

Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM)

F. Sánchez^a, M. Pérez Conchillo^b, J.J. Borrás Valls^c, O. Gómez Llorens^d, J. Aznar Vicente^e y A. Caballero Martín de las Mulas^c

Objetivo. Diseñar y validar un cuestionario autoadministrado evaluador de la función sexual en la mujer.

Diseño. Estudio transversal y multicéntrico.

Emplazamiento. Atención primaria. Realizado en 9 centros sanitarios de la Comunidad Valenciana.

Participantes. Mujeres sin riesgo de disfunción sexual, seleccionadas por muestreo consecutivo. Muestra inicial: 600; muestra válida: 212.

Intervenciones. Diseño del cuestionario, de 14 preguntas a cumplimentar en 5-10 min, por un comité de expertos. Las participantes lo realizan en 2 ocasiones (test y retest) con un intervalo de 4 semanas. Evaluación diagnóstica por un comité de observadores.

Mediciones principales. Fiabilidad entre preguntas de test y retest: *a*) una a una, mediante análisis de concordancia con índice kappa. Variaciones significativas mediante la prueba de la χ^2 de bondad de ajuste; *b*) de las sumas de respuestas: comparación de medias (Wilcoxon) y posterior análisis mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI).

La consistencia interna se determinó con el α de Cronbach y para la validez de contenidos se consideraron el consenso de expertos, la correlación interobservadores (CCI) y el análisis factorial.

Resultados. Fiabilidad entre preguntas una a una: kappa = 0,597-0,743; χ^2 no significativa. Fiabilidad entre sumas totales (Wilcoxon): no significativa ($z = -0,312$; $p = 0,755$) (confianza del 95%).

CCI: $r = 0,9587$ (intervalo de confianza del 95%, 0,9460-0,9685), correlación significativa (confianza del 99%).

Consistencia interna: α de Cronbach en el test de 0,8954 y en el retest de 0,8973.

Correlación interobservadores (CCI): $r = 0,9498$ (intervalo de confianza del 95%, 0,9386-0,9611), significativa (confianza del 99%).

Análisis factorial: agrupaciones de los ítems 9, 13 y 14; 1, 2, 3 y 10; 5, 6, 7 y 8.

Conclusiones. El cuestionario es estable, válido y fiable. Evalúa las fases de la respuesta sexual, la iniciativa y el grado de comunicación sexual. Recoge datos descriptivos acerca del desempeño sexual y resulta útil en la exploración y el diagnóstico de las disfunciones sexuales.

Palabras clave: Disfunción sexual. Mujer. Cuestionario. Evaluación. Diagnóstico.

DESIGN AND VALIDATION OF THE QUESTIONNAIRE ON WOMEN'S SEXUAL FUNCTION (WSF)

Objective. To design and validate a self-administered questionnaire to evaluate sexual function in women.

Design. Cross-sectional, multi-centre study.

Setting. Primary care, in 9 health centres of the Community of Valencia.

Participants. Women not at risk of sexual dysfunction, selected by consecutive sampling. Initial sample 600, valid sample 212.

Interventions. Questionnaire of 14 questions to be filled out in 5-10 minutes, designed by a committee of experts. The participants filled it out on two occasions (test and retest) with an interval of 4 weeks. Diagnostic assessment by a committee of observers.

Main measurements. Reliability between test and retest questions:

- One to one: analysis of concordance: kappa index. Significant variations: χ^2 goodness of fit.

- On the sum of replies: comparison of means (Wilcoxon) and subsequent analysis: intra-class correlation coefficient (ICC).

Internal consistency: Cronbach's alpha.

Validity of contents: consensus of experts.

Inter-observer correlation: ICC and factor analysis.

Results. Reliability: one to one: Kappa from 0.597 to 0.743. χ^2 not significant (ns).

Between total sums (Wilcoxon), ns

($z = -0.312$, $P = .755$) (95% confidence). ICC:

$r = 0.9587$ (95% CI, 0.9460-0.9685),

significant correlation (99% confidence).

Internal consistency: Cronbach's alpha test:

0.8954, retest: 0.8973. Inter-observer

correlation: ICC: $r = 0.9498$ (CI, 0.9386-

0.9611) significant (confidence 99%). Factor

analysis: groupings of items 9, 13, 14; 1, 2, 3,

10; 5, 6, 7, 8.

Conclusions. The questionnaire is stable, valid and reliable. It evaluates the stages of sexual response, initiative and degree of sexual communication. It collects data on sexual performance. It is useful for exploring and diagnosing sexual dysfunction.

Key words: Sexual dysfunction. Women.

Questionnaire. Evaluation. Diagnosis.

^aEspecialista en MFyC. Doctor en Medicina. Centro de Salud de Rotglá. Valencia. España.

