (Barc) [Internet]. 2001. [consultat el 1 de desembre de 2024]; 7: 61-64. Disponible a:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7121374>
7. Cisternas P, Castañeda N, Riquelme R. El concepto de esquizofrenia en Bleuler a noventa años de su aparición. Psiquiatría y Salud Mental.

- [Internet]. 2003. [consultat el 3 de desembre de 2024]; 19(2): 99-111. Disponible a:
<https://schilesaludmental.cl/web/wp-content/uploads/2022/11/03-2-004-El-Concepto-de-esquizofrenia-en-Bleulera-noventa-anos-de-su-aparicion..pdf>
8. Novella-Enric J, Huertas R. El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: una aproximación a la historia de la Esquizofrenia Clínica y Salud (Mad). [Internet]. 2010. [consultat el 6 de desembre de 2024]; 21(3): 205-219. Disponible a:
<https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v21n3/v21n3a02.pdf>
9. Artigue-Gómez J, Tizón-García J. Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. Sociedad Española de Familia y Comunitaria (Mad) [Internet]. 2014. [consultat el 10 de desembre de 2024]; 46(7): 336-356. Disponible a:
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-una-revision-sobre-los-factores-S0212656713003077>
10. Saiz-Ruiz J, Vega-Sánchez D, Sánchez-Páez P. Bases neurobiológicas de la Esquizofrenia. Clínica y Salud. [Internet]. 2010. [consultat el 10 de desembre de 2024]; 21(3): 235-254. Disponible a:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300004
11. Lahera G, Freud N, Sáiz J. Asignación de relevancia (salience) y desregulación del sistema dopaminérgico. Revista de Psiquiatría y Salud mental (Barc). [Internet]. 2013. [consultat el 9 de desembre de 2024]; 6: 45-51. Disponible a:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989112001012>

12. Sullivan P, Mueser K, Cannon T. Etiología y fisiopatogenia. Salud Mental. [Internet]. 2014. [consultat el 3 de desembre de 2024]; 37 (1): 1-12. Disponible a:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sams141e.pdf>
13. Martínez J, Cuesta M, Peralta V. Etiología de la esquizofrenia: interacción genes-ambiente. Anales Sis San (Nav) [Internet]. 1997. [consultat el 3 de desembre de 2024]; 20 (2): 183-189. Disponible a:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6468491>
14. Erdozain A, Muguruza C, Meana J, Felipe L. ¿Es realmente el consumo de cannabis un factor de riesgo para la esquizofrenia? Norte de Salud Mental [Internet]. 2009. [consultat el 18 de desembre de 2024]; 8 (34): 23-33. Disponible a:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830216>
15. Cabrera S, Cruzado L. Migration as a risk factor for schizophrenia. Rev Neuropsiquiatria [Internet]. 2014. [consultat el 18 de desembre de 2024]; 77 (2): 116-122. Disponible a:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972014000200009#:~:text=Se%20ha%20encontrado%20asociación%20indiscutible,trastorno%20bipolar%20y%20depresiones%20psicóticas
16. Organización Mundial de la Salud: Trastornos Mentales. [Internet]. Suïssa: World Health Organization; 2021 [consultat el 25 de novembre de 2024]. Disponible a:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
17. Sistema Nacional de Salud. Salud Mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. (Mad) [Internet]; 2017. [consultat el 25 de novembre de 2024]. Disponible a:
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMi nisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

18. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Àmbit de salut mental i addiccions. Dades 2017-2022. (Barc). [Internet]; 2023. [consultat el 25 de novembre de 2024]. Disponible a:
<https://aguas.gencat.cat/web/.content/minisite/aguas/publicacions/2023/salut-mental-addiccions-2017-2022-central-resultats-aguas2023.pdf>
19. Ruiz M, Salaberria K, Echeburúa E. Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. Actas españolas de psiquiatría. (Mad) [Internet]; 2013. [consultat el 29 de novembre de 2024]; 41(1): 52-59. Disponible a:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4141605>
20. Miret S, Fatjó M, Peralta V, Fañanás L. Síntomas básicos en la esquizofrenia, su estudio clínico y relevancia en investigación. Revista de psiquiatría y salud mental. [Internet]; 2016. [consultat el 29 de novembre de 2024]; 9(2): 111-122. Disponible a:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7459209>
21. De la Fuente L, Sánchez M, García L, González L, Velasco A, Sáiz P, García M, Bobes J. Estadificación clínica en los trastornos mentales graves: trastorno bipolar, depresión y esquizofrenia. Rev Psiquiatr Salud Mental (Barc) [Internet]; 2019. [consultat el 30 de novembre de 2024]; 12(2): 106-115. Disponible a:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-pdf-S1888989118300739>
22. Velazco Y, Quintana I, Fernández M, Alfonso A, Zamora E. Paranoid schizophrenia. An approach to its study on the purpose of a case. Rev Med Electron. [Internet]; 2018. [consultat el 24 de novembre de 2024]; 40(4): 1163-1171. Disponible a:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400022

23. Ubiría R, Andreu H, Baldaquí N, Díaz C, Llobet M, Morer A. Hebefrenia Autística en 2023: a propósito de un caso clínico. Rev Psiquiatr Infanto-juvenil. [Internet]; 2024. [consultat el 24 de novembre de 2024]; 41 (1): 10-16. Disponible a:
<https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/1090/1094>
24. Pedrós-Roselló A, Vicente-Muñoz T. Esquizofrenia catatónica, complicaciones médicas asociadas e indicación de terapia electroconvulsiva: a propósito de un caso clínico. Rev Psiqui Biol (Val). [Internet]; 2002. [consultat el 16 de novembre de 2024]; 9 (5): 215-218. Disponible a:
https://static.elsevier.es/multimedia/11345934/0000000900000005/v0_201307310938/13041448/v0_201307310938/es/46v09n05a13041448pdf001.pdf?idApp=UINPBA00004N&text
25. Fernández M, Aiex S, Tenor P. Fármacos antipsicóticos. Med Fam (Andal). [Internet]; 2018. [consultat el 20 de novembre de 2024]; 19(1): 48-52. Disponible a:
https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/10/v19n1_09_repasaFarmacos.pdf
26. García-Anaya M, Apiquian R, Fresán A. Los antipsicóticos atípicos: una revisión. Salud Mental (Mex) [Internet]; 2001. [consultat el 20 de novembre de 2024]; 24(5): 37-43. Disponible a:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam015g.pdf>
27. Ahunca L, García J, Bohórquez P, Gómez C, Jaramillo L, Palacio C. Psychosocial Interventions in Acute and Maintenance Treatment of Adult Patients Diagnosed with Schizophrenia. Rev Colomb Psiquiatria (Colom) [Internet]; 2014. [consultat el 20 de novembre de 2024]; 44(1): 75-89. Disponible a:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-tratamiento-con-intervenciones-psicosociales-fase-S0034745015000724>

