

# La Evaluación de la Disfunción Sexual

**Autores:** Margarida Garcia<sup>1</sup>, Fernando Rico-Villademoros<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Biométrica, Barcelona y Madrid*

## INTRODUCCIÓN

Las alteraciones o trastornos que se pueden detectar en la función sexual han constituido uno de los capítulos de la Medicina con una influencia más radical de las corrientes culturales del momento. Si durante mucho tiempo la Medicina se interesó fundamentalmente en el sexo para detectar prácticas lesivas para el sujeto o para los demás (perversiones sexuales) y para determinar las consecuencias de actos ilegales (agresiones sexuales) o la repercusión de la función sexual sobre la propiedad o el honor, el concepto moderno de “disfunción sexual” (DS) remite básicamente a la capacidad de disfrute que acompaña al sexo suponiendo la visión de la sexualidad como algo puesto también al servicio del individuo y no sólo de la especie<sup>1</sup>. En el contexto de este cambio conceptual con clara influencia cultural, es innegable además que la evaluación de la función sexual ha adquirido una enorme importancia como medida del resultado sanitario en el contexto del tratamiento con psicofármacos.

Específicamente, se ha desvelado que la DS secundaria a fármacos supone un frecuente problema clínico que posee implicaciones muy relevantes a nivel práctico. A pesar de que es común la presencia de alteraciones en la función sexual en pacientes con patología psiquiátrica, sólo en los últimos años se ha empezado a prestar más atención a la aparición de DS provocada por la toma de psicofármacos<sup>2,3</sup>. En este sentido se han publicado casi 400 artículos sobre el tema durante la última década<sup>4,5</sup>. La prevalencia de DS entre pacientes psiquiátricos es elevada<sup>6</sup> y más de un 70% de los pacientes con depresión presentan disminución de la libido presentando con frecuencia también impotencia o anorgasmia<sup>7</sup>. En otras ocasiones el tratamiento psicofarmacológico puede mejorar los problemas de DS asociados al trastorno psiquiátrico precedente.

Actualmente puede afirmarse que la DS (en distintos grados y con diferentes formas de presentación) es el efecto adverso que con más frecuencia se presenta con determinados antidepresivos. Los fármacos antidepresivos pueden empeorar la actividad sexual previa así como provocar otras alteraciones nuevas que pueden afectar a todas las fases de la actividad sexual: deseo, excitación, orgasmo y eyaculación. Tras el uso de antidepresivos se han descrito comunicaciones anecdóticas que incluyen algunas alteraciones menos frecuentes tales como

anestesia peneana<sup>8</sup> o del clítoris<sup>9</sup>, orgasmo doloroso<sup>10</sup>, orgasmo asociado a bostezos<sup>11,12</sup>, priapismo asociado con paroxetina<sup>13</sup> y trazodona<sup>14</sup>, incremento del deseo sexual<sup>15</sup>, orgasmo espontáneo<sup>16</sup> y disminución del volumen de eyaculación. Adicionalmente, se ha encontrado que en muchos casos es posible recuperar el nivel de función sexual previo al tratamiento sin que ello signifique obtener menor eficacia, tan solo modificando el régimen terapéutico.

Por lo que se refiere al tratamiento de pacientes psicóticos, a pesar de la creencia en la primera mitad del siglo de que la esquizofrenia ocasionaba una ruptura de los límites morales en el comportamiento sexual, investigaciones posteriores han demostrado que los pacientes con buena evolución están interesados en la vida sexual aunque tienen dificultades emocionales en la expresión de sus necesidades sexuales<sup>17,18</sup>. Aclarado este punto, también es conocido que el tratamiento con neurolépticos está asociado con la aparición de DS secundaria. Hasta el momento se ha creído que todos los neurolépticos poseen capacidad para producir esta disfunción basándose en el incremento de prolactina que todos ellos producen. Se ha publicado este efecto adverso implicando diversos antipsicóticos (clorpromazina, tioridazina, mesoridazina, sulpiride, metoclopramida, pimozide, haloperidol, clozapina o en forma depot: decanoato de flufenazina)<sup>19,20,21,22,23,24,25</sup>, tanto en hombres como en mujeres<sup>26</sup>. La aparición en la década de los 80 de los nuevos antipsicóticos atípicos ha supuesto una mejora en la tolerancia -sobre todo en los síntomas extrapiramidales- y en la eficacia sobre los síntomas negativos, aunque no están exentos de otros efectos adversos convencionales como aumento de peso, alteraciones hepáticas, efecto anticolinérgico, etc.<sup>27,28</sup>. Sin embargo, no se han estudiado sistemáticamente sus efectos sobre la función sexual disponiendo actualmente sólo de datos de baja incidencia de DS que provienen de ensayos dirigidos a medir eficacia antipsicótica y no sobre este punto, que además no emplean cuestionarios específicos sino solamente la comunicación espontánea de este efecto adverso<sup>29</sup>.

Por lo tanto, con la introducción y generalización del concepto moderno de “disfunción sexual” que remite básicamente a la capacidad de disfrute que acompaña al sexo, y con la creciente aceptación de la evidencia de que diversos psicofármacos provocan DS en distinta medida<sup>30,31,32</sup>, disponer de instrumentos psicométricos adecuados en la investigación y la práctica clínica para detectar y evaluar posibles problemas de DS asociados al tratamiento con psicofármacos y para poder comparar entre distintos tratamientos, se ha convertido definitivamente en una necesidad incuestionable.