^bDoctora en Psicología. Instituto Espill de Sexología, Psicología y Medicina. Valencia. España.

^cEspecialista en MFyC. Doctor en Medicina. Instituto Espill de Sexología, Psicología y Medicina. Valencia. España.

^dDoctora en Psicología. Instituto Espill de Sexología, Psicología y Medicina. Valencia. España.

^eDoctor en Bioquímica. SIIC SL. Valencia. España.

^fClínica de La Costera. Xàtiva. Valencia. España.

Estudio independiente financiado totalmente por los autores y colaboradores voluntarios. No existe la posibilidad de conflictos de intereses derivados de la publicación de este trabajo. El cuestionario y sus resultados no se han presentado hasta el momento en ningún acto científico.

Correspondencia: Froilán Sánchez. Maulets, 3, 8.º 16. 46800 Xàtiva. Valencia. España.

Correo electrónico: fsanchezs@semergen.es

Manuscrito recibido el 14 de noviembre de 2003. Manuscrito aceptado para su publicación el 21 de abril de 2004.

Introducción

Una vida sexual sana reporta numerosos beneficios y puede ser un factor predictivo de longevidad¹. Las disfunciones sexuales (DS), que afectan a un gran número de personas^{2,3}, suponen una merma en la calidad de vida^{4,5} y con frecuencia son un tema tabú durante la entrevista clínica⁶. Los cuestionarios autocumplimentados pueden salvar esa barrera y facilitar el diagnóstico⁷. Se cuenta con varios que evalúan la respuesta sexual del varón^{8,9}. Sin embargo, para la mujer¹⁰ ofrecen una evaluación sólo parcial, y son muy escasos y poco accesibles a los médicos de familia (MF) los validados en castellano.

Nuestro objetivo ha sido diseñar y validar un cuestionario autoadministrado que facilite el diagnóstico de las DS más prevalentes en la mujer mediante: a) la evaluación tanto de las fases de su respuesta sexual –criterios de la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV)– como de aspectos «relacionales» importantes (iniciativa y grado de comunicación sexual), y b) la recogida de datos descriptivos que lo optimicen y eviten distorsiones diagnósticas.

Material y métodos

Estudio transversal y multicéntrico en el que se ha incluido a mujeres de 18 a 65 años, residentes en la Comunidad Valenciana. Se ha excluido a aquellas con procesos de reconocida influencia en la función sexual, como diabetes, depresión y/o ansiedad grave, tratadas con bloqueadores beta, diuréticos tiazídicos, antidepresivos, tioridazina, hormonas masculinas o femeninas, enfermedad concomitante grave (insuficiencia cardíaca congestiva, neoplasias, inmunodepresión, hepáticas, renales), accidente cerebrovascular o infarto agudo de miocardio reciente (4 últimos meses), alcoholismo/drogadicción, embarazo y otros factores de índole mental o social a juicio del investigador.

Selección de la muestra

Por muestreo consecutivo entre las mujeres que acudieron a 7 consultas de MF, 6 de enfermería y 4 de psicología en 9 centros sanitarios, que participaron de modo voluntario en el estudio tras conocer sus detalles por información del encuestador y lectura de hoja informativa. Cada uno de los 17 encuestadores, que había recibido entrenamiento y un protocolo de actuación, seleccionó de 30 a 40 mujeres, asegurándose que cada una tuviera capacidad suficiente de lectura, comprensión y respuesta. De