28. Medina A, Gómez M, Acosta J, González JM. Efectividad de la terapia grupal en pacientes con esquizofrenia. *Revista Enfermería Docente*. [Internet]; 2017. [consultat el 20 de novembre de 2024]; (108): 7-11. Disponible a:
<http://www.index-f.com/edocente/108pdf/10807.pdf>
29. Zapata J, Martínez A, García J. Psicoeducación en esquizofrenia. *Rev Colomb Psiquiatr (Colom)* [Internet]; 2015. [consultat el 7 de novembre de 2024]; 44(3): 143-149. Disponible a:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745015000396>
30. Inglott-Domínguez R, Touriño-González R, Baena-Ruiz E, Fernández-Fernández J. Intervención familiar en la esquizofrenia: su diseminación en un área de salud. *Rev Asoc. Esp Neuropsiq. (Mad)* [Internet]; 2004. [consultat el 7 de novembre de 2024];(92): 9-23. Disponible a:
<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n92/v24n4a02.pdf>
31. Benavides S, Santiago C. Explorando actitudes estigmatizadoras de estudiantes de terapia ocupacional hacia personas con esquizofrenia. *Rev Cient. Ciencia Médica*. [Internet]; 2023. [consultat el 10 de novembre de 2024]; 26(2): 44-51. Disponible a:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9611223>
32. Ministerio de Sanidad. Proyecto N.I.P.E Normalización de las intervenciones para la práctica de la Enfermería. [Internet]. España. Capítulo 4: metodología aplicable a las normas NE IG. [consultat el 2 de desembre de 2024]. p. 95-128. Disponible a:
<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/07Capitulo4.pdf>
33. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM). XXVI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Los espacios

- pedagógicos de los cuidados. Rev Presencia (Val). [Internet]; 2009 [consultat el 10 de desembre de 2024]; 5(9). Disponible a:
<http://www.index-f.com/presencia/n9/p0152.php>
34. Pérez-Martínez V. Sexualidad humana: una mirada desde el adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr (Cuba). [Internet]; 2008 [consultat el 10 de desembre de 2024]; 24(1). Disponible a:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100010
35. Organización Mundial de la Salud: Salud sexual. [Internet]. Suïssa: World Health Organization; 2022 [consultat el 22 de desembre de 2024]. Disponible a:
https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
36. Esquivel C. Significado en torno a la sexualidad y el bienestar sexual en adultos jóvenes. Psiquiatría y Salud Mental (Chil) [Internet]; 2019 [consultat el 10 de desembre de 2024]; (1): 7-15. Disponible a:
<https://schilesaludmental.cl/web/wp-content/uploads/2022/06/02.-Significados-sexualidad-bienestar-sexual-adultos-jovenes-C.-Esquivel.pdf>
37. Díaz-Morfa J. El paciente esquizofrénico y su sexualidad: conductas y trastornos sexuales. Psiq Biol. (Mad) [Internet]; 2006 [consultat el 10 de desembre de 2024]; 13(1): 22-29. Disponible a:
https://static.elsevier.es/multimedia/11345934/0000001300000001/v0_201307310912/13085382/v0_201307310912/es/46v13n01a13085382pdf001.pdf?idApp=UINPBA00004N&text
38. Cejas-Pascual B, Farré-Martí JM. La esquizofrenia y su sexualidad. La opinión del experto especialista en psiquiatria. Rev Enferm Salud Mental. [Internet]; 2017 [consultat el 17 de desembre de 2024]; (6): 22-25. Disponible a:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6257824>

39. Carniel L, Runte A, Torres F, Bruce M. Mental health care: perceptions of people with schizophrenia and their carers. *Ciencia y Salud colectiva*. [Internet]; 2011 [consultat el 19 de desembre de 2024]; 16: 2077-2087. Disponible a:
<https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n4/2077-2087/es>
40. Palacio-Roda M, del Campo-Robles N. Abordaje enfermero de la sexualidad en pacientes de salud mental de Asturias. Un estudio Dephi. *Rev Españ De Enf de Salud Mental (Ast)* [Internet]; 2019 [consultat el 27 de desembre de 2024]; (9): 10-21. Disponible a:
<https://www.reesme.com/index.php/REESM-AEESME/article/view/65>
41. McCann E, Donohue G, Jager J, Nugter A, Stewart J, Eustace J. Sexuality and intimacy among people with serious mental illness: a qualitative systematic review. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* [Internet]; 2018 [consultat el 27 de desembre de 2024]; 16(2): 324-327. Disponible a:
https://journals.lww.com/jbisrir/fulltext/2018/02000/sexuality_and_intimacy_among_people_with_serious.10.aspx
42. García-García M, Rico-Villademons F. La evaluación de la disfunción sexual. En: Montejo-González A, coordinador. *Sexualidad y salud mental*. Barcelona:Editorial Glosa; 2005. P 57-72. Disponible a:
https://www.uned.es/universidad/inicio/dam/jcr:c303c27e-62b5-42f9-9c6a-650cd9591aca/Sex_evaluacion.pdf
43. Muñoz-Algar MJ, Bernal-García P. La sexualidad en el trastorno mental grave. *Norte de salud mental*. [Internet]; 2024 [consultat el 27 de desembre de 2024]; 19(71): 17-30. Disponible a:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9688155>
44. United Nations: Good health and well-being. En: *United Nations Sustainable Development* [Internet]; 2024 [consultat el 2 de gener de 2025]. Disponible a:

