

Construcción de una variable subrogada de detección de disfunción eréctil a partir de la versión española del Cuestionario de Satisfacción con la Vida "LISAT 8"

J. Rejas Gutiérrez^a, Á. Gil de Miguel^b, E.M. Martínez Sánchez^c y E. Díaz García^d

^aDepartamento de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia, Unidad Médica, Pfizer SA. Madrid. ^bUnidad de Docencia e Investigación en Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón. ^cÁrea de Urología. Unidad Médica. Pfizer SA. Madrid. ^dCentro de Salud de Atención Primaria Mendiguchía Garriche. Leganés, Madrid.

OBJETIVOS. Analizar la validez y fiabilidad para detectar disfunción eréctil de la dimensión "Satisfacción con la Vida Afectiva" (variable subrogada) de la versión española del cuestionario de satisfacción con la vida "LISAT 8".

MÉTODOS. Un total de 653 sujetos (537 con disfunción eréctil y 116 controles sin disfunción eréctil), varones ≥ 18 años, con deseo sexual activo, fueron extraídos al azar de un estudio naturalístico en Atención Primaria. Se utilizó regresión logística para determinar los ítems con capacidad predictora de disfunción eréctil, y el análisis de curvas ROC para estimar el valor de corte que optimizaba los indicadores de sensibilidad, especificidad, y valores predictivos positivo y negativo. Se calcularon, también, las razones de probabilidad de una prueba positiva y negativa, y el coeficiente kappa de acuerdo para el valor de corte óptimo.

RESULTADOS. Los ítems predictores de disfunción eréctil resultaron ser satisfacción con la vida sexual y satisfacción con la relación de pareja, que forman el dominio satisfacción con la vida afectiva. La correlación con el Índice Internacional de Función Eréctil fue moderada, pero significativa (coeficientes de correlación momento de Pearson de 0,444 a 0,734, $p < 0,001$ en todos los casos). El análisis de curvas ROC determinó un valor de corte óptimo para sospecha de disfunción eréctil en < 8 puntos; área bajo la curva = 0,892; $p < 0,0001$, sensibilidad; 0,87, especificidad; 0,84, valor predictivo positivo; 0,96, valor predictivo negativo; 0,58, y kappa = 0,602, $p < 0,0001$.

CONCLUSIÓN. El dominio "satisfacción con la vida afectiva" constituye una variable subrogada que presenta propiedades

válidas y fiables para la detección de varones con disfunción eréctil.

Palabras clave: versión española del LISAT 8, disfunción eréctil, variable subrogada, screening, satisfacción con la vida.

OBJETIVES. Analyze the validity and reliability to detect erectile dysfunction of the life satisfaction questionnaire "LISAT 8".

METHODS. A total of 653 subjects (537 with erectile dysfunction, males ≥ 18 years, with active sexual desire, were obtained at random from a naturalistic study in Primary Health Care. Logistic regression was used to determine the items with erectile dysfunction predictive capacity and the ROC curve analysis to estimate the cut-off value that optimized the sensitivity, specificity and positive and negative predictive values indicators. The likelihood ratio of a positive and negative test and kappa coefficient according to the optimum cut-off value were also calculated.

RESULTS. The erectile dysfunction predictive items were satisfaction with sexual life and satisfaction with partner relationship, that form the satisfaction with affective life domain. Correlation with the International Index of Erectile Dysfunction (IIEF) was moderate, but significant (Pearson product moment correlation coefficient of 0.444 to 0.734, $p < 0.001$ in every cases). The ROC curves analysis determined an optimum cut-off value to suspect erectile dysfunction at < 8 points; area under the curve = 0.892; $p < 0.0001$, sensitivity; 0.87, specificity; 0.84; positive predictive value; 0.96, negative predictive value; 0.58, and kappa = $p < 0.0001$.

CONCLUSIONS. "Satisfaction with affective life" domain is a subrogated variable that has valid and reliable properties for the detection of males with erectile dysfunction.

Key words: spanish version of LISAT 8, erectile dysfunction, surrogate variable, screening, life satisfaction

Correspondencia: J. Rejas Gutiérrez.
Departamento de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia.
Unidad Médica, Pfizer SA.
Avenida de Europa, 20-B. Parque Empresarial La Moraleja.
28108 Alcobendas.
Correo electrónico: javier.rejas@pfizer.com

Recibido el 14-07-04; aceptado para su publicación el 27-10-04.

INTRODUCCIÓN

Debido a la disponibilidad de fármacos de administración oral, efectivos en el tratamiento de la disfunción eréctil (DE), esta patología ha suscitado gran interés en los últimos años y, particularmente, una gran demanda social de atención tanto en el ámbito médico como en los medios de comunicación. Ya sea por la elevada prevalencia que presenta entre nuestros pacientes o por la demanda, cada vez mayor, de una mayor calidad de vida en la que se mantiene el deseo de una actividad sexual plena, la DE representa un importante problema de salud que la Organización Mundial de la Salud define como una enfermedad clase III, encuadrada en el mismo grupo que la artritis reumatoide¹. La DE, de acuerdo con el panel de expertos del Instituto Nacional de la Salud americano, se define como la incapacidad persistente de lograr o mantener una erección suficiente para el desarrollo de una relación sexual satisfactoria^{2,3}.

La efectividad de los nuevos tratamientos para la DE por vía oral ha condicionado cambios importantes en las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas de este trastorno⁴. La historia clínica, el examen físico y las pruebas de laboratorio permiten orientar el diagnóstico etiológico del proceso y el tratamiento efectivo más adecuado para cada paciente. No obstante, la técnica más adecuada sigue siendo la entrevista dirigida y abierta, aunque también existen cuestionarios que pueden utilizarse como complemento de una buena historia clínica, tanto para el paciente como para su pareja⁵⁻¹². El índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) es un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas que evalúa 5 campos de la función sexual masculina comunes a distintas culturas: función eréctil, función orgásmica, deseo sexual, satisfacción con el acto sexual y satisfacción global. Resulta un instrumento de medida fiable para la valoración clínica de la DE, no solo es válido para diagnosticar la presencia o ausencia de DE, sino que también permite clasificar los niveles de intensidad de este trastorno^{13,14}. Por otra parte, el Inventario sobre Salud Sexual para el Varón (SHIM o IIEF-5) es una versión abreviada del IIEF. Es un cuestionario autoadministrado que explora la función eréctil del paciente en los últimos 6 meses a través de 5 preguntas del IIEF; cuatro de ellas del campo de la función eréctil y una sobre el campo de la satisfacción con el acto sexual. Las 5 preguntas se basan en la habilidad para identificar la presencia o la ausencia de DE. Tiene por tanto valor de instrumento de detección o cribado de esta patología, que es como se recomienda su utilización en la actualidad, habiéndose convertido en el instrumento de referencia para *screening* de este trastorno¹⁵.