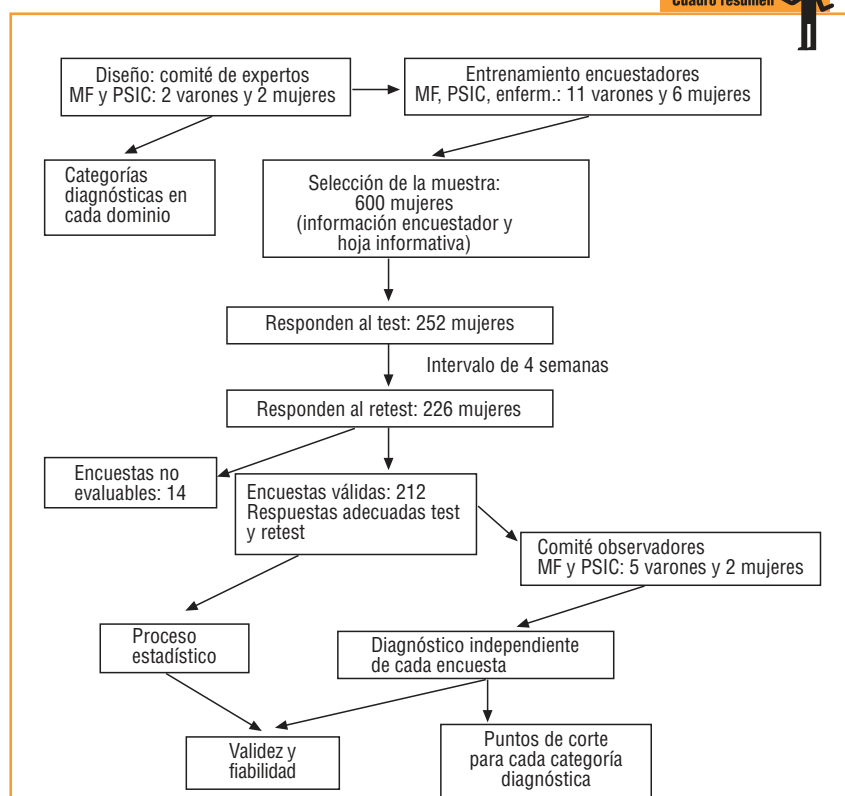
acuerdo con los estudios publicados sobre la prevalencia de DS femenina^{2,3}, la muestra mínima necesaria para su medida en la Comunidad Valenciana se fijó en 265 (prevalencia estimada del 41-43%, imprecisión del 6%; $\alpha = 0,05$; número: 1.500.000) esperando alcanzarla con la selección inicial de 600 mujeres.

Intervenciones realizadas

1. Diseño del cuestionario por un comité de expertos, formado por MF y psicólogos clínicos (2 mujeres y 2 varones) con formación y experiencia en sexología, que acordó 2 tipos de dominios: evaluadores de actividad sexual (DEAS) y descriptivos, así como los ítems que les caracterizan (tabla 1) y las categorías diagnósticas en cada DEAS: trastorno grave, moderado y sin trastorno.

2. Los encuestadores convocaron a su grupo a una primera reunión en la que aclararon dudas y facilitaron el test, para el que solicitaron la autoasignación de un código secreto (iniciales, seguidas del día de nacimiento), y acordaron su devolución, una vez cumplimentado, en 48 h. Se recogieron 252 tests de los 600 repartidos y se citó a las mujeres, en el momento de la devolución, a una segunda reunión 4 semanas después de la primera en el mismo lugar.

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Pasos en el proceso de diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). Estudio transversal y multicéntrico en atención primaria. MF: médico de familia; PC: psicólogo clínico.

3. Segunda reunión y entrega del retest, asignando el mismo código y acordando su devolución en 48 h. Se recogieron 226 retests, de los cuales no fueron evaluables: 2 por constar sólo el retest (pérdida del test), 10 por indicar «no haber tenido actividad sexual» (en el test, en el retest o en ambos) y 2 por que alguna pregunta no había sido respondida. El número de encuestas válidas fue, pues, de 212.

4. Cada uno de los miembros de un comité de observadores constituido por MF y psicólogos clínicos (5 mujeres y 2 varones) con formación y experiencia en sexología, diagnosticó según su criterio, a partir de la puntuación alcanzada por cada encuesta, los DEAS en todas, y se determinó por correlación entre ellos los valores o puntos de corte que permitirían asignar a cada DEAS una de las categorías diagnósticas acordadas por el comité de expertos.

Selección de los ítems

A partir de un alto número de ítems previo (promedio de 6 por dominio) se realizó una prueba piloto con 20 voluntarias. Tras su evaluación, se adoptaron 14 ítems y uno alternativo, el 7b (en caso de no responderse al ítem 7). Fueron condiciones para su diseño que se pudiese aplicar a mujeres con actividad sexual en pareja o individual, de cualquier edad y orientación sexual.

Características del cuestionario de Función Sexual de la Mujer: FSM (anexo 1)

Se trata de un cuestionario autoadministrado, de 14 preguntas cerradas y una alternativa, que se responden mediante una escala Likert de 5 valores y se integran en dominios. Las incluidas en los DEAS puntúan de 1 a 5. Las de los dominios descriptivos no tienen valor cuantitativo y ayudan a reconocer cuestiones importantes en todas las encuestas (frecuencia sexual, existencia de pareja) y en algunas esenciales para el diagnóstico de DS en la encuestada o su pareja sexual (casos de respuesta al ítem 7b).

Análisis y pruebas estadísticas utilizadas

Se realizó un análisis estadístico sobre los DEAS cuyo valor porcentual oscilaba en cada uno de 0 (máxima DS) a 100 (sin DS). Se analizó la fiabilidad.