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>

45. Ibáñez J. Sobre la metodología cualitativa. Rev Esp Salud Pública [Internet]; 2002 [consultat el 5 de gener de 2025]; 76: 373-380. Disponible a:
https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/resp/v76n5/editorial.pdf
46. Villareal-Puga J, Cid-García M. La aplicación de entrevistas semiestructuradas en distintas modalidades durante el contexto de la pandemia. Rev Cient Hallazgos21. [Internet]; 2022 [consultat el 8 de gener de 2025]; 7(1): 52-60. Disponible a:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8474986>
47. Castillo-Sanguino N. Phenomenology as a qualitative research method: questions from the research practice. Rev Latin de Metodología de la Investigación Social. [Internet]; 2021 [consultat el 8 de gener de 2025]; 7: 7-18. Disponible a:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9513653>
48. Crespo C, Salamanca A. EL muestreo en la investigación cualitativa. Rev Cient de enfermería. [Internet]; 2007 [consultat el 3 de febrer de 2025]; 27: 1-4. Disponible a:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7779030>
49. Ardila-Suárez E, Rueda-Arenas J. La saturación teórica en la teoría fundamentada: su delimitación en el análisis de trayectoria de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. Rev Colom de Sociología. [Internet]; 2013 [consultat el 3 de febrer de 2025]; 36 (2): 93-114. Disponible a:
<https://www.redalyc.org/pdf/5515/551556228007.pdf>

50. Cortés-Camarillo G. Confiabilidad y validez en estudios cualitativos. Rev Educación y Ciencia. [Internet]; 2011 [consultat el 18 de febrer de 2025]; 1 (15): 77-82. Disponible a:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9119343>
51. Análisis de entrevistas que le ayudan a aprovechar cada dato. En: ATLAS.Ti [Internet]. Berlín: ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH; 2024 [consultat el 27 de febrer de 2025]. Disponible a:
<https://atlasti.com/es/guias/guia-del-analisis-de-entrevistas>
52. Okuda M, Gómez C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. Rev Colom de Psiquiatría [Internet]; 2005 [consultat el 28 de febrer de 2025]; 34 (1). Disponible a:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n1/v34n1a08.pdf>
53. WMA Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects: 2022. En: World Medical Association. [Internet]. The World Medical Association, 2024. [consultat el 2 de març de 2025]. Disponible a:
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/#:~:text=All%20medical%20research%20involving%20human,by%20the%20condition%20under%20investigation.>
54. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos personal y garantía de los derechos digitales. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 294, (06/12/2018) [consultat el 2 de març de 2025]. Disponible a:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>

3. OBJECTIUS

Es proposen els següents objectius en aquest projecte de recerca no finalitzat:

- Conèixer la percepció envers la sexualitat de les persones amb esquizofrènia.
- Analitzar les vivències i necessitats actuals entorn la sexualitat de la persona diagnosticada d'esquizofrènia ingressada a la planta d'aguts de salut mental i/o amb seguiment a un centre de salut mental.
- Conèixer les diferències de gènere entorn la necessitat sexual de les persones diagnosticades d'esquizofrènia.
- Identificar els canvis produïts amb la necessitat de sexualitat a partir del diagnòstic d'esquizofrènia.

3.1 Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS)

Els objectius d'aquest projecte poden confluir en el mateix nexa d'unió d'un dels objectius de desenvolupament sostenible propiciats per l'ONU el 2015 en l'Agenda 2030. Aquest és l'objectiu número 3: salut i benestar (garantir una vida sana i promoure el benestar per a tothom en qualsevol edat) (44).

Així doncs, cal apostar no només per la salut física de les persones, sinó també per la salut en el terreny psíquic i mental dels subjectes. Aquests han de ser contemplats de manera holística i integral, fet que la salut mental és un dels components més imprescindibles per a tenir una vida plena i digna. A més, aquest objectiu en salut també es pot veure relacionat amb el fet d'eliminar estigmes i prejudicis envers la salut mental de les persones que habiten al món. Cada usuari és coneixedor del patiment que pot comportar patir una patologia de caire mental.

Per aquest fet, aquest objectiu hauria d'anar més enllà i no tan sols vetllar pel benestar físic de totes les persones i garantir la cobertura sanitària universal, sinó que també atorgar més importància a les patologies mentals de les persones per mantenir l'equilibri holístic d'aquestes, tant en l'esfera física, psíquica i espiritual.

4. MATERIALS I MÈTODES

4.1 Disseny de l'estudi

Per a aquest estudi s'utilitzarà un disseny de metodologia qualitativa de caràcter fenomenològic-descriptiu. Així doncs, aquesta metodologia pretén descriure i exposar els fets que relaten les persones seleccionades, és a dir, exposen les seves vivències, percepcions i idees de manera subjectiva, tal com les experimenten. Aquest vessant d'investigació tal com descriu Ibáñez (45), s'interessa pel *com* i no pas en el *què* de les coses, és a dir, pretén estudiar com les mateixes persones immerses en l'estudi relaten les pròpies experiències entorn un tema en primera persona.

Es proposa dur a terme aquest estudi mitjançant entrevistes en profunditat semi-estructurades a tots i cada un dels participants d'aquest, per tal de recollir les vivències i experiències més subjectives i personals dels subjectes participants. Aquestes entrevistes adopten certa flexibilitat, ja que combinen les característiques de l'entrevista estructurada i no-estructurada per tal d'atorgar certa flexibilitat a l'entrevistador/a a l'hora de fer les preguntes, en funció de les respostes i la percepció de la persona entrevistada (46). A l'inici, es realitzaran una sèrie de preguntes obertes prèviament descrites per l'entrevistador/a i contrastades amb personal expert d'aquest camp d'investigació. A més a més, caldrà demanar el consentiment informat a cada participant per tal de gravar les entrevistes, transcriure-les i analitzar-les a l'acabar.