## **PARTICULARIDADES DE LA EVALUACIÓN DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL**

A partir de las primeras aportaciones sistematizadas de Master y Johnson<sup>33,34</sup> y Kaplan<sup>35</sup>, actualmente puede afirmarse que existe consenso acerca de que las fases del ciclo de respuesta sexual son las siguientes<sup>36,37</sup>:

- a) Fase de deseo: entendido como la propensión a realizar actos sexuales y obtener gratificación de ellos, se genera en el cerebro e incluye fenómenos afectivos y cognitivos; parece claramente influenciado por los niveles de hormonas sexuales, particularmente los andrógenos; así mismo, se han identificado varios neurotransmisores que influyen en este estado y que pueden ser interferidos por diversos tratamientos farmacológicos.
- b) Fase de excitación: se caracteriza por el aumento considerable de aporte sanguíneo a la pelvis y la región genital, debido a la vasodilatación de los órganos que contienen; en el varón se traduce en la erección del pene, y el aumento de secreciones del tracto genital, como la prostática; en la mujer da lugar a la erección del clítoris y la vasocongestión del suelo de la pelvis, con aumento de tamaño y dilatación de la vulva y lubricación vaginal.
- c) Fase de orgasmo: se caracteriza por contracciones intermitentes tanto de la musculatura lisa de los órganos genitales como de la esquelética; en el varón se manifiesta en la contracción del conducto deferente, enviándose los espermatozoides allí almacenados hacia la uretra, y de las vesículas seminales y próstata, que vierten su contenido en la misma; en la mujer pueden presentarse contracciones uterinas; la contracción rítmica de los músculos estriados del suelo de la pelvis, en el varón propulsa el líquido seminal a lo largo de la uretra, mientras que en la mujer hace estrecharse intermitentemente las paredes vaginales; el esfínter anal se contrae también de modo intermitente en ambos sexos.

Adicionalmente, algunos autores señalan además la fase de resolución, que en el hombre se traduce en manifestaciones como la involución rápida de la erección del pene y el llamado “período refractario”, mientras que en la mujer se caracteriza por la disminución lenta de la congestión pélvica, la pérdida de tumescencia del clítoris y labios menores y posibles retornos a la fase orgásmica (con frecuencia).

En relación específicamente a las disfunciones sexuales y desde la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-III)<sup>38</sup>, se ha consensuado su clasificación en términos de los problemas que pueden presentarse en cada una de las fases del ciclo de respuesta sexual mencionadas, y tal y como estos ciclos se describían en los estudios que, acerca de la respuesta sexual humana, publicaron Master y Johnson<sup>33,34</sup>. De acuerdo con este criterio de clasificación, según el DSM-IV<sup>39</sup> las disfunciones sexuales se clasifican actualmente en los siguientes apartados y categorías:

- a) trastornos del deseo sexual, que incluyen el deseo sexual hipoactivo y el trastorno por aversión sexual;
- b) trastornos de la excitación sexual, que incluyen el trastorno de la excitación sexual en la mujer y los trastornos de la erección en el hombre;
- c) trastornos del orgasmo, que incluyen el trastorno del orgasmo femenino y el trastorno del orgasmo masculino y la eyaculación precoz;
- d) trastornos por dolor sexual, que incluyen dispareunia no debida a enfermedad médica y vaginismo no debido a una enfermedad médica.

Partiendo de este marco teórico, es preciso que los instrumentos de medida diseñados para su uso en la investigación y en la práctica asistencial con pacientes que reciban tratamiento con psicofármacos y que sean susceptibles de presentar problemas de DS, cumplan una serie de propiedades de medición<sup>40</sup>: a) factibilidad: viabilidad con que un instrumento puede ser adecuadamente administrado y respondido; b) fiabilidad: capacidad con que un instrumento puede medir el mismo grado de DS en distintas circunstancias con el menor error de medida debido al azar; c) validez: bondad con que un instrumento mide el concepto o atributo de DS que se pretende medir; d) sensibilidad al cambio: capacidad de un instrumento para detectar cambios positivos o negativos en el grado de DS que se está evaluando cuando realmente los ha habido. Sin embargo, a la hora de llevar a la práctica la evaluación de la DS se han identificado, además de la fuente de factores asociados a las propiedades psicométricas del instrumento de evaluación elegido en cada caso, otras dos fuentes que pueden dificultar la obtención de información<sup>37,41</sup>:

- a) Factores asociados al paciente: falta de comunicación espontánea de los problemas de DS por vergüenza, miedo, ignorancia; presencia de DS como efecto de la propia enfermedad que pueden confundirse con la DS debida al tratamiento con psicofármacos; presencia de DS como efecto de otros factores (estrés, cambio en las relaciones personales del paciente).
- b) Factores asociados al clínico: falta de fluidez en la interacción con el paciente acerca de los problemas de DS por prejuicios relacionados con la edad, diferencia de sexo entre el clínico y el paciente y temor a interpretaciones erróneas por parte de los pacientes (seducción, intrusismo, inmoralidad).

Además, y de forma particular, los instrumentos empleados para la evaluación de la DS deberían reunir las siguientes cualidades:

- a) Factibilidad: breves y poco intrusivos.
- b) Especificidad según género: con preguntas específicas para hombres y mujeres, dado que las disfunciones sexuales presentan características diferenciales entre ambos sexos que no se pueden ignorar y que, aunque la tendencia de las clasificaciones psiquiátricas es equipararlas

y definir categorías comunes, esto no es posible sin distorsionar la naturaleza de los procesos de disfunción en el hombre y en la mujer.