Fiabilidad test-retest:

1. La fiabilidad test-retest entre las preguntas una a una se determinó mediante el análisis de concordancia con índice kappa. Las variaciones significativas por comparación de frecuencias se analizaron mediante la prueba de la χ^2 de bondad de ajuste. -La fiabilidad test-retest entre las sumas totales de respuestas se determinó mediante comparación de medias (previo análisis de normalidad de distribución con la prueba de Kolmogorov-Smirnov) con la prueba de la t de Student para datos apareados (para distribución normal) o su alternativa paramétrica (Wilcoxon). Posteriormente se realizó un análisis con coeficiente de correlación intraclase (CCI).

2. Análisis de la consistencia interna: α de Cronbach.

3. Para la validez de contenidos se consideraron el consenso de expertos, la correlación interobservadores (CCI) y el análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax.

TABLA 1 Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM), dominios e ítems que lo integran

| Dominios | Ítems | Evaluación |
|-------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------|
| Evaluadores de la actividad sexual | | |
| Deseo | 1, 2, 4 | Respuesta sexual |
| Excitación | 3, 4, 5 | |
| Lubricación | 5 | |
| Orgasmo | 9 | |
| Satisfacción de la actividad sexual | 9, 13 | |
| Satisfacción sexual general | 14 | |
| Problemas con la penetración vaginal | 6, 7a, 8 | Otras posibles disfunciones sexuales |
| Ansiedad anticipatoria | 8 | |
| Iniciativa sexual | 10 | Aspectos relacionales de la actividad sexual |
| Grado de comunicación sexual ^a | 11 | |
| Descriptivos | | |
| Actividad sexual sin penetración vaginal ^b | 7b | Describe sus diferentes causas |
| Frecuencia de actividad sexual | 12 | |
| Existencia o no de pareja sexual | 11 | |

^aNo evaluable si la opción elegida por la mujer fuese «No tengo pareja».

^bA considerar sólo cuando haya respuesta a la pregunta 7b.

Resultados

Las características sociodemográficas de la muestra se recogen en la tabla 2.

Análisis de la fiabilidad

En cuanto a la fiabilidad test-retest: *a*) entre preguntas (tabla 3), en el índice kappa la concordancia mínima fue de 0,597 y la máxima de 0,743. La χ^2 no fue significativa, y *b*) entre las sumas totales, la puntuación media del test y retest fue de $52,82 \pm 9,92$ (intervalo de confianza [IC] del 95%, 51,46-54,19) y de $52,92 \pm 9,83$ (IC del 95%, 51,57-54,27), respectivamente. La prueba de Kolmogorov-Smirnov significativa: sin distribución normal (la prueba de la t de Student no era aplicable). El test de Wilcoxon: $z = -0,312$; $p = 0,755$, no significativa, por lo que las medias no eran distintas de forma significativa (confianza del 95%). En cuanto a la correlación entre test y retest (CCI): $r = 0,9587$ (IC del 95%, 0,9460-0,9685), correlación significativa (confianza del 99%).

Por lo que se refiere a la consistencia interna (tabla 4), el α de Cronbach (212 casos, 14 ítems) del test fue de 0,8954, y del retest, de 0,8973

Validez de contenidos

En cuanto a la correlación interobservadores, el CCI en cada DEAS (tabla 5) demostró un acuerdo muy alto (absoluto en lubricación y grado de comunicación). En el análisis factorial (rotación Varimax; tabla 6), los ítems se agru-

TABLA 2 Características sociodemográficas de la muestra

| | Frecuencia (%) |
|-------------------------|----------------|
| Edad (años)* | |
| < 25 | 21 (9,9) |
| 26-35 | 47 (22,2) |
| 36-45 | 65 (30,7) |
| 46-55 | 60 (28,3) |
| 56-65 | 17 (8,0) |
| > 65 | 2 (0,9) |
| Profesiones | |
| Ama de casa | 62 (29,3) |
| Estudiante | 17 (8,0) |
| Personal de enseñanza | 9 (4,2) |
| Personal sanitario | 59 (27,8) |
| Sector servicios | 56 (26,4) |
| Trabajadora industrial | 8 (3,8) |
| Trabajadora agrícola | 1 (0,5) |
| Nivel de estudios | |
| Analfabetismo | 0 (0) |
| Sin estudios | 11 (5,2) |
| Elementales | 79 (37,3) |
| Medios | 57 (26,9) |
| Superiores | 65 (30,7) |
| Municipio de residencia | |
| < 5.000 habitantes | 41 (19,3) |
| ≥ 5.000 habitantes | 171 (80,7) |

*La edad media de la muestra es de 40,58 ± 10,93 años (intervalo de confianza del 95%, 39,10-42,06).