La metodologia qualitativa no pretén objectivar dades o fets en qüestió relacionats amb l'àmbit d'estudi; sinó que més aviat, pretén analitzar les vivències i experiències subjectives dels participants en el projecte de recerca. Així, pretén descriure fenòmens de caire social alhora que recull opinions, experiències i pensaments entorn el tema en qüestió. És fonamental la comprensió del llenguatge de cada subjecte, és a dir, interpretar el *com* de les paraules narrades per comprendre i interpretar el valor de la informació obtinguda (47).

Aquest estudi fenomenològic-descriptiu pretén descriure i entendre com viuen la sexualitat les persones diagnosticades d'esquizofrènia en l'entorn hospitalari.

Així, les entrevistes mixtes en profunditat seran el medi mitjançant el qual es recolliran les vivències i percepcions de les persones seleccionades per a participar en el projecte. Així doncs, el motiu d'elecció d'aquesta tècnica d'investigació és per la tipologia de persona entrevistada: cada participant pot trobar-se en una fase determinada de la seva patologia mental, fet que l'estudi vol minimitzar la influència d'altres subjectes i explorar en profunditat les percepcions individuals de cada subjecte entorn la vivència de la seva sexualitat. A més, a partir de cada entrevista, l'investigador/a de l'estudi pot captar detalls personalitzats del tema en qüestió, així com adaptar-se a les necessitats de cada subjecte entrevistat en el moment d'abordar les respectives preguntes.

4.2 Àmbit de l'estudi

Aquest projecte de recerca no finalitzat es portarà a terme a la província de Girona, als centres d'assistència sanitària que contemplin la figura de la persona diagnosticada d'esquizofrènia, tant en un període agut de la patologia com en usuaris de temporalitat crònica de la patologia. És interessant poder contemplar la importància de la sexualitat al llarg del transcurs de la malaltia, per aquest fet, és rellevant poder portar el projecte en centres d'assistència directa (unitat de salut mental d'aguts i subaguts), com en serveis externs que acompanyen a la persona en el manteniment de la seva patologia (centres de salut mental).

Així doncs, els centres i institucions sanitàries on es durà a terme aquest projecte són els indicats a la Taula 1.

Totes aquestes institucions són de caire públic i ofereixen cobertura a 750.000 habitants.

Taula 1: Centres que participen en l'estudi. Font: elaboració pròpia

CENTRES D'ASSISTÈNCIA PÚBLICA
Hospital Santa Caterina
Centre de Salut Mental de Pla de l'Estany
Centre de Salut Mental de Platja d'Aro
Centre de Salut Mental de Figueres

Centre de Salut Mental d'Olot
Centre de Salut Mental de Ripoll
Centre de Salut Mental de Blanes
Centre de Salut Mental de Santa Coloma de Farners

4.3 Població d'estudi

La població que participarà en aquest projecte seran persones diagnosticades d'esquizofrènia entre les edats compreses de 25 i 50 anys i que són ateses als centres seleccionats.

4.4 Mostra

La mostra del projecte serà intencionada i seleccionada pels entrevistadors de l'estudi juntament amb l'opinió i el consens dels professionals d'atenció directa dels centres participants. El projecte busca que hi hagi una representativitat d'homes i dones de diferents edats, per tal de tractar i posar veu a les experiències i vivències de la sexualitat associada a una patologia mental com n'és l'esquizofrènia. Llavors, la mostra serà intencionada i el mostreig és de conveniència. A més, el projecte vol incloure una categoria de gènere no binari, és a dir, poden participar també persones que no se sentin identificades dins del constructe d'home o dona o bé que tinguin un gènere fluid o intergènere.

Així doncs, se seguirà un sistema de mostreig teòric, és a dir, la fita de la investigació qualitativa és poder representar un problema teòric a partir de qüestions socials observables d'entre els subjectes pre-seleccionats (45).

Una qüestió de gran rellevància serà obtenir participació de tots els centres seleccionats de la província gironina fins a arribar a la saturació de dades, és a dir, fins arribar a un punt on la informació obtinguda sigui repetitiva i no sorgeixin altres patrons i categories ja identificats.

4.5 Mida de la mostra

La mida de la mostra prevista és de 30 participants: 10 homes diagnosticats d'esquizofrènia, 10 dones amb esquizofrènia i 10 persones que no se sentin incloses a dins del binarisme tradicional, és a dir, subjectes amb gènere no binari entre les edats compreses de 25 fins als 50 anys. Així doncs, es pretén que hi hagi representació de persones diagnosticades d'aquesta patologia en tots els centres del territori gironí seleccionats a la Taula 1. En cas de no saturar les dades, es durien a terme més entrevistes fins a saturar la informació.

Primerament, es vol iniciar el projecte amb 10 entrevistes en profunditat al gènere femení, 10 entrevistes individualitzades en profunditat al gènere masculí i 10 entrevistes a persones no binàries, és a dir, una mostra de 30 participants en total. L'estudi pretén arribar a la saturació de dades a partir de les 30 entrevistes engendrades, és a dir, quan les dades recollides ja no aportin informació nova i rellevant pel projecte (48).

El concepte de saturació de dades és essencial en metodologia qualitativa, ja que vol evitar la recopilació excessiva de dades i aconseguir validesa a l'estudi. Aquesta saturació s'assoleix quan la informació que aporten els participants es repeteix amb les mateixes idees d'altres subjectes entrevistats i hi ha absència de noves troballes per a donar fermesa a l'estudi en qüestió (49).

4.6 Criteris de participació en l'estudi

Aquests criteris de participació són essencials per tal de discernir entre les persones que poden participar en l'estudi del projecte i quines altres es queden excloses en funció dels criteris definits per l'entrevistador. Així doncs, hi destaquen els criteris d'inclusió i d'exclusió de la mostra pels quals les persones diagnosticades d'esquizofrènia de la província de Girona entre les edats compreses entre els 25 i 50 anys poden o no formar part d'aquest estudi.