- c) Especificidad según fase del ciclo de la respuesta sexual que se pretenda evaluar: con preguntas específicas para cada fase que permitan detectar y evaluar posibles problemas de DS en cada una de ellas.
- d) Capacidad para discriminar la etiología de la DS que se detecte: con preguntas redactadas de tal forma que permitan discernir los problemas de DS debidos a la propia enfermedad de aquellos debidos al tratamiento con psicofármacos.
- e) Capacidad para discriminar entre la incidencia de DS y la DS premórbida y existente a lo largo de la vida: con preguntas redactadas de tal forma que permitan distinguir la DS debida a un determinado tratamiento con psicofármacos de la pre-existente debida a otras causas.

## **INSTRUMENTOS GENÉRICOS**

### **Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI), 1976**

El DSFI fue diseñado por Derogatis para medir el nivel de funcionamiento sexual actual. Se trata de una escala autoaplicada cuyo tiempo de cumplimentación estimado es de 40 minutos. Consta de 253 ítems que miden la calidad de la función sexual en las siguientes 10 dimensiones: información, experiencias, motivación, actitudes, síntomas psicológicos, emociones, definición del rol sexual, fantasía, imagen corporal y satisfacción sexual. De estas dimensiones, dos están formadas por tests psicológicos independientes que son el Brief Symptom Inventory (BSI)<sup>42</sup> y la Derogatis Affects Balance Scale (DABS)<sup>43</sup>. Las puntuaciones directas obtenidas en cada una de las 10 escalas deben ser transformadas en puntuaciones T. Adicionalmente puede obtenerse un único índice total de funcionamiento sexual sumando las puntuaciones obtenidas en cada escala y transformadas a puntuaciones T, debiéndose transformar a su vez esta índice total en puntuación T. Se han sugerido como punto de corte las puntuaciones estandarizadas < 40 (p. ej., 1 desviación estándar por debajo de la media, o en el percentil 15% de la distribución).

En diversos estudios se ha demostrado que posee adecuadas propiedades psicométricas en términos de fiabilidad, tanto consistencia interna como test-retest, validez convergente, validez discriminante entre distintos grupos de pacientes, y sensibilidad a los cambios<sup>44,45,46</sup>. Sin embargo, se ha señalado como su mayor inconveniente su gran extensión que cuestiona seriamente su factibilidad. Existe una versión traducida al español.

### **Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS), 1983**

El GRISS fue desarrollado por Rust y Golombok para evaluar la existencia y gravedad de problemas sexuales. Se trata de un cuestionario autoaplicado que consta de 28 ítems que evalúan 12 dimensiones, 6 de las cuales corresponden a disfunciones sexuales recogidas en el DSM: evitación en hombres y mujeres, anorgasmia (sólo mujeres), vaginismo (sólo mujeres), eyaculación precoz (sólo hombres), e impotencia (sólo hombres). Las otras 6 dimensiones permiten evaluar conductas tanto del paciente como de su pareja en las siguientes áreas: falta de sensualidad e insatisfacción en hombres y mujeres, infrecuencia y falta de comunicación. Cada ítem es respondido mediante una escala Likert de 5 opciones de respuesta, donde 1 equivale a nunca y 5 a siempre. Las puntuaciones en cada escala deben ser transformadas y pueden oscilar entre 1 y 9, indicando una puntuación igual o superior a 5 la existencia de problemas en esa dimensión. Es posible obtener una puntuación global (para hombres y mujeres específicamente) sobre la calidad del funcionamiento sexual en el contexto de una relación de pareja, además de puntuaciones en cada una de las dimensiones.

Se han estudiado sus propiedades psicométricas, demostrando poseer adecuada fiabilidad en términos de consistencia interna y test-retest, así como adecuada validez convergente/divergente y capacidad para discriminar entre pacientes y un grupo control y sensibilidad a los cambios<sup>47,48,49</sup>.

### **Sexual Function Questionnaire (SFQ), 1986**

El SFQ fue diseñado para medir los cambios en la función sexual inducidos por el tratamiento. De acuerdo con los criterios del DSM-III se centra en 3 de las 7 disfunciones psicosexuales contempladas en esta clasificación: deseo sexual inhibido, excitación sexual inhibida, y orgasmo inhibido. Se trata de un cuestionario autoaplicado que consta de 10 ítems para varones y de 8 para mujeres, siendo 7 de ellos comunes para ambos. Los 7 ítems comunes evalúan las siguientes dimensiones: deseo/interés, disfrute, excitación, orgasmo, frecuencia de relaciones sexuales y de masturbación, y capacidad para alcanzar el orgasmo en la masturbación. Los 3 ítems específicos para varones hacen referencia a la capacidad para obtener o mantener una erección, la frecuencia de erecciones matutinas, y las dificultades eyaculatorias (retraso o ausencia de eyaculación). El ítem específico de las mujeres explora si existe lubricación vaginal adecuada en respuesta a la estimulación. Cada ítem es respondido mediante una escala tipo Likert de 5 opciones de respuesta de 1 (nula disfunción sexual) a 5 máxima disfunción sexual). Solamente se conoce su uso en un estudio con antidepresivos pero no se conoce información adicional acerca de la evaluación de sus propiedades psicométricas<sup>50</sup>.