TABLA 3 Índice kappa y valores de χ^2 de bondad de ajuste (4 grados de libertad) entre las preguntas del test y el retest

| Ítems | Kappa | χ^2 (valor de p) |
|--------|-------|-----------------------|
| FSM 1 | 0,686 | 1,068 (0,899) |
| FSM 2 | 0,648 | 0,933 (0,920) |
| FSM 3 | 0,662 | 4,240 (0,374) |
| FSM 4 | 0,631 | 0,662 (0,956) |
| FSM 5 | 0,719 | 4,084 (0,395) |
| FSM 6 | 0,597 | 0,364 (0,985) |
| FSM 7 | 0,728 | 0,758 (0,944) |
| FSM 8 | 0,662 | 0,923 (0,921) |
| FSM 9 | 0,654 | 3,248 (0,517) |
| FSM 10 | 0,741 | 3,417 (0,491) |
| FSM 11 | 0,673 | 4,963 (0,420) |
| FSM 12 | 0,704 | 2,154 (0,708) |
| FSM 13 | 0,741 | 1,511 (0,825) |
| FSM 14 | 0,743 | 1,077 (0,898) |

TABLA 4 Consistencia interna (α de Cronbach) del cuestionario de Función Sexual de la Mujer

| Domínios evaluadores de actividad sexual | Ítems | Test | Retest |
|------------------------------------------|-----------|--------|--------|
| Global | 14 ítems | 0,8954 | 0,8973 |
| Deseo | 1, 2 y 4 | 0,6968 | 0,7071 |
| Excitación | 3, 4 y 5 | 0,7963 | 0,8290 |
| Lubricación | 5 | - | - |
| Orgasmo | 9 | - | - |
| Satisfacción de la actividad sexual | 9, 13 | - | - |
| Satisfacción sexual general | 14 | - | - |
| Problemas en la penetración | 6, 7a y 8 | 0,7960 | 0,8084 |
| Ansiedad anticipatoria | 8 | - | - |
| Iniciativa sexual | 10 | - | - |
| Comunicación sexual | 11 | - | - |

paron en 3 factores o componentes, que explican el 62,13% de la variabilidad: ítems 9, 13 y 14; ítems 1, 2, 3, 10, e ítems 5, 6, 7 y 8.

Discusión

Los MF estamos en buena situación para abordar los problemas sexuales¹¹, y entre nuestras competencias¹² está velar por la salud sexual, como recomienda la Organización Mundial de la Salud. Se han publicado numerosos estudios –más en varones que en mujeres– que se han propuesto conocer la influencia sobre la sexualidad de enfermedades¹³⁻¹⁵, fármacos^{16,17}, etc.

Una muestra de 212 mujeres sin enfermedad concomitante que pudiese influir en su respuesta sexual parece suficiente para evaluar el cuestionario, y el número de ítems también lo es para alcanzar sus objetivos diagnósticos.

Como limitaciones del estudio referiremos que el número de encuestas válidas (212) ha sido pequeño y la tasa de mujeres que respondieron al test, baja (42%), aunque no tanto si consideramos las connotaciones que tiene cualquier consulta de esta índole. No obstante, este dato es difícil de comparar pues son pocos los estudios que lo contemplan¹⁸. La respuesta negativa a la pregunta llave inicial (4,7%) podría corresponder, en ciertos casos, a mujeres que presentan DS. Podría también haber problemas de comprensión de preguntas; para obviarlos intentamos que resultasen sencillas y claras, y nos aseguramos en cada encuestada de la comprensión y fluidez de respuesta. El período de 4 semanas de intervalo entre el test y el retest, con la limitación del posible recuerdo, permitió obtener una tasa de repetición (retest) alta (89%), y se eligió porque coincide con la duración del ciclo menstrual, por lo que las mujeres estarían en similar estado hormonal en el momento de cumplimentar ambos test.

El resultado del análisis factorial confirma la bondad de la propuesta del comité de expertos en la selección de los ítems que caracterizan los dominios, con agrupación de los que integran los dominios de deseo-excitación-iniciativa sexual, satisfacción-orgasmo y problemas con la penetración, es decir, de aquellos dominios que en el cuestionario están caracterizados por varios ítems. Los ítems de los dominios descriptivos no se agrupan ni con otros ni entre sí. Por los resultados obtenidos se ha demostrado que el cuestionario está bien estructurado, es estable y los individuos responden lo mismo con pequeñas variaciones en el test y en el retest, por lo que es fiable y válido.