4.7 Criteris d'inclusió

Els criteris d'inclusió per tal de formar part de l'estudi són els següents:

- Persones diagnosticades d'esquizofrènia en qualsevol moment de la patologia, mentre siguin conscients de les seves decisions i puguin participar de manera autònoma.
- Els participants han de presentar una edat compresa entre els 25 i 50 anys (ambdós inclosos).
- Els participants han de formar part dels centres descrits a la Taula 1 en el moment de portar a terme l'estudi.
- Els participants han de signar el consentiment informat per a participar i han de fer-ho de manera voluntària.

4.8 Criteris d'exclusió

Els criteris d'exclusió per tal de formar part de l'estudi són els següents:

- Participants que mostrin una agudització del seu trastorn d'esquizofrènia.
- Participants que mostrin greus problemes de comunicació que impedeixin una correcta comprensió.
- Persones diagnosticades d'esquizofrènia en seguiment amb psiquiatres i psicòlegs de caire privat.
- Participants que manifestin la negativa de participar en aquest tipus d'estudis juntament amb idees de prejudicis enfront de la sexualitat.

4.9 Instruments de mesura

Aquest estudi tindrà com a instrument de mesura una enquesta en la qual s'abordaran dades socials i demogràfiques de cada participant. Així doncs, es recolliran aspectes com l'edat, el gènere, lloc de procedència, centre o hospital de salut mental on porta el seguiment de la patologia, anys amb el diagnòstic envers la patologia mental, estat civil de la persona atesa i si ha estat hospitalitzada algun cop (vegeu-lo a annex 1).

Per altra banda, es duran a terme les entrevistes en profunditat semi-estructurades als diferents participants seleccionats per l'entrevistador a partir d'un Guió. En aquestes entrevistes s'abordaran preguntes envers el tema de la sexualitat a les seves vides, és a dir, com exploren la sexualitat aquestes persones amb el diagnòstic d'esquizofrènia present.

Aquesta mena d'entrevistes són un recurs per endinsar-se en el món privat i personal de cada subjecte seleccionat, és a dir, no és una mena de guió formal amb pregunta-resposta, sinó que més aviat es plantegen preguntes de caràcter més general i de mica en mica l'entrevistador es va endinsant en la temàtica plantejada.

Aquestes entrevistes semi-estructurades han estat supervisades pel grup d'experts en Salut Mental de la Universitat de Girona per tal d'aportar rigor i validesa en la tasca de l'investigador (vegeu-lo a annex 2).

4.10 Recollida de dades

Tots els participants seran entrevistats mitjançant entrevistes en profunditat portades a terme pel mateix investigador/a. Aquestes es portaran a terme de forma individualitzada i amb una temporalitat mitjana de 45 minuts per a cada subjecte. Les entrevistes constaran d'un total de 16 preguntes, descrites al guió de l'investigador/a, tot i que aquestes aniran variant en funció de cada persona, és a dir, seran de caràcter obert en funció de les respostes dels participants i el grau d'aprofundiment dels temes de discussió. Així doncs, el propi investigador/a serà qui es desplaçarà a cada centre fent una convocatòria prèvia a cada subjecte amb el dia i hora prevista per engendrar la conversa.

Cada entrevista serà registrada amb una gravadora per tal de ser transcrita. Abans, tots els participants hauran de signar el full de consentiment informat, no només per a formar part de l'estudi, sinó també per a ser conscients que tot el que es parli a les entrevistes en profunditat serà gravat per l'entrevistador/a principal. Un cop s'hagin registrat totes les entrevistes, aquestes es guardaran a l'ordinador propi de l'investigador/a i, un cop la informació s'hagi transcrit, totes aquestes gravacions seran eliminades i es diferenciaran els subjectes pel gènere

i procedència mitjançant una numeració, per tal que aquests no puguin ser identificats.

Per altra banda, un punt clau de l'entrevistador és la proximitat que pugui mostrar a les persones participants, és a dir, oferir un ambient tranquil i còmode és la clau perquè cada participant se senti en un espai segur de prejudicis i falses creences entorn la patologia mental que té. A més, l'entrevistador/a del projecte ha de ser una persona propera i sincera, per tal de crear una mena de vincle amb cada subjecte i així, fer-los sentir bé per tal que puguin esplaiar-se en la temàtica. A més, el bon entrevistador és aquell que sap explotar els punts forts de cada participant, és a dir, poder-se adaptar a les demandes de cada individu i al seu nivell sociocultural (50).

4.11 Procediment

La manera en la qual es desenvoluparà aquest projecte serà la següent:

1. El primer pas és parlar amb els responsables de Salut Mental dels respectius centres seleccionats per a participar en el projecte. Cal un consens previ amb l'investigador/a i l'equip assistencial dels centres.
2. Abans de portar a terme el projecte, caldrà la prèvia aprovació pel Comitè d'Ètica, és a dir, el projecte ha de ser viable i digne des dels vessants ètics, *d'Investigació amb Medicaments de l'Institut d'Investigació Biomèdica de Girona (CEIm IDIBGI)* (vegeu-lo a annex 3).
3. Un cop el Comitè d'Ètica hagi aprovat la sol·licitud, es presentarà el projecte a totes les entitats col·laboradores, és a dir, al recinte sanitari de l'Hospital Santa Caterina i a tots els centres de Salut Mental que teixeixen la comarca del Gironès. Consistirà a exposar el projecte a tots els responsables d'aquests centres i institucions i explicar la importància d'aquest en un entorn de patologia mental. A banda d'exposar el projecte, també s'acordarà els dies de les entrevistes i el lloc on es duran a terme. També, la persona entrevistadora explicarà la metodologia de selecció dels participants i el tipus de preguntes que s'abordaran. Interessa que es realitzin en un lloc càlid i, serà el propi investigador/a qui es desplaçarà al lloc de residència dels subjectes seleccionats.