### **Brief Sexual Function Questionnaire (BSFQ), 1988**

El BSFQ fue desarrollado en el transcurso de un estudio sobre erecciones penéneas nocturnas. Se trata de un cuestionario autoaplicado que consta de 21 ítems que evalúan el funcionamiento sexual en varones en las siguientes 4 dimensiones de la función sexual: interés, actividad, satisfacción y disfunción fisiológica. Además, incluye la evaluación de las preferencias en la orientación sexual (homosexual versus heterosexual). Es posible obtener una puntuación total para cada una de las 4 dimensiones mencionadas. Existe una versión para la pareja que tiene como fin determinar si la percepción del paciente acerca de su propio interés, actividad y rendimiento sexual se corresponde con la de la pareja. En los estudios realizados ha demostrado poseer adecuadas propiedades psicométricas en términos de fiabilidad test-retest, validez concurrente (con el Derogatis Sexual Function Inventory o DSFI) y validez discriminante<sup>51,52</sup>.

### **Brief Index of Sexual Functioning (BISF-W), 1994**

El BISF fue desarrollado con el objetivo de disponer de un cuestionario breve y autoaplicado para medir la función y satisfacción sexual en mujeres. Consta de 22 ítems que según los análisis factoriales realizados evalúan las siguientes 3 dimensiones: interés/deseo sexual, actividad

sexual y satisfacción sexual. Cada ítem es respondido en una escala Likert de 5 a 9 opciones de respuesta. Es posible obtener puntuaciones totales para cada una de las 3 dimensiones mencionadas, y además una puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en los 22 ítems.

Este cuestionario ha demostrado poseer adecuada fiabilidad en términos de consistencia interna (excepto en la escala de interés/deseo sexual) y test-retest y adecuada validez convergente con el subtest de Satisfacción Sexual del cuestionario DSFI, pero no se dispone de más datos acerca de sus propiedades psicométricas<sup>53</sup>.

### **Brief Sexual Function Inventory (BSFI), 1995**

El BSFI fue desarrollado con el objetivo de disponer de un cuestionario breve y autoaplicado para medir la función sexual en hombres. Consta de 11 ítems que evalúan las siguientes dimensiones: motivación sexual, función eréctil, eyaculación y satisfacción sexual. Cada ítem es respondido en una escala Likert de 5 opciones de respuesta. No es posible obtener una puntuación total pero sí es posible, además de las puntuaciones correspondientes a las 4 dimensiones mencionadas, obtener un Índice de Problemas sumando las puntuaciones obtenidas en las escalas de motivación sexual, función eréctil y eyaculación.

Este cuestionario ha demostrado poseer adecuada fiabilidad en términos de consistencia interna y test-retest y también se ha estudiado su validez discriminante, pero no se dispone de más datos acerca de sus propiedades psicométricas<sup>54</sup>. Existe una versión traducida al español.

### **Arizona Sexual Experience Scale (ASEX), 1997**

La ASEX fue desarrollada con la intención de obtener un instrumento que sirviera para medir la DS inducida por psicotropos. Se trata de una breve escala autoaplicada con versiones específicas para cada sexo. Consta de 5 ítems que evalúan las siguientes 5 dimensiones: motivación sexual, arousal psicológico, arousal fisiológico (erección o lubricación vaginal), facilidad para alcanzar el orgasmo, y satisfacción con el orgasmo. Cada ítem es respondido en una escala Likert de 5 opciones de respuesta de 1 (nula disfunción sexual) a 5 (máxima disfunción sexual). Sus autores destacan, como ventajas de este instrumento frente a otros ya existentes, su brevedad, ya que habitualmente se cumplimenta en 5-10 minutos, y su falta de intrusividad. Además, ha demostrado poseer aceptable fiabilidad en términos de consistencia interna y test-retest, adecuada validez convergente/divergente con el Brief Index of Sexual Functioning (BSIF) y las escalas de Hamilton para la depresión y la ansiedad, y adecuada validez discriminante<sup>55,56</sup>.

### **Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/DISF-SR), 1997**

El DISF (heteroaplicado) y el DISF-SR (autoaplicado) fueron diseñados para medir el nivel de funcionamiento sexual mediante un instrumento breve, específico según sexo, y



multidimensional. Consta de 26 ítems que miden la calidad de la función sexual en las siguientes 5 dimensiones: cogniciones sexuales/fantasías, arousal, conductas/experiencias sexuales, orgasmo, y motivación sexual/pareja. Las puntuaciones directas obtenidas en cada escala deben ser transformadas a puntuaciones estandarizadas con base a las normas de puntuaciones existentes. Adicionalmente puede obtenerse un único índice total de funcionamiento sexual sumando las puntuaciones obtenidas en cada escala, debiéndose transformar a su vez esta índice total en puntuación estandarizada. Se han sugerido como punto de corte las puntuaciones estandarizadas < 40 (p. ej., 1 desviación estándar por debajo de la media, o en el percentil 15% de la distribución). No se dispone de muchos datos acerca de sus propiedades psicométricas, pero como mínimo ha demostrado poseer adecuada fiabilidad, tanto consistencia interna como test-retest y validez discriminante<sup>57</sup>. Existe una versión traducida al español.

### **Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ-C), 1997**

El CSFQ es un instrumento diseñado para evaluar de forma sistemática cambios en la función sexual en poblaciones de pacientes con patología y/o susceptibles de experimentar efectos adversos de DS asociados al tratamiento. Preferiblemente debe ser administrado mediante entrevista clínica semiestructurada, pero puede ser autoaplicado. Existen versiones específicas para hombres (de 36 ítems) y mujeres (de 34 ítems), aunque los primeros 21 ítems son comunes para ambos sexos. Consta de 12 ítems fundamentales que evalúan 5 dimensiones de la función sexual: deseo sexual/frecuencia, deseo/interés sexual, placer, arousal/excitación, orgasmo. Los ítems restantes (24 en hombres y 22 en mujeres) proporcionan información relevante para la historia clínica. Cada ítem es respondido en una escala tipo Likert de 5 opciones de respuesta que se refiere a frecuencia, satisfacción o cambio. Es posible obtener una puntuación global (para hombres y mujeres específicamente) a partir de la suma de los 12 ítems de las 5 dimensiones mencionadas y de 2 ítems adicionales que evalúan, respectivamente, disminución de arousal en mujeres y dolor/erecciones prolongadas en hombres y dolor en el orgasmo, y donde puntuaciones más altas indican mejor función sexual.

Se han estudiado sus propiedades psicométricas, demostrando poseer adecuada fiabilidad en términos de consistencia interna y test-retest, y adecuada validez convergente/divergente y discriminante<sup>58</sup>. Además, existe una versión traducida al español adecuadamente adaptada y validada<sup>6</sup>, y con la que se ha demostrado que el CSFQ posee sensibilidad a los cambios<sup>59</sup>.

### **Rush Sexual Inventory (RSI), 1997**

El RSI fue diseñado para evaluar cambios en la función sexual a lo largo del tiempo. Se trata de un cuestionario autoaplicado con versiones específicas para cada sexo. Consta de 14 ítems en hombres y 10 ítems en mujeres de tipo dicotómico (sí/no) y otros 5 ítems comunes que son

respondidos en 5 escalas visuales analógicas, que evalúan interés sexual, deseo, arousal/excitación, orgasmo y satisfacción. No se dispone de muchos datos acerca de sus propiedades psicométricas, pero como mínimo ha demostrado poseer adecuada fiabilidad en términos de consistencia interna, validez concurrente con el BSFQ y el BISF-W y sensibilidad a los cambios<sup>60,61</sup>.

### **Sexual Energy Scale (SES), 2000**

La SES fue diseñada con el fin de disponer de un instrumento simple, fácil y objetivo de cribaje y evaluación de la experiencia de pérdida del deseo sexual y energía vital/sensual. Consta de un solo ítem autoaplicado que es respondido en una escala visual analógica de 1 a 10 con la que se evalúa el grado de energía sexual. No se dispone de muchos datos acerca de sus propiedades psicométricas, habiendo demostrado hasta el momento con una muestra de reducido tamaño (n=17) poseer adecuada validez convergente/divergente con el CSFQ-C y con la escala de Depresión de Hamilton<sup>62</sup>.

### **Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos (PRSexDQ), 2000**

El PRSexDQ se aplica mediante entrevista clínica directa. Consta de 7 ítems. Los ítems 1 y 2 evalúan la presencia de algún tipo de alteración en la actividad sexual y si su comunicación al médico es espontánea. Los siguientes 4 ítems evalúan la intensidad o frecuencia de las siguientes alteraciones de la función sexual mediante una escala de respuesta de 0 (menor intensidad o frecuencia posible) a 3 (mayor intensidad o frecuencia posible) en las siguientes dimensiones: descenso de la libido, retraso de orgasmo / eyaculación, ausencia de orgasmo / eyaculación, impotencia / disminución de la excitación sexual. Un ítem adicional evalúa la dimensión de la tolerancia del paciente a los cambios en la función sexual utilizando una escala de respuesta de 0 (no ha habido disfunción sexual) a 3 (mala tolerancia). Puede obtenerse una puntuación final total de la escala mediante la suma de los puntos obtenidos en los ítems 3-7, obteniéndose una puntuación total de 0 (ninguna disfunción sexual) a 15 puntos (máxima disfunción sexual posible). Se trata de un instrumento de medida desarrollado inicialmente en español habiéndose realizado su validación a partir de esta versión en español que demuestra que el PRsexDQ posee adecuada fiabilidad en términos de consistencia interna, adecuada validez convergente/divergente y discriminante, y sensibilidad a los cambios<sup>63</sup>.

## **INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS**

### **Sexual Arousalability Inventory (SAI), 1976**

Se trata de un cuestionario que, aunque originalmente fue desarrollado para su uso en la clínica, ha demostrado ser útil para su aplicación en investigación. Se trata de un instrumento

autoaplicado que consta de 28 ítems que evalúan la disfunción sexual en mujeres en una única dimensión: la excitación sexual. Cada ítem hace referencia a una determinada experiencia erótica y es respondido en una escala Likert de 5 opciones de respuesta. Las ventajas de este instrumento son su brevedad y que es fácil de corregir e interpretar, disponiendo para ello de momento de normas de puntuación para muestras de mujeres heterosexuales y homosexuales sanas. Con posterioridad al instrumento original SAI, se elaboró una versión equivalente para hombres, el SAI-E, disponiendo para su interpretación de normas de puntuación para hombres heterosexuales<sup>64</sup>.

Con respecto a las propiedades psicométricas del SAI señalar que los 28 ítems de que consta fueron obtenidos por análisis factorial a partir de un pool de 131 ítems, y que ha demostrado poseer adecuada fiabilidad en términos de consistencia interna y test-retest, y adecuada validez convergente y discriminante<sup>65</sup>.

### **International Index of Erectile Function (IIEF), 1997**

Este índice fue desarrollado por sus autores con el objeto de obtener una medida breve, fiable, autoaplicada, y transcultural de la función eréctil. Consta de 15 ítems que se agrupan en las siguientes 5 dimensiones: deseo sexual, función eréctil, función orgásmica, satisfacción con la relación sexual y satisfacción global. Cada ítem se responde en una escala Likert de 6 opciones de respuesta que se refieren a frecuencia, dificultad, intensidad o satisfacción, y donde a mayor puntuación mayor disfunción sexual. Para la dimensión de disfunción eréctil se han sugerido los siguientes puntos de corte: de 6 a 10 puntos, disfunción severa, de 11 a 16, disfunción moderada, de 17 a 25, disfunción leve, y de 26 a 30, sin disfunción eréctil. Recientemente se ha desarrollado una versión abreviada del IIEF de 5 ítems, el IIEF-5<sup>66</sup>.

Este instrumento ha demostrado poseer adecuada fiabilidad en términos de consistencia interna y test-retest, y sensibilidad a los cambios<sup>67</sup>. Existe una versión traducida al español y validada en el contexto del proceso de elaboración del cuestionario que se llevó a cabo de forma internacional.

Tabla 1. Instrumentos disponibles para la evaluación de la disfunción sexual.

	N ° de dimensiones	Nº de ítems	Fiabilidad interna	Fiabilidad test-retest	Validez convergente / divergente	Validez discriminante	Sensibilidad al cambio	Tiempo de aplicación	Modo de aplicación	Específico según género
<b>Instrumento genérico</b>										
DSFI 1976	10	253	E	E	E	E	E	40'	AUTO	NS
GRISS 1983	12	28	E	E	E	E	E	10'	ND	H / M
SFQ 1986	3	10/8	NE	NE	NE	NE	NE	ND	AUTO	NS
BSFQ 1988	4	21	NE	E	E	E	NE	ND	AUTO	H
BISF-W 1994	3	22	E	E	E	NE	NE	15'	AUTO	M
BSFI 1995	4	11	E	E	NE	E	NE	ND	AUTO	H
ASEX 1997	5	5	E	E	E	E	NE	5-10'	AUTO	H / M
DISF/DISF-SR 1997	5	26	E	E	NE	E	NE	15-20'	AUTO / HETERO	H / M
CSFQ-C 1997	5	36/34	E	E	E	E	E	15-20'	AUTO / HETERO	H / M
RSI 1997	5	19/15	E	NE	E	NE	E	7'	AUTO	H / M
SES 2000	1	1	NA	NE	E	NE	NE	ND	AUTO	NS
PRSEXDQ 2000	5	7	E	NE	E	E	E	5'	HETERO	NS
<b>Instrumento</b>										

<b>específico</b>										
SAI/SAI-E 1976/1988	1	28	E	E	E	E	NE	15'	AUTO	M
IIEF / IIEF-5 1997/1999	5	15	E	E	NE	NE	E	ND	AUTO	H

E: evaluado; NE: no evaluado; ND: no se dispone de datos; NA: no aplicable; AUTO: modo de aplicación autoaplicado; HETERO: modo de aplicación heteroaplicado mediante entrevista clínica, NS: no específico según género; H: versión específica sólo para hombres; M: versión específica sólo para mujeres; H/M: versiones específicas para hombres y mujeres, respectivamente.

## BIBLIOGRAFÍA

---

- <sup>1</sup> Baca E. Clasificación de las disfunciones sexuales. En: Psicofármacos y función sexual. Bobes J, Dexeus S, Gibert J. Madrid 2000: Ediciones Díaz de Santos.
- <sup>2</sup> Bousoño, M; Bascarán, MT; Sáiz, P. et al. La disfunción Sexual como pieza clave en los tratamientos con antidepresivos a largo plazo. *Psiquiatría Biológica* 1999; 6 supl 1:14-20.
- <sup>3</sup> Baldwin DS, Birtwistle J. Antidepressant drugs and sexual function: improving the recognition and management of sexual dysfunction in depressed patients. En: Briley M and Montgomery S eds: *Antidepressant Therapy at the Dawn of the Third Millennium*. Martin Lunitz Ltd. UK,1998. 231-255.
- <sup>4</sup> Balon R, Yeragani VK, Pohl R, Ramesh C. Sexual dysfunction during antidepressant treatment. *J Clin Psychiatry* 1993; 54 (6): 209-12.
- <sup>5</sup> Gitlin MJ. Psychotropic medications and their effects on sexual function: diagnosis, biology and treatment approaches. *J Clin Psychiatry* 1994; 55 (9): 406-13.
- <sup>6</sup> Bobes J, González MP, Rico-Villademoros F, Bascarán, MT, Sarasa P, Clayton A. Validation of the Spanish Version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). *Journal of Sex & Marital Therapy* 2000; 26: 119-131.
- <sup>7</sup> Segraves RT. Sexual side effects of psychiatric drugs. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1988; 18: 243-252.
- <sup>8</sup> Neill JR. Penile anesthesia associated with fluoxetine use (letter). *Am J Psychiatry* 1991;148:1603.
- <sup>9</sup> King VL, Horovitz IR. Vaginal anesthesia associated with Fluoxetine use (letter). *Am J Psychiatry* 1993, 150:984-985.
- <sup>10</sup> Aizenberg D, Zemishlany Z, Hermes H et al. Painful ejaculation associated with antidepressants in four patients. *J Clin Psychiatry* 1991, 52:461-463.
- <sup>11</sup> McLean JD, Forsythe RG, Kapkin, IA. Unusual side effects of clomipramine associated with yawning. *Can J Psychiatry* 1983;28:569-570.
- <sup>12</sup> Modell JG. Repeated observations of yawning, clitoral engorgement and orgasm associated with fluoxetine administration (letter). *J Clin Psychopharmacol*. 1989;9:63-65.
- <sup>13</sup> Ahmad S. Paroxetine induced priapism (letter). *Arch Intern Med*, 1995;155:645
- <sup>14</sup> Chiang PH, Tsai EM, Chiang CP. The role of Trazodone in the treatment of erectile dysfunction. Kao-Hsiung I Hsueh Ko Hsueh Tsa Chih (Kaohsiung Journal of Medical Sciences )1994; 10 (6): 287-294.
- <sup>15</sup> Gartrell N. Increased libido in women receiving trazodone. *Am J Psychiatry* 1986, 143:781-782.
- <sup>16</sup> Labbate LA, Bupropion-SR-induced increased libido and spontaneous orgasm. *Can J Psychiatry* 1998 Aug, 43 (6) : 644-5
- <sup>17</sup> Jacobs P, Bobek SC. Sexual needs of the schizophrenic client. *Perspect Psychiatr Care* 1991; 27(1): 15-20.
- <sup>18</sup> Leff J. Aiding resocialization of the chronic psychotic patient. *Int Clin Psychopharmacol* 1997 Sep; 12 Suppl 4: S19-24.
- <sup>19</sup> Keks N, McGrath J, Lambert T, Catts S, Vaddadi K, Burrows G, Varghese F, George T, Hustig H, Burnett P, et al. The Australian multicentre double-blind comparative study of remoxipride and thioridazine in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1994 Nov; 90(5): 358-65.
- <sup>20</sup> Murali R, John CJ, Gopinath PS. Phenothiazines and sexual dysfunction. *Am J Psychiatry* 1983 May; 140(5): 645-6.
- <sup>21</sup> Ananth J. Impotence associated with pimozone. *Am J Psychiatry* 1982 Oct;139(10): 1374.
- <sup>22</sup> Shader RI. Sexual dysfunction associated with mesoridazine besylate (serentil). *Psychopharmacologia* 1972;27(3): 293-4.
- <sup>23</sup> Carlson BE, Sadoff RL. Thioridazine in schizophrenia. *JAMA* 1971 Sep 20;217(12): 1705.