Si bien lo anterior es cierto, el hecho es que en la práctica médica habitual en nuestro entorno sanitario y cultural, tanto en el nivel primario de atención médica como en el especializado, este breve instrumento de cribado no se utiliza de forma rutinaria. Entre las razones esgrimidas por un panel de clínicos (datos no publicados) se encuentra la formulación de las preguntas que componen el instru-

mento, junto con la naturaleza de los métodos de cribado o detección de trastornos médicos. De este modo, a muchos pacientes les resulta muy difícil cumplimentar el cuestionario SHIM sin solicitar la ayuda del clínico, debido al lenguaje directo empleado en su formulación, considerado inapropiado para ciertos niveles culturales. Otra de las causas puede radicar en la ausencia de una validación psicométrica apropiada a nuestro entorno cultural y lingüístico, realizado con población española. Sea como fuera, el resultado es que el SHIM apenas se utiliza en la práctica médica habitual en el sistema sanitario español, lo cual puede contribuir a que médicos y pacientes permanezcan reacios a tratar el tema sexual de una forma abierta en la consulta.

Por otra parte, el cuestionario de Satisfacción con la Vida de Fugl-Meyer et al o LISAT 8 es un *checklist* o inventario, desarrollado para evaluar la satisfacción con la vida de población adulta sometida a programas de rehabilitación y que, posteriormente, ha sido validado en varones con DE^{16,17}. Durante la validación y adaptación cultural al español¹⁸, se observó que la dimensión satisfacción con la vida afectiva o emocional (preguntas dos y tres del instrumento) podrían mostrar buenas propiedades clinimétricas para ser utilizada como instrumento o variable subrogada de cribado de DE. El objetivo de este artículo es, por tanto, presentar las propiedades de validez y fiabilidad de esta variable subrogada, la dimensión satisfacción con la vida afectiva, de la versión española del cuestionario o inventario LISAT-8 como instrumento autoadministrado de detección o cribado de DE en nuestro entorno cultural y sanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción del Cuestionario o *check-list* LISAT-8 (anexo)

El cuestionario de Satisfacción con la Vida de Fugl-Meyer et al o LISAT 8¹⁶ es un *checklist* o inventario que evalúa la satisfacción con la vida de población adulta sometida a programas de rehabilitación y que, posteriormente, ha sido estudiado en varones con DE^{16,17}. El *checklist* ha sido validado en sueco, inglés británico y americano y en otras lenguas, incluida la española en población masculina con DE^{18,19}. Este cuestionario, autoadministrado, tiene 8 ítems, que se puntúan en una escala tipo Likert:

1) muy insatisfactoria; 2) insatisfactoria; 3) un poco insatisfactoria; 4) un poco satisfactoria; 5) satisfactoria y 6) muy satisfactoria, que miden la satisfacción con 8 diferentes facetas de la vida del paciente: vida en general, vida sexual, relaciones de pareja, vida familiar, relación con amigos y conocidos, ocio, situación laboral y situación económica. Se puede calcular una puntuación total como sumatorio de las puntuaciones de todos los ítems o, también, puntuaciones parciales para cada una de las tres escalas o dimensiones que componen el instrumento; satisfacción con la vida social (ítems 1, 4, 5 y 6), satisfacción con la vida afectiva o emocional (ítems 2 y 3) y satisfacción con la vida laboral o económica (ítems 7 y 8). Tam-

bién es posible calcular una puntuación estandarizada en métrica de 0% a 100%¹⁸.

Muestra de validación

Las propiedades de validez y fiabilidad del LISAT 8 como instrumento de cribado de DE se han explorado en una muestra de 653 varones mayores de 18 años; 537 pacientes con DE seleccionados aleatoriamente de un estudio abierto, de corte naturalístico, longitudinal, prospectivo y muticéntrico desarrollado en Centros de Atención Primaria (estudio IDEAP) previamente publicado, en el que se evaluaba la efectividad del tratamiento con dosis flexibles de sildenafil durante 10 semanas en pacientes con DE y patología orgánica concomitante²⁰, y 116 sujetos varones sin DE que se utilizaron como grupo control. La submuestra de 537 pacientes con DE estaba estratificada según la intensidad de la disfunción eréctil medida por el cuestionario IIEF, de modo proporcional a la distribución de los pacientes en el mencionado estudio, de manera que reflejara a la población española con DE que acude a consulta de Atención Primaria para tratarse (en la tabla 1 se comparan las características basales de la submuestra de validación con el grupo control). Los criterios de elegibilidad de la muestra del estudio IDEAP han sido publicados previamente (referencia 20). Este tamaño era suficiente para encontrar como relevantes una sensibilidad y especificidad del 80%, como mínimo, en ambos casos (mayor o igual 0,80), y con una precisión de $\pm 5\%$. Se consideró que estos indicadores eran aceptables para un trastorno como la DE con prevalencia

de un 12% en población masculina española de 25 a 70 años²¹.

Metodología estadística. Selección de ítems predictores

Los criterios de valoración utilizados para valorar las propiedades clinimétricas de la dimensión satisfacción con la vida afectiva como variable subrogada de cribado de DE ha sido la valoración de su fiabilidad y validez. La fiabilidad se ha determinado mediante la determinación del coeficiente de Cronbach para valorar la consistencia interna de los ítems predictores de DE, y la fiabilidad entre instrumentos de determinación de DE (LISAT 8 e IIEF) mediante el cálculo del coeficiente de acuerdo Kappa. El coeficiente de acuerdo se ha calculado para los diferentes valores de corte de la puntuación de la dimensión satisfacción con la vida afectiva, y, también, para diferentes subgrupos de la muestra utilizada (edad y diagnóstico principal). Las propiedades de validez se han explorado a partir de las respuestas observadas en el cuestionario LISAT 8, antes de recibir cualquier tipo de intervención de la DE.

Se ha utilizado el análisis de regresión logística para identificar los ítems del LISAT 8 con capacidad predictora de DE en la muestra utilizada que constituyen la variable subrogada. El modelo se ha corregido para la edad de los sujetos de la muestra. Se ha utilizado un procedimiento de eliminación por pasos, estimándose los parámetros del modelo por el método de máxima verosimilitud. Los parámetros se han incluido para valores de la prueba de Wald menor o igual 0,05 y con intervalos de confianza del 95% de los *odds ratios* que no se solaparan con el valor de la unidad.

Se ha utilizado el análisis de curvas ROC para determinar el valor de corte de la puntuación de la escala de satisfacción con la vida afectiva que proporcionaba los mejores valores para los indicadores de sensibilidad y especificidad y, en menor medida, de los indicadores valor predictivo positivo y negativo. Además, se ha calculado el área bajo la curva (ABC) y su nivel de significación, y las razones de probabilidad positiva (RPP) y negativa (RPN). Estos últimos se han calculado con las siguientes ecuaciones: $RPP = \text{sensibilidad} / 100 - \text{especificidad}$, y $RPN = 100 - \text{sensibilidad} / \text{especificidad}$. Para contrastar adicionalmente la validez de la dimensión afectiva del cuestionario de satisfacción, se ha calculado la proporción de pacientes correctamente clasificados en la muestra completa de pacientes con DE del estudio IDEAP²⁰, de forma global y en submuestras según la edad, la intensidad de la DE y la presencia de comorbilidad.

Se ha realizado estadística descriptiva de las variables principales y secundarias evaluadas en este estudio para valorar los estadísticos de tendencia central y dispersión y evaluar la distribución de las variables evaluadas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se utilizó la prueba de Student para grupos independientes, o sus equivalentes no paramétricos en caso de distribución no normal, para comparar las principales variables recogidas en el estudio en la submuestra con DE con la submuestra control de sujetos sin DE, incluidas las respuestas a los cuestionarios IIEF y LISAT 8; global y por sus dimensiones. Se ha utili-

Tabla 1. Características demográficas, comorbilidades principales y grado de intensidad de la DE, según el cuestionario IIEF de la muestra con DE y del grupo control. Valores expresados como proporción (%) o media (desviación típica)

Variable	Grupo con DE	Grupo Control
N	537	116
Edad (años)	58,2 (9,1)	45,3 (13,8)***
IMC (kg/m ²)	27,0 (2,9)	26,3 (2,8)
Obesos (%) ¹	13,2	13,0
Fumador (%)	53,8	43,6
Número de cigarrillos/día	18,9 (9,6)	17,1 (6,4)
Alcohol (%)	30,5	72,7***
Duración DE (años)	3,2 (2,9)	—
Hipertensión (%)	18,1	14,8
Diabetes (%)	22,9	13,0*
HBP (%)	8,6	4,3
Depresión (%)	13,0	6,1
Hipercolesterolemia (%)	6,9	12,2
Cardiopatía (%)	2,0	0,9
Sin causa orgánica conocida (%) ²	27,6	—
Sin patología conocida (%)	—	40,5
Distribución de la muestra según intensidad de la DE:		
□ Severa (6 a 10 puntos):	323 (60,2%)	—
□ Moderada (11 a 16 puntos):	144 (26,8%)	—
□ Leve (17 a 24 puntos):	70 (13,0%)	—

IIEF: Índice Internacional de Función Eréctil; IMC: índice de masa corporal (¹obesidad: IMC ≥ 30); DE = disfunción eréctil; HBP: Hipertrofia benigna de próstata; ²Causa psicógena en pacientes con DE.

*** p < 0,001 *p < 0,05.

zando el análisis de correlación momento de Pearson para analizar las correlaciones existentes entre las escalas LISAT-8 e IIEF, de forma global y por dimensiones. Todas las pruebas estadísticas han sido bilaterales y se aceptó como estadísticamente significativo un error $\alpha < 0,05$.

RESULTADOS

Se han incluido un total de 653 sujetos; 537 con DE de intensidad de leve a severa según la respuesta en el cuestionario IIEF, y 116 sujetos controles sin DE seleccionados en los centros de atención primaria donde eran seguidos los pacientes. En la tabla 1 se comparan las características basales, tanto demográficas como clínicas, del grupo con DE frente al grupo sin DE. Controles y pacientes fueron homogéneos estadísticamente en la mayoría de las características basales, excepto en las siguientes variables: edad media, mayor en el grupo de pacientes con DE que en los controles ($58,2 \pm 9,1$ años [media $\pm$ desviación típica] frente a $45,3 \pm 13,8$ años en el grupo control, $p < 0,001$), mayor proporción de sujetos que declararon que consumían alcohol de forma regular en los controles que en el grupo de DE (72,7% frente a 30,5%, $p < 0,001$), y menor proporción de sujetos diabéticos en el grupo control (13,0% frente a 22,9%, $p < 0,05$).

Diferenciación de controles y pacientes con disfunción eréctil

En la tabla 2 se observan las puntuaciones medias mostradas por los sujetos control y los pacientes con DE en

los cuestionarios IIEF y en la versión española del LISAT 8. El grupo sin DE mostró puntuaciones medias significativamente superiores a los pacientes con DE en la puntuación total del IIEF ($63,1 \pm 7,1$ frente a $28,6 \pm 10,2$ $p < 0,0001$) y en cada una de sus 5 dimensiones (función eréctil, función orgásmica, deseo sexual, satisfacción con la vida sexual y satisfacción general) que los pacientes con DE (tabla 2). De la misma manera, las puntuaciones medias en el LISAT 8 fueron significativamente mayores en los controles que en los varones con DE, tanto en la puntuación total, como en las dimensiones Vida Social y Vida Afectiva (variable subrogada; $9,2 \pm 2,1$ frente a $5,6 \pm 1,8$, $p < 0,0001$, tabla 2). La dimensión satisfacción con la Vida Económica no llegó a ser estadísticamente significativa. Las diferencias entre controles y pacientes con DE se observaron en todos los ítems del cuestionario LISAT 8, excepto en el ítem satisfacción con la situación económica, que no mostró diferencias estadísticamente significativas; $4,2 \pm 1,1$ frente a $4,1 \pm 1,1$, $p=0,404$ (tabla 2).

La diferenciación entre controles y varones con DE se fundamentó también en el análisis de correlación del cuestionario IIEF (puntuación total y para cada una de sus 5 dimensiones) con el cuestionario LISAT 8 (puntuación total, por cada una de sus tres dimensiones, e individualmente por cada ítem). En la tabla 3 se puede observar que los ítems dos y tres (que constituyen la dimensión Satisfacción con la Vida Afectiva del LISAT 8) son los que muestran mayores correlaciones positivas con el IIEF (puntuación total y con todas sus dimensiones), variando

Tabla 2. Puntuación en la versión española del cuestionario LISAT-8 e índice internacional de función eréctil, total y separado por dimensiones o dominios, en el grupo de pacientes con DE y en el grupo control. Valores expresados como media $\pm$ desviación típica

Parámetro	Grupo con Disfunción Eréctil (n=537)	Grupo Control (n=116)	p
Cuestionario IIEF			
Puntuación total	$28,6 \pm 10,2$	$63,1 \pm 7,1$	$< 0,0001$
Función eréctil	$10,6 \pm 4,7$	$27,5 \pm 2,3$	$< 0,0001$
Función orgásmica	$3,9 \pm 2,3$	$9,0 \pm 1,4$	$< 0,0001$
Deseo sexual	$5,0 \pm 1,6$	$7,4 \pm 1,8$	$< 0,0001$
Satisfacción con la vida sexual	$5,4 \pm 2,2$	$11,5 \pm 1,9$	$< 0,0001$
Satisfacción general	$3,8 \pm 1,5$	$7,7 \pm 1,7$	$< 0,0001$
Cuestionario LISAT 8			
Puntuación total	$30,2 \pm 5,9$	$37,0 \pm 5,5$	$< 0,0001$
Satisfacción con vida social	$16,4 \pm 3,5$	$19,2 \pm 2,9$	$< 0,0001$
Satisfacción con vida económica	$8,2 \pm 2,0$	$8,6 \pm 2,1$	0,070
Satisfacción con vida afectiva	$5,6 \pm 1,8$	$9,2 \pm 2,1$	$< 0,0001$
Respuestas individuales en cada ítem del LISAT 8			
Vida en general	$3,9 \pm 1,1$	$4,8 \pm 0,9$	$< 0,0001$
Vida sexual	$2,3 \pm 0,9$	$4,4 \pm 1,2$	$< 0,0001$
Relación de pareja	$3,2 \pm 1,2$	$4,8 \pm 1,2$	$< 0,0001$
Vida familiar	$4,1 \pm 1,0$	$5,0 \pm 1,0$	$< 0,0001$
Amigos y conocidos	$4,3 \pm 0,9$	$4,9 \pm 0,9$	$< 0,0001$
Vida de ocio	$4,0 \pm 1,1$	$4,5 \pm 1,0$	$< 0,0001$
Situación laboral	$4,1 \pm 1,2$	$4,4 \pm 1,2$	0,017
Situación económica	$4,1 \pm 1,1$	$4,2 \pm 1,1$	0,404

La puntuación de respuesta al LISAT-8 se presenta en forma cruda u original (cruda), sin normalizar, tanto en puntuación total, por dimensión o por ítem; IIEF: índice Internacional de Función Eréctil.

Tabla 3. Matriz de correlaciones momento de Pearson de los ítems y dimensiones del cuestionario LISAT 8 con el índice internacional de función eréctil y sus dimensiones

		Función eréctil	Función orgásmica	Deseo sexual	Satisfacción con el acto sexual	Satisfacción global
Ítem 1	r	,384	,355	,309	,394	,389
	p	,000	,000	,000	,000	,000
Ítem 2	r	,721	,605	,460	,716	,734
	p	,000	,000	,000	,000	,000
Ítem 3	r	,529	,444	,343	,507	,501
	p	,000	,000	,000	,000	,000
Ítem 4	r	,391	,382	,296	,392	,382
	p	,000	,000	,000	,000	,000
Ítem 5	r	,308	,293	,300	,317	,267
	p	,000	,000	,000	,000	,000
Ítem 6	r	,234	,230	,252	,261	,235
	p	,000	,000	,000	,000	,000
Ítem 7	r	,130	,121	,171	,138	,145
	p	,001	,002	,000	,000	,000
Ítem 8	r	,075	,093	,083	,094	,096
	p	,054	,017	,033	,017	,014
LISAT 8	r	,510	,461	,401	,517	,506
	p	,000	,000	,000	,000	,000
Dimensión vida afectiva	r	,690	,580	,444	,675	,682
	p	,000	,000	,000	,000	,000
Dimensión vida social	r	,396	,379	,347	,410	,383
	p	,000	,000	,000	,000	,000
Dimensión vida económica	r	,115	,119	,142	,129	,134
	p	,003	,002	,000	,001	,001

r = coeficiente de correlación momento de Pearson; IIEF: Índice internacional de Función Eréctil; p = nivel de significación estadística.

éstas entre moderadas a intensas (0,343 a 0,734, todas ellas estadísticamente significativas, $p < 0,0001$, tabla 3). La puntuación total del LISAT 8 se correlacionó moderadamente con el IIEF y con sus dimensiones, mientras que los ítems 7 y 8, y la dimensión que forman estos ítems, mostró correlaciones positivas, aunque significativas, muy discretas con el mencionado IIEF.

Selección de los ítems predictores de disfunción eréctil

El análisis de regresión logística utilizado para determinar los ítems predictores de DE se muestra en la tabla 4. El análisis de regresión logística, corregido para la edad, mostró que los ítems dos y tres del cuestionario LISAT 8, en su versión española, y que forman el dominio o dimensión Satisfacción con la Vida Afectiva, eran los únicos de entre los 8 ítems del LISAT 8 que presentaban estimaciones apropiadas para ser seleccionados como predictoras de DE, y valorar en su puntuación acumulada la fiabilidad y validez de estos dos ítems como variable subrogada de detección de DE. Los parámetros del modelo muestran que ambos ítems son significativos,

presentando valores significativos de la prueba de Wald y valores de *odd ratio* por debajo de 1 en ambos casos, de manera que una mayor puntuación en cada uno de ellos se asocia a una menor probabilidad de presentar DE. El modelo necesitó de tres iteraciones para estimar los parámetros del mismo ($-2LL = 606,70$, $\chi^2 = 282,99$, $p < 0,00001$). La proporción de sujetos correctamente clasificados fue del 90,31% utilizando únicamente los ítems dos y tres del LISAT-8 como se ha señalado previamente.

Determinación de la fiabilidad y validez predictora de disfunción erectil

Los resultados del modelo de regresión logística permitieron seleccionar a los ítems dos y tres del LISAT 8 para analizar la fiabilidad y validez de la puntuación acumulada de ambos, o lo que es lo mismo, la puntuación de la dimensión Satisfacción con la Vida Afectiva del cuestionario, mediante el análisis de curvas ROC. La consistencia interna de la variable subrogada, medida por el coeficiente Alfa de Cronbach, fue de $\alpha = 0,765$ en la muestra global, 0,623 en

Tabla 4. Parámetros del modelo de regresión logística realizado con el cuestionario LISAT 8 para seleccionar los ítems predictores de disfunción eréctil. Se presentan los parámetros del modelo para los ítems predictores; b = coeficientes de cada ítem, SE = error típico, Wald = valor del estadístico de Wald, OR = odds ratio (IC 95%: intervalo de confianza del 95%) corregidos por edad

Ítem	b	SE	Wald	p	R	OR [IC 95%]
#2 (satisfacción con vida sexual)	-1,19	0,15	60,2	,0000	-0,309	0,31 [0,23-0,41]
#3 (satisfacción con relación de pareja)	-0,35	0,14	5,79	,0162	-0,079	0,71 [0,53-0,94]

Proporción de sujetos clasificados correctamente: 90,31%; Número de iteraciones: 3, $-2LL = 606,70$, $\chi^2 = 282,99$ ($p < 0,00001$)

Tabla 5. Propiedades clinimétricas de validez y fiabilidad para detección de Disfunción Eréctil, de la dimensión Satisfacción con la Vida Afectiva de la versión española del cuestionario de satisfacción con la vida LISAT 8. Se muestran los indicadores de validez y fiabilidad siguientes: sensibilidad, especificidad, valores predictivos, positivo y negativo, razones de probabilidad de una prueba positiva y negativa, y el coeficiente de acuerdo kappa

Valor de corte de la puntuación de la dimensión Satisfacción con la Vida Afectiva del LISAT 8	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	RPP	RPN	Kappa
< 3 pts	0,05 [25/537]	1,00 [116/116]	1,00 [25/25]	0,18 [116/628]	—	0,95	0,017*
< 4 pts	0,18 [57/537]	0,99 [115/116]	0,98 [57/58]	0,19 [115/595]	18,00	0,83	0,037**
< 5 pts	0,33 [177/537]	0,94 [109/116]	0,96 [177/184]	0,23 [109/469]	5,50	0,70	0,123***
< 6 pts	0,48 [258/537]	0,93 [108/116]	0,97 [258/266]	0,28 [108/387]	6,86	0,56	0,215***
< 7 pts	0,70 [377/537]	0,90 [104/116]	0,97 [377/389]	0,39 [104/264]	7,00	0,33	0,399***
< 8 pts	0,87 [467/537]	0,84 [97/116]	0,96 [467/486]	0,58 [97/167]	5,44	0,15	0,602***
< 9 pts	0,95 [510/537]	0,66 [76/116]	0,93 [510/550]	0,74 [76/103]	2,79	0,08	0,633***
< 10 pts	0,97 [522/537]	0,52 [60/116]	0,90 [522/578]	0,80 [60/75]	2,02	0,06	0,568***
< 11 pts	0,99 [532/537]	0,28 [33/116]	0,87 [532/615]	0,87 [33/38]	1,38	0,04	0,374***

RPP: Sensibilidad / 100-especificidad; RPN: 100-sensibilidad / especificidad; *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; VPN: valores predictivos negativos; VPP: valores predictivos positivos.

la submuestra de pacientes con DE, y 0,771 en la submuestra de sujetos control.

En la tabla 5 se pueden observar los resultados de fiabilidad y validez, expresados como sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN), RPP y RPN y coeficiente de acuerdo Kappa, para los distintos posibles puntuaciones de la dimensión Satisfacción con la Vida del LISAT 8 observados en la muestra del estudio. Un punto de corte menor de 8 mostró los mejores valores de los parámetros anteriores para identificar pacientes sospechosos de sufrir DE; sensibilidad; 0,87, especificidad; 0,84, VPP; 0,96, VPN; 0,58, RPP; 5,44, RPN; 0,15, mostrando este punto de corte un área bajo la curva ROC de 0,892 ($p < 0,0001$, fig. 1), y un coeficiente kappa

de acuerdo de 0,602 ($p < 0,001$). Los puntos de corte con valores superiores a 8, aunque mostraron mejores indicadores de sensibilidad, mejorando incluso el VPN y manteniendo el VPP, sin embargo, perdían capacidad de especificidad.

En la tabla 6 se muestran los valores de éstos indicadores para el nivel de corte seleccionado (menor de 8 puntos) en distintos subgrupos de la muestra analizada, valorando su capacidad de cribado de DE en subpoblaciones de distinta edad o comorbilidad. Este valor de corte se mostró robusto para subgrupos según edad, aunque la especificidad y el VPN en el subgrupo de sujetos mayores de 65 años se redujeron sensiblemente, lo que es consistente con esta edad, ya que en sujetos mayores es más plausible que coexista un nivel elevado de satisfacción con la vida afectiva (sexual y de pareja) con la presencia de DE. El valor de corte < 8 puntos fue robusto también como indicador de sospecha de DE cuando la muestra se separó en subgrupos según diagnóstico principal asociado, excepto para los sujetos con depresión, que mostró valores reducidos de especificidad y VPN.

DISCUSIÓN

Como se ha señalado en la introducción de este artículo, existen instrumentos validados para realizar el cribado o diagnóstico de DE en nuestro medio. No obstante, los existentes presentan escasa aceptación por parte de los propios pacientes como instrumentos autoaplicados, y necesitan que sean administrados por el clínico en la consulta médica, lo que les resta espontaneidad, naturalidad e, incluso, sinceridad en su respuesta. Por otro lado, la sobrecarga asistencial provoca que el tiempo dedicado en las consultas a explorar la sexualidad del paciente sea muy limitado, por lo que, utilizar una herramienta de cribado para la DE que requiere un tiempo añadido para su aplicación dificulta su aceptabilidad por parte del colectivo médico.

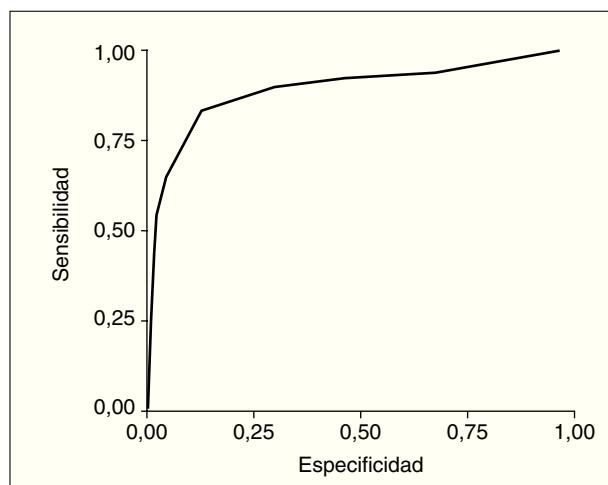


Figura 1. Análisis de curvas ROC para un valor de corte de sospecha de disfunción eréctil menor de 8 puntos en la puntuación de la dimensión satisfacción con la vida afectiva (ítem 2 más ítem 3) del cuestionario LISAT 8, en el que se muestran los valores de sensibilidad y 1-especificidad para el evento presencia de disfunción eréctil. Área bajo la curva; 0,892 (IC 95%; 0,854-0,931, $p < 0,0001$).

Tabla 6. Propiedades clinimétricas de validez y fiabilidad para detección de Disfunción Eréctil, de la dimensión Satisfacción con la Vida Afectiva de la versión española del cuestionario de satisfacción con la vida LISAT 8 (valor de corte de disfunción eréctil: menor de 8 puntos), según grupo de edad y comorbilidad asociada a la disfunción eréctil. Se muestran los indicadores de sensibilidad, especificidad, valores predictivos, positivo y negativo, razones de probabilidad de una prueba positiva y negativa, coeficiente de acuerdo kappa y área bajo la curva del análisis de curvas ROC para cada subgrupo

Valor de corte en menor de 8 pts de la dimensión Satisfacción con la Vida Afectiva del LISAT 8	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	RPP	RPN	Kappa	ABC
Jóvenes (< 40 años), n= 101	0,84 [38/45]	0,91 [51/56]	0,88 [38/43]	0,88 [51/58]	9,33	0,18	0,758***	0,941***
Maduros (> 40 y < 65 años), n=403	0,84 [304/353]	0,78 [39/50]	0,97 [304/315]	0,44 [39/88]	3,82	0,21	0,483***	0,864***
Mayores (> 65 años), n=146	0,90 [123/137]	0,67 [6/9]	0,98 [123/126]	0,30 [6/20]	1,34	0,15	0,359***	0,713***
Diabetes, n=138	0,94 [115/123]	0,93 [14/15]	0,99 [115/116]	0,64 [14/22]	13,43	0,06	0,721***	0,918***
Hipertensión, n=114	0,82 [80/97]	0,76 [13/17]	0,95 [80/84]	0,43 [13/30]	3,42	0,24	0,448***	0,860***
Dislipidemia, n=51	0,84 [31/37]	0,86 [12/14]	0,94 [31/33]	0,67 [12/18]	6,00	0,19	0,638***	0,883***
Depresión, n=77	0,84 [59/70]	0,57 [4/7]	0,95 [59/62]	0,27 [4/15]	1,95	0,28	0,274**	0,830**
Patología prostática, n=51	0,87 [40/46]	0,20 [1/5]	0,91 [40/44]	0,14 [1/7]	1,09	0,65	0,059	0,457
Sin patología orgánica conocida, n=204#	0,87 [129/148]	0,91 [51/56]	0,96 [129/134]	0,73 [51/70]	9,67	0,14	0,726***	0,943***

RPP: sensibilidad / 100-especificidad; RPN: 100-sensibilidad / especificidad, ***p < 0,001; **p < 0,01; *p < 0,05; VPP: valores predictivos positivos; VPN: valores predictivos negativos; ABC: área bajo la curva en el análisis de curvas ROC; #Incluye sujetos sanos sin disfunción eréctil y pacientes con disfunción de origen psicógena.

Aunque existen otras escalas para valorar la función sexual en el varón, breves y con buenas propiedades psicométricas de medida, todavía no han sido validadas ni adaptadas a español^{22,23}. La existencia de un *check list* de satisfacción con la vida, validado a español y que se ha mostrado aceptable, de forma consistente, en práctica médica habitual como el LISAT 8, nos ha estimulado a explorar la capacidad de este instrumento para ser utilizado como método de cribado o detección de varones con DE^{18,20}.

Los resultados de nuestro estudio demuestran que la versión española del LISAT 8 permite extraer o construir una variable subrogada, el dominio o dimensión Satisfacción con la Vida Afectiva (construido con la suma de los ítems dos y tres del inventario), que presenta buenas propiedades clinimétricas como detector autoadministrado de DE. De esta manera, consideramos que los valores observados para un valor de corte menor de 8 puntos en esta variable subrogada en los parámetros de sensibilidad (0,87), especificidad (0,84), valor predictivo positivo (0,96), valor predictivo negativo (0,58) y razones de probabilidad de una prueba positiva y negativa (5,44 y 0,15, respectivamente) son adecuados para sustentar el uso de esta variable subrogada como instrumento de cribado de varones con DE en nuestro entorno sanitario²⁴⁻²⁶. De hecho, cuando se comprobó la concordancia diagnóstica de esta variable subrogada en la muestra completa de pacientes (2.816) con DE del estudio IDEAP²⁰, se pudo comprobar que un valor de corte de menor de 8 puntos en la dimensión satisfacción con la vida afectiva, sospechoso, por tanto, de DE, se observó en el 87,3% de los pacientes incluidos en el mencionado estudio, manteniéndose esta proporción cuando la muestra completa se separa por grupos de edad, comorbilidad o intensidad de la DE. En este último caso la dimensión satisfacción con la vida del LISAT 8 logra una mayor proporción de pacientes clasificados correctamente entre los pacientes

con DE severa (93,0%), que entre aquellos con disfunción leve (63,5%).

Aunque pueda parecer sorprendente que tan sólo dos preguntas puedan constituir un método de detección precoz, lo cierto es que hay antecedentes en la literatura mundial, incluso en el ámbito de la disfunción eréctil. Así, en el estudio MMAS en el que, entre otras determinaciones, se valoraba la prevalencia de DE en Massachusetts, se utilizó una única pregunta, debidamente validada, para determinar si el paciente sufría o no este trastorno²⁷. En el estudio EDEM, Martín-Morales et al²¹, valorando la prevalencia de DE en España utilizaron dos instrumentos, la misma pregunta que en el MMAS y el cuestionario IIEF, con resultados significativamente diferentes ya que, a juicio de los investigadores de este estudio, o la pregunta infraestimaba la prevalencia real de DE en nuestro medio, o el IIEF sobreestimaba la frecuencia de este trastorno. Sea como fuere, lo cierto es que la detección precoz de DE puede realizarse con instrumentos cortos, tremendamente aceptables en práctica médica habitual, sin distraer al clínico de recursos temporales, pero ayudándole a seleccionar a aquellos sujetos a los que debe someter a una exploración más completa para confirmar y tipificar el diagnóstico de DE.

Dada la factibilidad y fiabilidad del instrumento, observada en el estudio de validación española, no consideramos necesario la administración por separado del dominio afectivo del mismo, ya que la administración completa del instrumento puede proporcionar información relevante al clínico en la práctica médica habitual. En este sentido, cabría señalar que el 58% de los sujetos con diagnóstico asociado de depresión no están satisfechos con la vida en general según respuesta en el LISAT8 (respuesta de insatisfactoria a muy insatisfactoria en la pregunta satisfacción con la vida en general) y contrasta con el 24% que pre-

senta esta misma respuesta en el resto de pacientes con otros diagnósticos principales. Estos resultados son coherentes con lo señalado por otros autores, como Araujo et al²⁸ en el estudio MMAS en el que también encontraron una asociación significativa entre depresión y DE. Por otro lado, uno de los principales problemas con los que se enfrenta el clínico es la introducción del tema sexual y de pareja durante la entrevista clínica, por lo que utilizar el cuestionario LISAT8 completo, facilita el abordaje de la esfera sexual del paciente dentro del manejo global que supone preguntarle acerca de su bienestar y satisfacción global con diferentes aspectos de su vida. Por último, y aunque este instrumento no explora como la DE impacta sobre la calidad de vida, deteriorada en este tipo de pacientes²⁹⁻³², creemos que no debería ser superfluo la exploración de la satisfacción con la vida en pacientes que sufren esta dolencia, particularmente cuando la administración del cuestionario es extremadamente factible y apenas consume tiempo^{6,10,18}.

Limitaciones

Como con cualquier instrumento y en cualquier estudio, los resultados observados en nuestro trabajo adolecen de algunas limitaciones. En primer lugar, la propia construcción de una variable subrogada embebida en el cuestionario LISAT 8, obliga o limita a la administración del instrumento completo, ya que se desconoce si las propiedades métricas comentadas en este trabajo se repetirían cuando se administrase de forma aislada. Conviene en este punto resaltar lo señalado en el párrafo anterior; a saber, que la pertinencia y formulación adecuada de los ítems del LISAT 8 permiten que sea factible, aceptable y sin efecto techo o suelo. Además, la administración de todo el instrumento puede tener utilidad en medicina primaria para detectar otras enfermedades (depresión) o problemas en el ámbito laboral en medicina del trabajo, concomitantes con la DE.

Otra de las limitaciones que merece la pena comentar hace referencia a las diferencias significativas encontradas entre controles y sujetos con DE en edad, consumo de alcohol y frecuencia de diabetes, lo que puede afectar a la satisfacción del sujeto con su vida sexual, de pareja, etc. Es sorprendente una mayor frecuencia de pacientes consumidores de alcohol que no tienen DE. Aunque esto podría explicarse por el hecho de que en el estudio IDEAP la forma de recoger el consumo de alcohol no diferenciaba la intensidad del mismo, por lo que un consumidor moderado o discreto de alcohol ha sido contabilizado de la misma manera que un consumidor intenso. La diferencia de edad encontrada entre controles y pacientes no debería, en principio constituir un artefacto en la interpretación de los resultados, y el hecho de que las propiedades de detección se mantienen cuando la muestra se subdivide en grupos de edad parecen apoyar esta aseveración.

La construcción de esta variable subrogada con el dominio de satisfacción con la vida afectiva se ha realizado de una manera *post-hoc*, ya que el estudio fue diseñado para valorar la efectividad de sildenafil en pacientes con DE y realizar la validación a español del instrumento. Como

consecuencia, no se incluyeron sujetos con otros tipos de trastornos sexuales diferentes a la DE, como eyaculación precoz, anorgasmia, abolición de la libido, etc. entidades que necesariamente deben afectar a la satisfacción del sujeto con la vida y, particularmente, con la vida sexual y relación de pareja. Además, todos los pacientes debían ser sexualmente activos. En este sentido, se debería aclarar que las propiedades de validez y fiabilidad del instrumento como detector de DE son aplicables únicamente a sujetos con deseo sexual activo, no debiéndose utilizar en individuos sin interés sexual.

El instrumento pierde especificidad y valor predictivo negativo conforme la edad del sujeto es mayor. Mientras que mantiene buena sensibilidad y valor predictivo positivo, es decir, detecta verdaderos positivos con alta probabilidad, sin embargo, en los segmentos de edad más avanzada se incrementa la proporción de falsos negativos (sujetos que el cuestionario detecta como sanos, cuando en realidad padecen DE), lo que era esperable dado que en individuos mayores se pueden padecer DE y, por el contrario, estar satisfechos con su vida afectiva; sexual y de pareja, al asociarlo como un trastorno de la edad, con más frecuencia que en sujetos jóvenes, con menor nivel de tolerancia y aceptación de este problema. Aunque en algunos de los grupos comórbidos el instrumento presenta un deterioro de las propiedades de validez y fiabilidad, lo cierto es que el tamaño muestral en estas subpoblaciones era demasiado pequeño como para poder tener esto en consideración, ya que no se diseñó el estudio teniendo en cuenta estas premisas.

Aunque en nuestro estudio, la muestra utilizada ha incluido sujetos sin DE y pacientes con ésta disfunción con intensidad leve, moderada y severa, y con distintas comorbidades, incluido la DE de origen psicógeno, creemos que sería deseable realizar un estudio más amplio de validación del instrumento en el que se puedan analizar las propiedades de validez y fiabilidad como detector de DE autoadministrado en poblaciones con diferentes comorbidades y con grupos de edad más amplios que los incluidos en nuestro estudio.

En conclusión, y a pesar de las limitaciones comentadas, la dimensión Satisfacción con la Vida Afectiva de la versión española del LISAT 8 constituye una variable subrogada que posee propiedades adecuadas para ser utilizado como instrumento de cribado de DE en nuestro entorno sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. López AD. The global Burden of disease. Ginebra: Murray CJL edición; 1996.
2. Impotence. National Institutes of Health. Consensus Statement. 1992;10(4):1-31
3. NIH Consensus development panel on impotence. JAMA. 1993; 279:83-90.
4. Rosen RC. Sexual function assessment in the male: physiological and self-report measures. Int J Impotence Res. 1998; 10 Suppl 2: S59-63.

5. Mathias SD, O'leary MP, Henning JM, Pasta DJ, Fromm S, Rosen RC. A comparison of patient and partner responses to a brief sexual function questionnaire. *J Urol.* 1999;162 (6):1999-2002.
6. Chew KK, Earle CM, Stuckey BG, Jamrozik K, Keogh EJ. Erectile dysfunction in general medicine practice: prevalence and clinical correlates. *Int J Impot Res.* 2000;12(1):41-5.
7. Brotons F, Campos JC, Gosálbes V, Prosper M, Silvestre S. Manejo de la disfunción eréctil en Atención Primaria. *JANO.* 1998; Vol LV 1280:42-50.
8. Rodríguez Vela L. Nuevas perspectivas en el tratamiento de la disfunción eréctil. *Act Urol Esp.* 1998;22(4):273-8.
9. Lue TF. Erectile Dysfunction. *N Engl J Med.* 2000; 342(24):1802-13.
10. Miller TA. Diagnostic evaluation of erectile dysfunction. *Am Fam Physician.* 2000;61(1):95-110.
11. Conte HR. Development and use of self-reported techniques for assessing sexual functioning: a review and critique. *Arch Sex Behav.* 1983;12(6):555-76.
12. Andersen BL, Broffit B. Is there a reliable and valid self-report measure of sexual behavior? *Arch Sex Behav.* 1988;17(6):509-25.
13. Cappelleri JC, Rosen RC, Smith MD, Mishra A, Osterloh IH. Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the International Index of Erectile Function. *Urology.* 1999;54(2):346-51.
14. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh TH, Kirkpatrick J, Mishra A. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology.* 1997;49(6):822-30.
15. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Pena BM. 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. *Intl J Impotence Res.* 1999;11(6):319-26.
16. Fugl-Meyer AR, Bråholm IB, Fugl-Meyer KS. Happiness and domain-specific life satisfaction in adult northern Swedes. *Clin Rehab.* 1991;5:25-33.
17. Fugl-Meyer AR, Lodner G, Bråholm IB, Fugl-Meyer KS. On life satisfaction in male erectile dysfunction. *Int J Impotence Res.* 1997; 9:141-8.
18. Rejas J, Gil de Miguel A, San Isidro C, Palacios G, Carrasco P. Adaptación cultural y validación psicométrica del cuestionario de satisfacción con la vida de Fugl-Meyer -LISAT 8- en población española masculina con disfunción eréctil. *Pharmacoeconomics Sp Res Art.* 2004; en prensa.
19. Conway K, Chaput M, Fugl-Meyer KS, Fugl-Meyer A, Kubin M. Linguistic validation of the Fugl-Meyer Life Satisfaction Checklist (LISAT). 7th Annual Conference of the International Society of Quality of Life, Vancouver 2000. *Quality of Life Research* 2000; 9 (Abstract P-41): pp 319.
20. Gil A, Martínez E, Oyagüez I, Palacios G, Rejas J. Erectile Dysfunction in Primary Care Setting: results of an observational, no-control-group, prospective study with Sildenafil under routine conditions of use. *Int J Impotence Res.* 2001;13:338-47.
21. Martín-Morales A, Sánchez-Cruz JJ, Sáenz de Tejada I, Rodríguez-Vela L, Jiménez-Cruz F, Burgos-Rodríguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: Results of the "Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina" Study. *J Urol.* 2001;166:569-75.
22. Feldman HA, Goldstein I, Hatziclioustou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Construction of a surrogate variable for impotence in the Massachusetts Male Aging Study. *J Clin Epidemiol.* 1994;47:457-67.
23. O'Leary MP, Fowler FJ, Lenderking WR, et al. A brief male sexual function inventory for urology. *Urology.* 1995;46:697-706.
24. Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación aplicados a la Atención Primaria. Mosby/Doyma Libros. Barcelona. 1994; p. 223-27.
25. Browner WS, Newman TB, Cummings SR. Diseño de un nuevo estudio: III. Pruebas diagnósticas. En SB Hulley/SR Cummings Editores. *Diseño de la Investigación Epidemiológica. Un enfoque epidemiológico.* Barcelona: Ediciones Doyma. 1993; p. 97-109.
26. Dawson-Saunders B, Trapp RG. *Basic & Clinical Biostatistics*, second edition, Norwalk, Appleton & Lange. 1994; p. 232-48.
27. Feldman HA, Goldstein I, Hatziclioustou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results from the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol.* 1994;151: 54-61.
28. Araujo AB, Durante R, Feldman HA, Goldstein I, McKinlay JB. The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: cross-sectional results from the Massachusetts Male Aging Study. *Psychosomatic Medicine.* 1998;60:458-65.
29. Sánchez-Cruz JJ, Cabrera-León A, Martín-Morales A, Fernández A, Burgos R, Rejas J. Male Erectile Dysfunction and Health-Related Quality of Life. *Eur Urol.* 2003;44:245-53.
30. Jonler M, Moon T, Brannan W, Stone NN, Heisey D, Bruskewitz RC. The effect of age, ethnicity and geographical location on impotence and quality of life. *Br J Urol.* 1995;75:651-5.
31. Rosen RC. Quality of life assessment in sexual dysfunction trials. *Int J Impotence Res.* 1998;10 Suppl 2:521-3.
32. Althof SE. Quality of life and erectile dysfunction. *Urology.* 2002; 59:803-10.

Anexo: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA LISAT 8

(versión española del *Life Satisfaction checklist* de Fugl-Meyer)

Este cuestionario requiere sus opiniones sobre su grado de Satisfacción con diferentes aspectos de su vida. Le agradeceremos que responda a cada una de las preguntas, rodeando con un círculo la respuesta que más se corresponda con su situación actual.

Sus respuestas serán mantenidas bajo estricta confidencialidad

¿Cómo son de satisfactorios estos diferentes aspectos de su vida?

Rodee con un círculo la casilla que mejor defina su situación actual

Mi vida en general es	1	2	3	4	5	6
Mi vida sexual es	1	2	3	4	5	6
Mi relación de pareja es	1	2	3	4	5	6
Mi vida familiar es	1	2	3	4	5	6
La relación con mis amigos y conocidos es . . .	1	2	3	4	5	6
Mi vida de ocio es	1	2	3	4	5	6
Mi situación laboral es	1	2	3	4	5	6
Mi situación económica es	1	2	3	4	5	6

1 = Muy insatisfactoria, 2 = Insatisfactoria, 3 = Un poco insatisfactoria,

4 = Un poco satisfactoria, 5 = Satisfactoria, 6 = Muy satisfactoria.

Gracias por dedicar su tiempo a responder a estas preguntas.