4. Posteriorment, es farà la selecció de tots els participants dels respectius centres i se'ls atorgarà el full de consentiment informat (vegeu-lo a annex 4) per tal que el signin a mesura que se sentin còmodes a l'hora de participar en l'estudi. A banda de mostrar voluntat per participar-hi, han de complir els criteris d'inclusió per a formar-ne part. La idea és obtenir participació de tots els centres esmentats, de la mateixa manera que algun centre pot aportar més d'un subjecte participant.
5. Quan l'investigador/a hagi reclutat tots els participants per voluntat pròpia i amb els criteris d'inclusió admesos, es començaran a abordar les entrevistes en profunditat semi-estructurades en cada centre adscrit. Al llarg d'un mes, l'entrevistador recorrerà tots els municipis descrits amb el dia i hora pactada amb cada centre i participant per a dur a terme les entrevistes. Aquestes entrevistes seran de caire confidencial i, un cop acabat l'estudi d'investigació seran eliminades. Es realitzaran d'entrada 30 entrevistes, 10 a homes, 10 a dones i 10 a persones de gènere no binari diagnosticades d'esquizofrènia. En cas que no s'obtingui una saturació de dades o l'entrevistador consideri que necessita més informació i contingut, es recorreran a les persones suplents de l'estudi, les quals també hauran de signar el full de consentiment i seran informades del projecte. És possible que en un dia l'investigador hagi d'acudir a dos municipis diferents per abordar les entrevistes, fet que l'obliga a una acurada preparació i concentració. Cada centre acollirà un mínim de dos persones entrevistades, és a dir, un home i una dona amb esquizofrènia per tal de participar en les entrevistes en profunditat semiestructurades. Fins i tot, algun centre pot abordar el cas d'una persona no binària amb esquizofrènia, la qual també serà entrevistada i formarà part de l'estudi.

Aquestes entrevistes seran registrades a partir d'una gravadora amb el consentiment informat de cada subjecte, i es transcriuran mitjançant codis per a diferenciar el gènere, sense donar peu a l'aparició dels noms i cognoms dels participants de l'estudi. Un cop s'hagi realitzat la transcripció d'aquestes, seran eliminades per l'investigador/a.

6. Un cop la persona entrevistadora hagi recollit totes les entrevistes de tots els participants, es procedirà a la transcripció de les dades, fins a arribar

a la saturació. En cas de no arribar a la saturació de dades, s'acoblaran altres participants fins aconseguir la saturació de dades. Així doncs, el següent esglaió és el fet de la transcripció i anàlisi de dades de tots els subjectes admesos.

7. Ja per acabar, un cop realitzat l'anàlisi de les dades, s'abordaran les conclusions pertinents de l'estudi per extreure'n teories envers el fenomen estudiat i poder escriure l'informe final del projecte.
8. Finalment, aquest projecte tindrà l'opció de ser traduït en llengua estrangera per a futures publicacions científiques i poder participar en congressos on la salut mental sigui la pedra angular de la tasca infermera.

4.12 Anàlisi i triangulació de les dades

En els estudis de metodologia qualitativa, per tal de fer una correcta anàlisi de dades caldrà transcriure totes les entrevistes orals dels participants seleccionats pel projecte, és a dir, totes aquelles expressions verbals registrades amb la gravadora juntament amb el llenguatge no verbal de cada subjecte haurà de ser plasmat per tal de fer una bona anàlisi de les qüestions que es voldran estudiar. Així doncs, segons Castillo-Sanguino (47), més enllà de la transcripció literal dels mots i les expressions de cada participant, és també essencial el recull dels silencis, les pauses i tota aquella informació que es transmet a través de la mirada.

Per altra banda, per analitzar les dades de caire qualitatiu s'utilitzarà el programa informàtic ATLAS-TI, un software que interpreta i organitza dades no estructurades com són les entrevistes en profunditat semi-estructurades. Així doncs, aquest programa (51) pot analitzar de forma minuciosa i detallada tota la informació de les entrevistes i així descobrir matisos i entendre la complexitat de les experiències de les persones entrevistades. A més a més, aquest programa pot crear gràfics i diagrames envers la informació recopilada i estructurant-la per categories per a facilitar la comprensió.

També, el projecte recopilarà les dades mitjançant categories i així, facilitar el procés de transcripció de les entrevistes. Un cop les dades estiguin codificades, rebran un codi d'identificació per tal de localitzar els registres de cada categoria. En segon lloc, el projecte també abraçarà una triangulació d'investigadors, és a dir, dos investigadors o investigadores de diferents grups de recerca analitzaran les mateixes dades per tal de minvar el biaix individual i augmentar la validesa i confiabilitat de les troballes. Així doncs, cada investigador/a analitzarà les dades de forma independent i, posteriorment, es portarà a terme una comparació entre ells (52).

Aquesta triangulació d'investigadors aportarà rigor a l'estudi, ja que si arriben a conclusions similars, s'enfortirà la credibilitat dels fenòmens trobats (52).

4.13 Consideracions ètiques

Aquest projecte s'acollirà a la Declaració de Helsinki, és a dir, es teixirà en funció dels imperatius ètics descrits per l'Associació Mèdica Mundial (AMM) per a treballar amb éssers humans. Aquesta Declaració vetlla pel benestar de les persones juntament amb els seus drets, la seva protecció i la no-maleficència (53).

Per altra banda, el projecte serà presentat al Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica amb medicaments de l'IDIBGI el qual acull projectes de recerca de totes les entitats i vetlla per la protecció i la conservació dels drets de les persones participants en assajos clínics i estudis de recerca. A més a més, aquest Comitè imposa la normativa vigent entorn la protecció de dades i la confidencialitat de la informació plasmada, juntament amb el secret professional de l'investigador/a principal.

Així, la persona responsable del projecte també ha de tenir present el tractament de dades de les persones ateses, per aquest fet, cal adherir-se a la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals dels subjectes participants (54), on també s'hi sumen els criteris pel tractament de les dades de recerca biomèdica. Així mateix, amb l'adherència a aquestes legislacions vigents es construirà aquest projecte de recerca.