- 
- <sup>24</sup> Greenberg HR. Inhibition of ejaculation by chlorpromazine. *J Nerv Ment Dis* 1971 May; 152(5): 364-6.
- <sup>25</sup> Boleloucky Z. Chlorpromazine inhibition of ejaculation. *Act Nerv Super (Praha)* 1965 Aug; 7(3): 245.
- <sup>26</sup> Degen K. Sexual dysfunction in women using major tranquilizers. *Psychosomatics* 1982 Sep;23(9):959-61.
- <sup>27</sup> Kopala LC. Clinical experience in developing treatment regimens with the novel antipsychotic risperidone. *Int Clin Psychopharmacol* 1997 Sep; 12 Suppl 4: S11-8.
- <sup>28</sup> Casey DE. The relationship of pharmacology to side effects. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 Suppl 10: 55-62.
- <sup>29</sup> Peuskens J, Sienaert P, De Hert M. Sexual dysfunction: the unspoken side effect of antipsychotics. *Eur J Psychiatry* 1998; 13 (suppl 1): 23-30.
- <sup>30</sup> Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA y cols: SSRI-induced sexual dysfunction. Fluoxetine, Paroxetine, Sertraline and Fluvoxamine in a prospective, multi-center and descriptive clinical study of 344 patients. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1997; vol 23 (3): 176-184.
- <sup>31</sup> Moore BE, and Rothschild AJ. Treatment of Antidepressant-Induced Sexual Dysfunction. *Hospital Practice* 1999; 89-96.
- <sup>32</sup> Segraves RT. Antidepressant-Induced Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (suppl 4): 48-54.
- <sup>33</sup> Master WW, Johnson VE. *Human Sexual Response*. Little Brown, Boston, 1966.
- <sup>34</sup> Master WW, Johnson VE. *Human Sexual Inadequacy*. Little Brown, Boston, 1970.
- <sup>35</sup> Kaplan HS. *The New Sex Therapy*. Baillière-Tindall, London, 1974.
- <sup>36</sup> Mas M. Neurofisiología de la respuesta sexual humana. En: *Psicofármacos y función sexual*. Bobes J, Dexeus S, Gibert J. Madrid 2000: Ediciones Díaz de Santos.
- <sup>37</sup> Clayton AH. Epidemiology, Classification and Assessment of Sexual Dysfunction. Proceedings of the American Psychiatric Association Annual Meeting 2000. May 13-18, Chicago, Illinois, USA. American Psychiatric Association, Washington 2000.
- <sup>38</sup> American Psychiatric Association. *DSM-III*. American Psychiatric Association, Washington 1980.
- <sup>39</sup> American Psychiatric Association. *DSM-IV*. American Psychiatric Association, Washington 1994.
- <sup>40</sup> Nunnally JC. *Psychometric theory*. McGraw-Hill, New York, 1978.
- <sup>41</sup> González MP, Merino MJ, Sáiz PA, Bascarán MT, Fernández JM, Bousoño M. Evaluación de la función sexual. En: *Psicofármacos y función sexual*. Bobes J, Dexeus S, Gibert J. Madrid 2000: Ediciones Díaz de Santos.
- <sup>42</sup> Derogatis LR. *Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, Scoring, and Procedures Manual*, 3<sup>rd</sup> Edition. Minneapolis, MN, National Computer Systems, 1993.
- <sup>43</sup> Derogatis LR. *Derogatis Affects Balance Scale (DABS): Administration, Scoring, and Procedures Manual*. Baltimore, MD, Clinical Psychometric Research, 1996.
- <sup>44</sup> Derogatis LR, Meyer JK, Dupkin C. Discrimination of organic versus psychogenic impotence with the DSFI. *J Sex Marital Ther* 1976; 2: 229-240.
- <sup>45</sup> Derogatis LR, Melisanatos N. A psychological profile of the sexual dysfunctions. *Arch Sex Behav* 1979; 8: 201-223.
- <sup>46</sup> Derogatis LR, Melisanatos N. The DSFI: a multidimensional measure of sexual functioning. *J Sex Marital Ther* 1979; 5: 244.
- <sup>47</sup> Rust J, Golombok S. The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). *Br J Clin Psychol* 1985; 24: 63-64.
- <sup>48</sup> Rust J, Golombok S. The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of Sexual Dysfunction. *Arch Sex Behav* 1986; 15 (2): 157-165.
- <sup>49</sup> Rust J, Golombok S. *The handbook of the Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction*. Glasgow 1983: City Press.

- 
- <sup>50</sup> Harrison WM, Rabkin JG, Ehrhardt AA, Stewart JW, McGrath PJ, Ross D et al. Effects of antidepressant medication on sexual function: a controlled study. *J Clin Psychopharmacol* (United States) Jun 1986; 6 (3): 144-149.
- <sup>51</sup> Howell JR, Reynolds CF, Thase ME, Frank E, Jennings R, Houck PR et al. Assessment of sexual function, interest and activity in depressed men. *J Affect Disord* 1987; 13: 61-66.
- <sup>52</sup> Reynolds CF, Frank E, Thase ME, Houck PR, Jennings R, Howell JR et al. Assessment of sexual function in depressed, impotent, and healthy men: factor analysis of a Brief Sexual Function Questionnaire for men. *Psychiatry Res* 1988; 24: 231-250.
- <sup>53</sup> Taylor JF, Rosen RC, Leiblum SR. Self-report assessment of female sexual function: psychometric evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning for Women. *Arch Sex Behav* 1994; 23 (6): 627-643.
- <sup>54</sup> O'Leary MP, Fowler FJ, Lenderking WR, Barber B, Sagnier PP, Guess HA, et al. A brief male sexual function inventory for urology. *Urology* 1995; 46 (5): 697-706.
- <sup>55</sup> McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Manber R, McKnight KM, Moreno FA, et al. The Arizona Sexual Experience Scale: validity and reliability. Proceedings of the 150th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 1997 May 17-22; San Diego, EEUU. Washington 1997: American Psychiatric Association.
- <sup>56</sup> McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther* 2000; 26 (1): p.25-40.
- <sup>57</sup> Derogatis LR. The Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/DISF-SR): an introductory report. *J Sex Marital Ther* 1997; 23: 291-304.
- <sup>58</sup> Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ. The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): Development, Reliability, and Validity. *Psychopharmacology Bulletin* 1997; 33 (4): 731-745.
- <sup>59</sup> González MP, Bobes J, Bascarán MT, Clayton A, Garcia M, Rico-Villademoros F, Banús S, on behalf of the TESSEX Collaborative Study Group. Evaluating changes in Sexual Functioning in depressed patients: sensitivity to change of the CSFQ questionnaire. Proceedings of the American Psychiatric Association Annual Meeting 2000. May 13-18, Chicago, Illinois, USA. American Psychiatric Association, Washington 2000.
- <sup>60</sup> Zajecka J, Mitchell S, Fawcett J. Treatment-emergent changes in sexual function with selective serotonin reuptake inhibitors as measured with the Rush Sexual Inventory. *Psychopharmacol Bull* 1997; 755-760.
- <sup>61</sup> Zajecka J. Psychometric analyses of the Modified Rush Sexual Inventory. Proceedings of the American Psychiatric Association Annual Meeting 2000. May 13-18, Chicago, Illinois, USA. American Psychiatric Association, Washington 2000.
- <sup>62</sup> Warnock JK, Clayton AH, Yates WR, Bundren JC. Sexual Energy Scale (SES): a simple valid screening tool for measuring sexual dysfunction. Proceedings of the American Psychiatric Association Annual Meeting 2000. May 13-18, Chicago, Illinois, USA. American Psychiatric Association, Washington 2000.
- <sup>63</sup> Montejo A, Garcia M, Espada M, Rico-Villademoros F, Llorca, G, Izquierdo JA y Grupo Español de Trabajo para el Estudio de las Disfunciones Sexuales Secundarias a Psicofármacos. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos. *Actas Esp Psiquiatr* 2000; 28 (3): 141-150.
- <sup>64</sup> Hoon EF, Chambless D. Sexual Arousalability Inventory (SAI) and Sexual Arousalability Inventory-Expanded (SAI-E), in sexually-related measures: a compendium. Edited by Davis C. Lake Mills, IA, Graphic 1988, pp. 21-24.
- <sup>65</sup> Hoon EF, Joon PW, Wincze JP. An inventory for the measurement of female sexual arousalability: the SAI. *Arch Sex Behav* 1976; 5 (4): 269-274.
- <sup>66</sup> Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, et al. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 1999; 11(6): 319-326.
- <sup>67</sup> Rosen RC, Riley A, Wagner G, et al. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urol* 1997; 49 (6): 822-830.