En relación con otros cuestionarios diseñados para evaluar la función sexual de la mujer, del FSM cabe destacar: su ajustado número de preguntas y tiempo de cumplimentación (5-10 min), en contraste con otros globales¹⁹; su fidelidad en la evaluación de las fases de la respuesta sexual (criterios DSM-IV), algo que otros no logran por la época en que se diseñaron²⁰, por valorar sólo alguna fase^{21,22} o por su reducido número de ítems²³; su capacidad para evaluar a mujeres con actividad sexual en pareja o individual, sea cual sea su orientación sexual, lo cual es infrecuente²⁴; el hecho de que su objetivo principal sea diagnóstico, cuando para otros es evaluar efectos sobre la sexualidad femenina de enfermedades, fármacos, psicofármacos y tratamientos para la DS, caso del CSFQ (Change in Sexual Functioning Questionnaire)²⁵, SFQ-V1 (Sexual Function Questionnaire)²⁴, S4²⁶ e IFSF²⁷; su capacidad de aproximación diagnóstica al discriminar entre un mayor número de dominios y DS; la pregunta alternativa 7b, aunque útil sólo en unos pocos casos (6 en nuestro estudio), le confiere mayor potencia diagnóstica, evita distorsiones y propicia la búsqueda de DS en la pareja; su adaptación al entorno cultural y su validación en castellano, a diferencia de cuestionarios de estructura similar, como el FSFI (Female Sexual Function Index)²⁸, BSIF-W (Brief Index of Sexual Functioning for Women)²⁹ y SFQ-V1, y por último, su procedencia y utilidad (la atención primaria de salud).

Creemos que utilizado correctamente será un instrumento útil para el MF y otros profesionales de la salud. El hecho de que la mujer pueda administrarse el cuestionario favorece su sinceridad al preservar su intimidad y permite una exhaustiva exploración de su esfera sexual en un corto espacio de tiempo, lo cual es de ayuda en la práctica diaria. No obstante, a pesar de sus bondades, ningún cuestionario

TABLA 5 Correlación interobservadores –valores del coeficiente de correlación intraclass (límites inferior y superior)–, media ± desviación estándar (DE) e intervalos de confianza (IC) del 95% (n = 212)

| DEAS | Límite inferior | Límite superior | Media ± DE | IC del 95% |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|---------------|
| Deseo sexual | 0,7164 | 1,0000 | 0,8642 ± 0,1054 | 0,8162-0,9122 |
| Excitación | 0,6473 | 1,0000 | 0,8623 ± 0,1227 | 0,8064-0,9181 |
| Lubricación | 1,0000* | 1,0000 | 1,0000 ± 0,0000 | Constante |
| Orgasmo | 0,8973 | 1,0000 | 0,9714 ± 0,0371 | 0,9545-0,9883 |
| Satisfacción de la actividad sexual | 0,7421 | 1,0000 | 0,9190 ± 0,0991 | 0,8739-0,9641 |
| Satisfacción sexual general | 0,9843 | 1,0000 | 0,9955 ± 0,0073 | 0,9922-0,9988 |
| Problemas en la penetración | 0,7877 | 1,0000 | 0,9133 ± 0,0685 | 0,8821-0,9444 |
| Ansiedad anticipatoria | 0,9154 | 1,0000 | 0,9764 ± 0,0307 | 0,9624-0,9903 |
| Iniciativa sexual | 0,9880 | 1,0000 | 0,9967 ± 0,0038 | 0,9950-0,9984 |
| Comunicación sexual | 1,0000* | 1,0000 | 1,0000 ± 0,0000 | Constante |
| Valores globales | 0,6473 | 1,0000 | 0,9498 ± 0,08312 | 0,9386-0,9611 |

DEAS: dominios evaluadores de la actividad sexual.

*El valor 1,0 para mínimo y máximo en un dominio indica acuerdo absoluto entre los 7 observadores.

TABLA 6 Análisis factorial: componentes principales con rotación Varimax

| Ítems | Componentes | | |
|--------|-------------|--------|-------|
| | 1 | 2 | 3 |
| FSM 1 | -0,047 | 0,793 | 0,128 |
| FSM 2 | 0,154 | 0,814 | 0,115 |
| FSM 3 | 0,455 | 0,603 | 0,250 |
| FSM 4 | 0,461 | 0,465 | 0,309 |
| FSM 5 | 0,327 | 0,334 | 0,632 |
| FSM 6 | 0,066 | 0,219 | 0,775 |
| FSM 7 | 0,323 | 0,209 | 0,755 |
| FSM 8 | 0,225 | 0,024 | 0,822 |
| FSM 9 | 0,845 | -0,072 | 0,121 |
| FSM 10 | 0,237 | 0,633 | 0,286 |
| FSM 11 | 0,402 | 0,290 | 0,176 |
| FSM 12 | 0,392 | 0,529 | 0,066 |
| FSM 13 | 0,796 | 0,200 | 0,296 |
| FSM 14 | 0,748 | 0,291 | 0,300 |

Porcentaje de variabilidad total explicado: 62,136.

debe sustituir nunca a una buena entrevista clínica³⁰ y, una vez realizada la aproximación diagnóstica, será aquella, junto a las pruebas complementarias, lo que nos conducirá al diagnóstico definitivo de la DS.

Está previsto continuar este proceso de validación con la realización de estudios comparativos con otros instrumentos psicométricos y en situaciones de riesgo de DS, y se están modificando algunos aspectos del cuestionario a fin de minimizar el porcentaje de encuestadas que no contestan e

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- Las disfunciones sexuales son muy prevalentes, afectan a numerosas personas y a veces los problemas de comunicación entre el médico de familia (MF) y el paciente dificultan su diagnóstico.
- Los cuestionarios autocumplimentados son instrumentos de apoyo que pueden facilitarlos.
- Hay escasos cuestionarios autocumplimentados dirigidos a la mujer validados en castellano, no proceden de la atención primaria y son poco accesibles para el MF.

Qué aporta este estudio

- Se presenta el cuestionario FSM, autoadministrado, con 14 preguntas y cumplimentación rápida (5-10 min), que ha demostrado su validez y fiabilidad.
- En su diseño el objetivo principal ha sido facilitar al MF el diagnóstico de las disfunciones sexuales más prevalentes en la mujer.
- Adaptado al entorno cultural de donde procede (la atención primaria de nuestro medio) y validado en castellano, se considera útil y accesible al MF.

identificar los motivos de respuesta negativa a la pregunta llave, grupos en los que es previsible un alto índice de DS.

Agradecimiento

No se puede realizar un estudio de estas características sin la colaboración de profesionales ilusionados. Nuestro agradecimiento a: Isabel Añó, Amparo Iznajar, Blanca Rovira, Francisca Molero y Francisco Martínez por su esfuerzo en la corrección de los cuestionarios, y a los entrevistadores Vicente Iváñez, Anafé Ríos, Concha Ferrer, Anne Lanier, Ramón Ros, M. Luisa Rosado, Ana López, Mercedes Castelló, Federico Esteve, Aida Cuenca, M. Àngels Tejedor, Rubén Solves y Miguel A. García.

Bibliografía

1. Palmore E. Predictors of the longevity difference: a 25-year follow-up. *Gerontologist* 1982;22:513-8.
2. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537-44.
3. Dunn KM, Crift PR, Hackett GI. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Fam Pract* 1998;15:519-24.
4. Pérez Conchillo M, Borrás Valls JJ. Sexo a la fuerza. Madrid: Aguilar, 1996.
5. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F. Incidence of sexual dysfunction associated to different antidepressant agents. A 5-year prospective and multicentric study in 1022 patients. *J Clin Psychiatry* 2001;62:10-21.
6. Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. *BMJ* 2003;327:409-10.
7. Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 2.ª ed. Madrid: Ediciones Harcourt, S.A., 2000.
8. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997;49:822-30.
9. Montejo AL, García 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 la Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:141-50.
10. López-Ibor JJ, Valdés M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson, 2002.
11. Fernández M, Palancar JL, Tejero I, Jara J, Sánchez MD, Benito R, et al. Impotencia en diabéticos: detección de prevalencia e implicaciones sociosanitarias. *Aten Primaria* 1997;20:435-9.
12. Sánchez-Froilán S. La disfunción eréctil y otros trastornos sexuales en la consulta del médico de familia: ¡asumamos nuestro compromiso! *Semergen* 2003;29:227-9.
13. Martín-Morales A, Sánchez-Cruz JF, Sáenz de Tejada I, Rodríguez AL, Jiménez-Cruz JF, 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.
14. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou 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.
15. López-Merino V, Sánchez-Froilán S. Sexualidad en pacientes que han sufrido un infarto. *Semergen* 2001;27:516-21.
16. Sánchez-Froilán S, Albelda R, Mir J, García MA, Solves R, Montejo AL. Utilidad de sildenafil en el tratamiento de la disfunción eréctil secundaria a antidepressivos. *Aten Primaria* 2003;32:607-8.
17. Arias F, Padín JJ, Rivas MT, Sánchez A. Disfunciones sexuales inducidas por los inhibidores de la recaptación de serotonina. *Aten Primaria* 2000;15:389-94.
18. Costa P, Avances C, Wagner L. Erectile dysfunction: knowledge, wishes and attitudes. Results of a French study of 5,099 men aged 17 to 70. *Prog Urol* 2003;13:85-91.
19. Derogatis LR, Meyer JK, Dupkin CN. Discrimination of organic versus psychogenic impotence with the DSFI. *J Sex Marital Ther* 1976;2:229-40.
20. Rust J, Golombok S. The GRIS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behav* 1986;15:157-65.
21. Hoon EF, Joon PW, Wincze JP. An inventory for the measurement of female sexual arousal: the SAI. *Arch Sex Behav* 1976;5:269-74.
22. Aluja A, Torrubia R, Gallart S. Validación española del autoinforme de ansiedad y excitación sexual ampliado (SAI-E). *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* 1990;17:252-68.

23. McGahuey CA, Gelengerg 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, EE.UU. Washington: American Psychiatric Association, 1997.

24. Quirk FH, Heiman JR, Rosen RC, Laan E, Smith MD, Boolell M. Development of a Sexual Function Questionnaire for clinical trial of female sexual dysfunction. Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine 2002;11:277-89.

25. 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). J Sex Marital Ther 2000;26:119-31.

26. Salerian AJ, Deibler WE, Vittone BJ, Geyer SP, Drell L, Mirmirani N, et al. Sildenafil for psychotropic-induced sexual dysfunction in 31 women and 61 men. J Sex Marital Ther 2000;26:133-40.

27. Kaplan SA, Reis RB, Kohn IJ, Ikeguchi EF, Laor E, Te AE, et al. Safety and efficacy of sildenafil in postmenopausal women with sexual dysfunction. Urology 1999;53:481-6.

28. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI). A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther 2000;26:191-208.

29. 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; 23:627-43.

30. Rudebeck CE. Empatía corporal en el diálogo clínico. Libro de Ponencias del XIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 1994; p. 125-7.

ANEXO 1 **Cuestionario de Función Sexual de la Mujer: FSM[®]**

Iniciales: _____ Fecha de nacimiento: _____

Profesión: _____

Estudios: _____ Fecha de cumplimentación: _____

Pregunta llave: ¿Ha tenido usted actividad sexual durante las últimas 4 semanas?

(Nota informativa. La actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación, etc.)

Sí No

Si la respuesta es «Sí», cumplimente el cuestionario de función sexual marcando, en cada pregunta, sólo una casilla.

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes, etc.) relacionadas con actividades sexuales?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre-siempre (5)

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre-siempre (5)

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿le ha resultado fácil excitarse sexualmente?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre-siempre (5)

4. En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado, ¿ha sentido excitación sexual? (Por ejemplo, sensación de «ponerse en marcha», deseo de «avanzar más» en la actividad sexual.)

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre-siempre (5)

**ANEXO
1****Cuestionario de Función Sexual
de la Mujer: FSM® (continuación)**

5. Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente, ¿notó humedad y/o lubricación vaginal?

Nunca (1)

Raramente (2)

A veces (3)

A menudo (4)

Casi siempre-siempre (5)

6. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en la vagina y/o zona genital, ¿ha sentido dolor?

Casi siempre-siempre (1)

A menudo (2)

A veces (3)

Raramente (4)

Nunca (5)

7a. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto, etc.) ¿podía realizarse con facilidad? (Instrucciones: no debe contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar, responda la pregunta 7b.)

Nunca (1)

Raramente (2)

A veces (3)

A menudo (4)

Casi siempre-siempre (5)

7b. ¿Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas? (Instrucciones: cumplimente esta pregunta sólo si no ha contestado a la anterior —pregunta 7a—).

Por sentir dolor (a)

Por miedo a la penetración (b)

Por falta de interés para la penetración vaginal (c)

No tener pareja sexual (d)

Incapacidad para la penetración por parte de su pareja (e)

8. Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual, ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad...?

Casi siempre-siempre (1)

A menudo (2)

A veces (3)

Raramente (4)

Nunca (5)

9. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?

Nunca (1)

Raramente (2)

A veces (3)

A menudo (4)

Casi siempre-siempre (5)

10. En las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona? (Nota informativa: el término «con otra persona» se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.)

Nunca (1)

Raramente (2)

A veces (3)

A menudo (4)

Casi siempre-siempre (5)

**ANEXO
1****Cuestionario de Función Sexual
de la Mujer: FSM®(continuación)**

11. Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?

Nunca (1)

Raramente (2)

A veces (3)

A menudo (4)

Casi siempre-siempre (5)

No tengo pareja (0)

12. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha tenido actividad sexual?

1-2 veces (1)

De 3 a 4 veces (2)

De 5 a 8 veces (3)

De 9 a 12 veces (4)

Más de 12 veces (5)

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual?

Nunca (1)

Raramente (2)

A veces (3)

A menudo (4)

Casi siempre-siempre (5)

14. En general, en relación con su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha?

Muy insatisfecha (1)

Bastante insatisfecha (2)

Ni satisfecha ni insatisfecha (3)

Bastante satisfecha (4)

Muy satisfecha (5)

Los médicos y profesionales de la salud interesados en utilizar el cuestionario FSM pueden ponerse en contacto con el Dr. Froilán Sánchez, que les facilitará las «Instrucciones de uso y puntos de corte».

Contacto por correo electrónico: fsanchezs@semergen.es