A més a més, els subjectes de l'estudi hauran de signar també el full de consentiment informat per tal de formar part d'aquest on s'abordaran també els objectius d'aquest i es podran resoldre qüestions pràctiques envers el projecte. Seguint amb aquestes premisses, l'estudi s'elaborarà sota l'anonimat de les persones participants i, un cop feta la recollida de dades i la seva transcripció, totes les gravacions seran eliminades.

4.14 Limitacions i Fortaleses

En el present estudi, s'han identificat diverses limitacions que poden condicionar els resultats i la seva interpretació. En primera instància, el disseny qualitatiu de l'estudi, no permet obtenir una representativitat de la població. Aquesta limitació en l'àmbit de territori pot dificultar l'extrapolació de les conclusions en altres contextos.

En segon lloc, cal tenir present que les percepcions i les vivències recollides mitjançant les entrevistes en profunditat són de caràcter subjectiu fet que pot causar un biaix en la interpretació dels resultats. De la mateixa manera que la presència de prejudicis i estigmes socials associats a les persones amb patologia mental juntament amb la seva sexualitat pot influir en les respostes dels subjectes participants, fent que algunes experiències no es manifestin de forma explícita.

A més a més, cal aclarir que les dades envers la sexualitat en persones no binàries juntament amb un diagnòstic d'esquizofrènia són minoritàries, fet que es contempla no arribar als 10 participants en el grup de gènere no binari, motiu pel qual la mida de la mostra es veuria reduïda al número inicial.

Per altra banda, l'estudi no contempla que les persones seleccionades en les entrevistes conflueixin amb una a altra patologia mental, és a dir, algunes persones poden ser diagnosticades d'esquizofrènia amb algun altre trastorn de salut mental com n'és el trastorn bipolar o el de personalitat. Aquest factor pot condicionar les respostes de cada subjecte, fet que pot ocasionar confusió a l'hora d'interpretar els resultats obtinguts.

Finalment, les limitacions temporals i logístiques pròpies d'un Treball de Fi de Grau han condicionat l'abast de la recerca, limitant la possibilitat de realitzar un seguiment longitudinal dels participants o d'incorporar altres perspectives professionals que podrien enriquir l'anàlisi. Malgrat aquestes limitacions, l'estudi pretén aportar una visió més àmplia i aprofundida sobre la importància de la sexualitat en la qualitat de vida de les persones diagnosticades d'esquizofrènia i la seva atenció dins l'àmbit infermer.

Contrarestant les limitacions manifestades, el projecte també emana una fortalesa prioritària: la lluita per la visibilització de la salut mental, les cures infermeres més enllà de la pròpia patologia, com n'és la cura envers la sexualitat de les persones ateses en entorns sanitaris de salut mental i la identitat de gènere més enllà del binomi home i dona. Aquests tres camins conflueixen en un nexa d'unió conjunt i donen pas a aquest estudi envers la qualitat de la vida sexual de les persones diagnosticades d'esquizofrènia.

4.15 Aportació a la tasca infermera

Aquest estudi de recerca pretén determinar les vivències i experiències de les persones diagnosticades amb esquizofrènia entorn el tema de la sexualitat a les seves vides, entesa com una necessitat bàsica i elemental en la vida de les persones amb patologia mental.

A més, aquest projecte té una doble cara de la mateixa moneda, és a dir, vol trencar barreres al voltant de les persones que pateixen una patologia mental i vol trencar l'estigma envers l'àmbit de la sexualitat. Així doncs, pretén donar veu a aquest col·lectiu minoritari en altres aspectes fora de la pròpia patologia, ja que molts professionals del sector tan sols brinden cures endinsades en la patologia mental.

Llavors, conèixer de primera mà les vivències i percepcions d'aquestes persones en el camí de la seva sexualitat al llarg de la seva vida, confluint amb una patologia mental com n'és l'esquizofrènia pot ajudar els professionals a tenir una visió diferent envers aquestes persones i proporcionar cures de qualitat per garantir una millor qualitat de vida.

5. CRONOGRAMA

ACTIVITATS	Set.	Oct.	Nov.	Des.	Gen.	Febr.	Març	Abr.	Maig	Juny
Presentació projecte										
Presentació CEIm IDIBGI										
Selecció participants										
Recollida dades + CI										
Entrevistes										
Transcripció entrevistes										
Anàlisi dades										
Resultats										
Informe final										
Publicació + Congressos										

6.PRESSUPOST DEL PROJECTE

DESPESES FUNGIBLES			
	Unitats	Preu / unitat	Total
Fulls de paper	50	0,06€	3€
Bolígrafs	10	0,70 €	7€
Gravadora	1	59,99€	59,99€
Carpeta/fitxer	1	12€	12€
Programa de transcripció (llicència)	2	249 €/mes	996€

SALARI HUMÀ			
	Hores	Preu/hora	Total
Becari	800 h	10€/h	8.000€

<u>ALTRES COSTOS</u>			
	Unitats	Preu/unitat	Total
Gasolina per a desplaçaments	8 desplaçaments	20€ per desplaçament	160€
Impressió fulls CI	50	0,10€	5€
Obsequi als participants	30	7€	210€
Informe final	30	10€	300€
Traducció del projecte			500€
Publicació projecte			2.800€
Assistència a jornades i congressos			2.000€

<u>TOTAL PRESSUPOST PROJECTE</u>	
Despeses materials	1.077,99€
Salari becari/a	8.000€
Altres costos	5.975€
Total del projecte	15.052,99€

7. ANNEXOS

Annex 1: Full informatiu i enquesta de presentació

Benvolgut/a,

El present estudi d'investigació pretén determinar les vivències i experiències de les persones diagnosticades d'esquizofrènia entorn el marc de la sexualitat, és a dir, endinsar-se en l'esfera de la sexualitat juntament amb un diagnòstic de patologia mental i poder determinar l'experiència d'aquesta en persones en edats compreses entre 25 i 50 anys.

L'objectiu principal de l'estudi és escoltar i donar veu a les persones que conviuen amb aquest diagnòstic, aprofundint en les seves vivències respecte al tema de la sexualitat a les seves vides, un àmbit sovint oblidat en l'entorn sanitari, però fonamental per garantir el benestar de la persona atesa de forma holística.

Per altra banda, el projecte ha estat validat pel Comitè d'Ètica D'investigació amb Medicaments de l'IDIBGI, juntament amb la Declaració de Helsinki i les lleis que vetllen pel respecte a la confidencialitat i la dignitat de la persona atesa, sobretot en estudis d'investigació. Així doncs, totes les dades obtingudes en el present, seran pròpies del secret professional juntament amb el seu anonimat, segons la normativa de protecció de dades (LOPDGDD 3/2018).

Així doncs, la participació en aquest estudi és de caire voluntari, fins i tot, es pot abandonar l'estudi en qualsevol moment i sense justificació requerida. Llavors, cal la signatura del consentiment informat de cada membre. Seguidament, caldrà emplenar unes dades sobre la procedència juntament amb una enquesta de presentació envers el sexe i l'estat civil. Per altra banda, es concertarà un dia per a fer l'entrevista amb l'investigador/a de l'estudi la qual serà registrada amb una gravadora de veu per a poder ser analitzada posteriorment.

La teva experiència i opinió són de gran valor per a visibilitzar i dignificar la realitat de les persones amb trastorns mentals i, contribuir a una atenció infermera més humana, propera i integral.

Enquesta de presentació

A continuació, es presentaran una sèrie de preguntes per conèixer de més a prop el perfil de cada participant de l'estudi. Et demano que responguin amb sinceritat i segons et sentis identificat/da.

Les dades d'aquest qüestionari seran anònimes i de caràcter confidencial i, seran eliminades un cop finalitzi aquest projecte de recerca.

1. Edat: _____ anys
2. Gènere:
 - Home
 - Dona
 - Altres (especificar)
3. Lloc de procedència (municipi): _____
4. Hospital o Centre de Salut Mental de referència: _____
5. Diagnòstic de patologia actual: _____
6. Anys amb el diagnòstic d'esquizofrènia: _____ anys
7. Has estat hospitalitzat en una zona d'aguts? Si // No
8. Estat civil:
 - Solter/a
 - Casat/da o amb parella estable
 - Divorciat/da
 - Vidu/a
 - Altres (especificar)

Annex 2: Entrevista en profunditat semi-estructurada

Sexualitat i esquizofrènia

Edat dels participants: entre 25 i 50 anys

1. Com definiries tu la sexualitat? Què significa per a tu?
2. Creus que la teva sexualitat ha canviat des del diagnòstic? En quin sentit?
3. Has pogut tenir relacions de parella o sexuals des del diagnòstic? Com les has viscut?
4. T'has sentit jutjat/da o incomprès/a en relació amb la teva sexualitat?
5. Parles obertament sobre sexualitat amb algú del teu entorn? Amb qui et sents còmode?
6. Has tingut efectes secundaris dels medicaments que hagin afectat la teva vida sexual? Com ho has viscut?
7. Has tingut dificultats per establir vincles íntims o emocionals? A què creus que es deu?
8. Hi ha algun moment en què t'hagis sentit plenament satisfet/a amb la teva vida sexual?
9. Et sents còmode expressant les teves necessitats o desitjos sexuals?
10. Et preocupa com et veuen els altres en relació amb la teva capacitat d'estimar o tenir relacions sexuals?
11. Què et fa sentir segur/a dins d'una relació íntima o sexual?
12. Com t'agradaria que et tractessin els professionals de la salut en aquest aspecte?
13. Creus que el sistema sanitari hauria de donar més espai per parlar de sexualitat en trastorns de salut mental?
14. Com han abordat la sexualitat el personal d'infermeria quan has estat hospitalitzat/da?
15. Quin missatge t'agradaria transmetre sobre la sexualitat de les persones amb esquizofrènia?
16. Què creus que caldria canviar perquè les persones amb trastorns mentals puguin viure la seva sexualitat amb més llibertat i benestar?

Annex 3: Sol·licitud al Comitè d'Ètica i D'Investigació amb Medicaments de Girona Dr. Josep Trueta

Jo, Andrea Maria Pons Marín, amb el següent redactat dirigit al Comitè d'Ètica i d'Investigació amb Medicaments de Girona, sol·licito la revisió ètica del projecte de recerca "Percepcions i vivències envers la sexualitat de les persones diagnosticades d'esquizofrènia

Amb aquesta sol·licitud, demano a la Comissió l'avaluació del projecte i l'emissió del corresponent dictamen favorable per tal de poder dur a terme el treball seguint les garanties ètiques pertinents.

Restant a disposició per ampliar qualsevol informació necessària.

Rebeu una cordial salutació

Andrea Maria Pons Marín

Annex 4: Full de consentiment informat

Jo, Sr/Sra, _____ amb DNI _____, manifesto que he estat assabentada de forma clara i entenedora sobre el projecte anteriorment mencionat.

Declaro que he entès:

- El contingut del projecte juntament els seus objectius, fins i tot a la resolució de possibles dubtes envers l'estudi.
- El procés d'obtenció de dades juntament amb el registre de les entrevistes mitjançant una gravadora de veu.
- El tractament de les dades recollides, juntament amb el respecte de l'anonimat i la confidencialitat d'aquestes.
- Les entrevistes i qüestionaris que es realitzin no inclouran cap dada que permeti identificar-me.
- Atorgo el meu propi consentiment per a participar en el present estudi de forma voluntària.
- Tinc dret a finalitzar la participació en el present estudi en qualsevol moment i sense justificació necessària i sense que això comporti cap conseqüència negativa envers la meva persona.
- Puc sol·licitar informació addicional abans, durant o després de la meva participació.

En entendre i acceptar tot l'exposat anteriorment:

→ AUTORITZO la meva participació en aquest estudi de manera lliure, voluntària i informada.

→ AUTORITZO la utilització de la informació obtinguda amb finalitats exclusivament de recerca i investigació.

Signatura:

Lloc i data: