



---

# ALTERACIONES EN LA ESFERA SEXUAL EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

---

Trabajo Final de Grado - Grado Medicina 2021/2022



**AUTORA: PAULA ESTALL PULPÓN**

**TUTORA: DRA. MONTSERRAT ROBUSTILLO VILLARINO**

**DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO DE LA PLANA**



## TRABAJO DE FIN DE GRADO (TFG) - MEDICINA

EL/LA PROFESOR/A TUTOR/A hace constar su **VISTO BUENO** para la Defensa Pública del Trabajo de Fin de Grado y **CERTIFICA** que el/la estudiante lo ha desarrollado a lo largo de 6 créditos ECTS (150 horas)

**TÍTULO del TFG: ALTERACIONES EN LA ESFERA SEXUAL EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE**

**ALUMNO/A:** PAULA ESTALL PULPÓN

**DNI:** 54279086-Y

**PROFESOR/A TUTOR/A:** MONTSERRAT ROBUSTILLO VILLARINO



Fdo (Tutor/a): .....

**COTUTOR/A INTERNO/A (Sólo en casos en que el/la Tutor/a no sea profesor/a de la Titulación de Medicina):**

Fdo (CoTutor/a interno): .....

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>10</b>
1.1 La espondilitis anquilosante .....	10
1.2 Disfunción sexual en la EA .....	10
<b>2. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>12</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>12</b>
<b>4. HIPÓTESIS. ....</b>	<b>12</b>
<b>5. MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>12</b>
5.1 Diseño del estudio.....	12
5.2 Ámbito del estudio.....	13
5.3 Población del estudio .....	13
5.4 Criterios de inclusión y exclusión .....	13
5.4.1 Criterios de inclusión .....	13
5.4.2 Criterios de exclusión .....	13
5.5 Variables .....	13
5.5.1 Variables socio-demográficas y de enfermedad .....	13
5.5.2 Variable principal .....	14
5.5.3 Actividad de la enfermedad .....	14
5.5.4 Grado de discapacidad.....	14
5.6 Cuestionarios .....	14
5.6.1 La versión española del Massachussets General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) .....	15
5.6.2 Cambios en la Función Sexual (CSFQ) .....	15
5.6.3 BASDAI.....	16
5.6.4 HAQ.....	16
5.7 Recogida de datos .....	17
5.8 Análisis estadístico.....	17

<b>6.</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>17</b>
6.1	Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de los cuestionarios. ....	17
6.2	Comparación de las variables sociodemográficas según la puntuación en los cuestionarios CFSQ y MGH. ....	19
<b>7.</b>	<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>21</b>
<b>8.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>25</b>
<b>9.</b>	<b>ANEXOS</b> .....	<b>27</b>

## RESUMEN

**FUNDAMENTO Y OBJETIVO:** La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por la inflamación crónica de articulaciones y entesis tanto a nivel axial como periférico. Además, afecta a la calidad de vida de los pacientes tanto en su salud como en sus relaciones laborales, familiares o sus parejas además de la función sexual. En los pacientes con EA, el deterioro de la función sexual es un problema potencialmente grave y frecuente que ha sido estudiado de forma limitada. Los objetivos del presente estudio han sido describir en pacientes las posibles alteraciones en la esfera sexual, y sus asociaciones con las características sociodemográficas y comorbilidades de la enfermedad inflamatoria.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se propuso un estudio observacional transversal en pacientes mayores de 18 años diagnosticados de EA procedentes de consultas externas del servicio de reumatología del Hospital de La Plana, a los que se le aplicaron cuestionarios validados sobre salud sexual para determinar las posibles alteraciones de la misma.

**RESULTADOS:** Se valoraron a 26 pacientes y se observó que las variables de los pacientes con EA que se asociaron con puntuaciones más bajas en los cuestionarios de calidad sexual fueron el sexo femenino, la depresión, la situación laboral, el tabaquismo, la salud percibida por el paciente y la puntuación elevada en el HAQ.

**CONCLUSIÓN:** Los pacientes con EA presentan una calidad sexual deteriorada en ciertos ámbitos como el placer sexual, interviniendo en ella factores sociodemográficos, psicológicos y propios de la enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** Espondilitis anquilosante, disfunción sexual, depresión, actividad de la enfermedad, dificultad física.

**ABSTRACT:**

**BACKGROUND AND OBJECTIVE:** Ankylosing spondylitis (AS) is a chronic inflammatory disease characterized by chronic inflammation of joints and entheses both at the axial and peripheral levels. In addition, it affects the quality of life of patients both in their health and in their work, family or partner relationships, as well as sexual function. In patients with AD, impaired sexual function is a potentially serious and common problem that has been studied to a limited extent. The objectives of the present study have been described in patients with possible alterations in the sexual sphere, and their associations with the sociodemographic characteristics and comorbidities of the inflammatory disease.

**MATERIALS AND METHODS:** A cross-sectional observational study was proposed in patients older than 18 years diagnosed with AD coming from outpatient clinics of the rheumatology service of the Hospital de La Plana, to whom validated questionnaires on sexual health were applied to determine the possible alterations of the same.

**RESULTS:** Twenty-six patients were evaluated and it was observed that the variables of patients with AD that were associated with lower scores in the sexual quality questionnaires were female gender, depression, employment status, smoking, health perceived by the patient and the high score on the HAQ.

**CONCLUSION:** Patients with ankylosing spondylitis have impaired sexual quality in certain areas such as sexual pleasure, with sociodemographic, psychological and disease factors intervening in it.

**KEY WORDS:** ankylosing spondylitis, sexual dysfunction, depression, disease activity, physical difficulty.

## **EXTENDED SUMMARY**

### **INTRODUCTION**

Ankylosing spondylitis (AS) is a chronic inflammatory disease characterized by chronic inflammation of joints and entheses both at the axial and peripheral levels. AD affects the quality of life of patients both in their health and in their work, family or partner relationships, as well as sexual function. It must be borne in mind that chronic diseases affect psychologically, in some cases causing depression and anxiety, a factor that can determine alterations in sexual response. Both the alteration of the psychological state and the physical affectation of the disease are associated with the sexual health of the patients. In addition, drugs used in AD such as NSAIDs or methotrexate were associated with sexual dysfunction.

Numerous disease activity assessment scales are used in routine clinical practice, but most do not include any section on sexual health. Only the recently validated ASAS Health Index (ASAS-HI) questionnaire. However, it does not delve into the impact that inflammatory joint disease can have on sexuality.

We consider that it is important as health professionals to take this aspect into account when assessing our patients in consultation with the aim of improving their quality of life, which is why this study is proposed to carry out an in-depth analysis. on aspects of the sexual sphere of patients with AS.

### **OBJECTIVES AND HYPOTHESIS**

Our main objective is to describe the alterations in the sexual sphere of patients with AS. The secondary objectives are: to analyse the association between comorbidities that AS patients present with sexual quality; to evaluate the association of sociodemographic characteristics with the sexual quality of patients with AS and to study the association between the degree of activity of the disease measured by BASDAI and quality of life measured by HAQ with the sexual quality of patients with AS.

Our hypothesis is that patients with AS have sexual dysfunction associated with their underlying disease.

---

## METHODS

A cross-sectional observational study was proposed in patients older than 18 years diagnosed with AD coming from outpatient clinics of the rheumatology service of the University Hospital of La Plana. The patients self-completed the validated MGH-SFQ, CFSQ, BASDAI, and HAQ questionnaires, in addition to a questionnaire on sociodemographic variables.

Statistical analysis was performed with the STATA-17 software in which a descriptive analysis of all variables was first performed. Subsequently, the sociodemographic variables were compared according to the CFSQ and MGH-SFQ questionnaire score using Fisher's exact test and ANOVA. Finally, a linear regression model was used.

## RESULTS

Twenty-six patients were assessed, and it was observed that, overall, the patients do not show sexual dysfunction (44.64 points, the cut-off score is 41), although they do show dysfunctions in certain areas such as sexual pleasure (3.38 points, the cut-off mark is 4). The patients present active disease with a BASDAI of 4.76 points. Lastly, they perceived slight difficulty in carrying out daily activities with a HAQ score of 0.55.

When stratifying by gender, we observed sexual dysfunction in sexual pleasure ( $p= 0.03$ ), desire ( $p= 0.01$ ), arousal ( $p= 0.001$ ) and orgasm ( $p= 0.02$ ). Depression was associated with sexual pleasure ( $p= 0.05$ ), arousal ( $p= 0.047$ ), and painful orgasm ( $p= 0.009$ ). Regarding smoking, differences were found in arousal ( $p= 0.007$ ) and orgasm ( $p= 0.02$ ). Employment status was associated with the total CFSQ score ( $p= 0.03$ ). The health perceived by the patient was associated with the total score of the CFSQ ( $p= 0.009$ ) and the MGH-SFQ ( $p= 0.05$ ). Regarding the time of evolution of the disease, associations were found with painful orgasm ( $p= 0.05$ ). Finally, the HAQ score was associated with painful orgasm ( $p= 0.008$ ) and with the MGH-SFQ, whereby each increase of one point in the HAQ decreased the MGH-CSQ by 5.52 points ( $p= 0.01$ ).

Finally, a linear regression model was performed to evaluate the effect of the total score obtained in the HAQ questionnaire on the score of the MGH sexual



dysfunction questionnaire, which indicated that for each increase of one point in the HAQ questionnaire of a subject, it is expected that, on average, the total MGH-SFQ test score will decrease by 5.52 points (p value= 0.01).

No significant differences were found with the variables of arterial hypertension, dyslipidaemia, physical exercise, number of children, marital status, educational level and income level with respect to the test scores. With respect to the variables of the loss of arousal/priapism questionnaires and the total BASDAI score, no significant differences were found with the variables studied.

## **CONCLUSIONS**

Patients with AD have impaired sexual quality. Female gender, depression, smoking, perceived level of health, employment status, disease progression time and high HAQ score contribute to poorer sexual health, thus intervening psychological, organic and social factors that lead us to perform a multidisciplinary treatment.

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 La espondilitis anquilosante

La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad reumática inflamatoria crónica, con tres tipos de expresividad clínica a nivel articular y entesítico: afectación axial, periférica y mixta. La prevalencia de la enfermedad oscila entre el 0,1 y 1,4% en Europa, siendo más frecuente en hombres que en mujeres en relación 2:1, aunque depende también de la prevalencia del alelo HLA-B27, presente en el 90% de los pacientes con EA. Suele debutar en la tercera década de la vida y es rara a partir de los 45 años, existiendo una mayor prevalencia entre personas con un nivel socioeconómico bajo <sup>(1)</sup>.

La clínica se caracteriza en gran parte de los casos por dolor lumbar inflamatorio articular acompañado de rigidez matutina que empeora con el reposo y mejora con el ejercicio y la toma de AINES. En cuanto a las características radiológicas, se pueden observar en la radiografía simple signos de sacroileítis y sindesmofitos que son calcificaciones verticales del anillo del disco intervertebral. En general, la enfermedad provoca dolor crónico, deterioro de la movilidad y repercute negativamente sobre la calidad de vida del paciente <sup>(1,2)</sup>.

### 1.2 Disfunción sexual en la EA

La función sexual es un proceso complejo en el que influyen numerosos factores psicosociales. La sexualidad puede verse afectada por la edad, experiencias de la vida, cultura, enfermedades y sus diversos tratamientos <sup>(3)</sup>. La EA afecta a la calidad de vida de los pacientes tanto en su salud como en sus relaciones laborales, familiares o sus parejas además de la función sexual <sup>(3-6)</sup>, sobre todo afectando a la disfunción eréctil, función orgásmica, al deseo sexual y a la satisfacción sexual en los pacientes masculinos. En cuanto a las mujeres, afecta sobre todo al deseo sexual y a la excitación <sup>(4)</sup>.

De forma global, impresiona que la EA tiene un mayor impacto en la función sexual masculina que en la femenina, aunque son pocos los estudios realizados con mujeres <sup>(4)</sup>.

Los síntomas de la enfermedad como la fatiga, el dolor o la rigidez matutina provocan problemas físicos que pueden estar relacionados con la disfunción sexual. Además, hay que tener en cuenta que las enfermedades crónicas afectan psicológicamente a los pacientes llegando a provocar en algunos casos depresión y ansiedad <sup>(3)</sup>, factor que puede determinar alteraciones en la respuesta sexual <sup>(3)</sup>. En base a estas dos premisas, tanto la alteración del estado psicológico causado por la enfermedad como la afectación física que provoca la misma, éstas pueden ser determinantes en la salud sexual de los pacientes <sup>(3)</sup>.

En cuanto a la patogenia de la enfermedad, el factor de necrosis tumoral  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), es una de las citoquinas involucradas en la EA. Esta citoquina ha demostrado estar relacionada con la fatiga <sup>(6)</sup>, y sus niveles séricos con la disfunción eréctil <sup>(6)</sup>. Por lo tanto, el tratamiento con los anti TNF $\alpha$  disponibles en el mercado, además de ayudar a controlar la inflamación y la fatiga, también pueden mejorar la función sexual de los pacientes <sup>(4,6)</sup>.

Entre el resto de los tratamientos empleados en la EA, el uso regular de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) están asociados a un aumento del riesgo de disfunción <sup>(5)</sup>. Además, otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad como el metrotexato se asociaron a disfunción sexual <sup>(5)</sup>.

En la práctica clínica habitual se utilizan numerosas escalas de valoración de la actividad de la enfermedad, pero la mayoría no incluye ningún apartado en referencia a la salud sexual. Únicamente el reciente cuestionario validado ASAS Health Index (ASAS-HI) <sup>(7)</sup> que mide el efecto sobre la salud en las espondiloartropatías y hace referencia a la vida sexual en un ítem. Sin embargo, no llega a profundizar sobre el impacto que puede tener la enfermedad articular inflamatoria sobre la sexualidad.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

La sexualidad influye en la calidad de vida de las personas y es un aspecto importante de la salud. En los pacientes con EA, el deterioro de la función sexual es un problema potencialmente grave y frecuente en el que los estudios previos se limitan a la asociación entre EA y disfunción sexual sin profundizar en las diferentes esferas que conforman la salud sexual, así como el estudio de los diferentes factores, tanto sociales como propios de la enfermedad, que puedan agravar la disfunción sexual. Consideramos que es importante como profesionales de la salud tener en cuenta este aspecto a la hora de valorar en consulta a nuestros pacientes con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los mismos, por lo que se plantea este estudio para realizar un análisis en profundidad sobre los aspectos de la esfera sexual de los pacientes con EA.

## **3. OBJETIVOS**

Principal: Describir las alteraciones en la esfera sexual de los pacientes con EA

Secundarios:

- Analizar la asociación entre comorbilidades que presentan los pacientes con EA con la calidad sexual.
- Evaluar la asociación de las características sociodemográficas con la calidad sexual de los pacientes con EA.
- Estudiar la asociación entre el grado de actividad de la enfermedad medida por BASDAI y de calidad de vida medida por HAQ con la calidad sexual de los pacientes con EA.

## **4. HIPÓTESIS.**

Los pacientes con EA presentan disfunción sexual asociada a su enfermedad de base.

## **5. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **5.1 Diseño del estudio**

Estudio observacional descriptivo transversal.

## **5.2 Ámbito del estudio**

Servicio de reumatología del Hospital Universitario de la Plana.

## **5.3 Población del estudio**

Hombres y mujeres diagnosticados de EA procedentes de la consulta de reumatología del Hospital Universitario de la Plana.

## **5.4 Criterios de inclusión y exclusión**

### **5.4.1 Criterios de inclusión**

- Pacientes mayores de 18 años diagnosticados de EA en base a los criterios EULAR/ACR 2012.
- Adultos de cualquier sexo.
- Que tengan registradas al menos dos visitas clínicas.
- Pacientes con cualquier tipo de orientación sexual.

### **5.4.2 Criterios de exclusión**

- Pacientes que no cumplan los criterios de inclusión.
- Pacientes que rechacen el consentimiento informado para participar en el estudio.

## **5.5 Variables**

### **5.5.1 Variables socio-demográficas y de enfermedad**

- Género.
  - Fecha de nacimiento.
  - Lugar de nacimiento.
  - Estado civil (soltero/a, casado/a, en pareja, divorciado/a, viudo/a).
  - Número de hijos.
  - Nivel de estudios (primarios, secundarios, bachillerato o formación profesional, universitarios, posgrado/máster/doctorado).
  - Situación laboral (estudiante, desempleado/a, trabajo temporal, trabajo jornada completa).
-

- Nivel de ingresos familiar al año (miembros que viven en la misma casa) (0-16000 euros/año, 16000-24000 euros/año, 24000-66500 euros/año, prefiero no contestar).
- Salud percibida (muy buena, buena, regular, mala, muy mala).
- Año del diagnóstico de EA.
- Hipertensión arterial.
- Dislipemia.
- Diabetes Mellitus.
- Obesidad.
- Tabaquismo.
- Depresión.
- Ejercicio físico siendo sí 3 veces a la semana mínimo 30 minutos al día.
- ¿Ha realizado alguna vez tratamiento psicológico/psiquiátrico?
- ¿Ha recibido tratamiento farmacológico para la depresión/ansiedad o cualquier problema de salud?

### **5.5.2 Variable principal**

La disfunción sexual evaluada a través de los dos cuestionarios validados la versión española del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) y el cuestionario Cambios en la Función Sexual (CSFQ).

### **5.5.3 Actividad de la enfermedad**

El grado de actividad de la enfermedad se medirá a través del cuestionario validado BASDAI.

### **5.5.4 Grado de discapacidad**

Discapacidad física autopercebida por el paciente según el cuestionario validado HAQ.

## **5.6 Cuestionarios**

La valoración de las alteraciones en la esfera sexual se realizará mediante la cumplimentación de dos cuestionarios validados, la versión española del MGH-SFQ<sup>(8)</sup> y el CSFQ<sup>(9)</sup>.

En cuanto al grado de actividad de la EA se medirá a través del cuestionario validado BASDAI <sup>(10)</sup> y el grado de discapacidad física percibida se realizará con el cuestionario validado HAQ <sup>(11)</sup>.

### **5.6.1 La versión española del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ)**

Se trata de un cuestionario validado y en español. Consta de 5 ítems, 4 de ellos se refieren a las fases de la respuesta sexual (deseo, excitación, orgasmo y satisfacción), el quinto ítem, que es exclusivo de hombres, hace referencia a la erección. La escala de respuesta consiste en el valor 0 a la opción totalmente disminuido, 1 a marcadamente disminuido, 2 a moderadamente disminuido, 3 a mínimamente disminuido y 4 a normal. Puntuaciones elevadas indican mejor funcionamiento sexual. Puntuaciones inferiores a 2 en algún ítem puede ser indicativo de disfunción sexual.

### **5.6.2 Cambios en la Función Sexual (CSFQ)**

El cuestionario es una versión reducida del original, validada que evalúa los cambios en el funcionamiento sexual, tanto secundarios por la enfermedad como por la medicación. Cuenta con dos versiones, una para hombres y otra para mujeres que consisten en 14 ítems donde la escala de respuestas consiste el 1 nunca o ningún disfrute o placer, 2 rara vez o poco disfrute o placer, 3 a veces o algo de disfrute o placer, 4 a menudo o mucho disfrute o placer y 5 siempre o muchísimo disfrute o placer.

En las preguntas 2 a 6 se evalúa deseo, en las preguntas 7 a 9 se evalúa la excitación y en las preguntas 11 a 13 se evalúa orgasmo, la pregunta 10 evalúa pérdida de interés tras la excitación en mujeres y priapismo en hombres y la pregunta 14 hace referencia al orgasmo doloroso. La puntuación de cada subescala se obtiene sumando las puntuaciones de los ítems que las forman, los puntos de corte para diferenciar entre problema o ausencia son los siguientes:

- Deseo/frecuencia: varones 8; mujeres 6.
- Deseo/interés: varones 11; mujeres 9.

- Placer: en ambos sexos 4.
- Activación/ excitación: varones 13; mujeres 11.
- Orgasmo: varones 13; mujeres 11

La puntuación máxima es de 70 y una puntuación menor a 41 indica disfunción sexual.

También consta de 3 preguntas relacionadas con las enfermedades que padece (depresión, trastorno sexual, otras...), los cambios en la medicación y los hábitos tóxicos en los últimos 30 días (si consume alcohol, marihuana, cocaína u otras drogas) y su frecuencia.

### **5.6.3 BASDAI**

BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) evalúa la fatiga, afectación axial, afectación articular periférica, afectación de entesis y la rigidez matutina (duración e intensidad) de EA. Se compone de un cuestionario de 6 preguntas referidas sobre el grado de actividad de la enfermedad referida a la última semana donde la escala de respuesta va de 0 a 10 donde 0 es ausencia y 10 se refiere a mucha intensidad. Se considera enfermedad activa si se obtiene una puntuación mayor de 4 (sobre 10).

### **5.6.4 HAQ**

El HAQ es un cuestionario validado que consta de 20 ítems que evalúan el grado de dificultad física autopercibida para realizar actividades de la vida diaria. Se encuentran agrupadas en 8 áreas: vestirse y asearse (2 ítems), levantarse (2 ítems), comer (3 ítems), caminar y pasear (2 ítems), higiene personal (3 ítems), alcanzar (2 ítems), prensión (3 ítems) y otras actividades (3 ítems). La puntuación se corresponde con 0= sin dificultad, 1= con alguna dificultad, 2= con mucha dificultad y 3= incapaz de hacerlo. La puntuación final es la media de las 8 áreas que evalúa, por lo que 0 es no discapacidad y 3 máxima discapacidad.

Además, contiene preguntas correctoras que se dividen en la ayuda de otra persona o de utilizar utensilios o ayudas técnicas para realizar las actividades descritas. Éstas pueden corregir la puntuación de las



áreas que afectan hay una puntuación de 0 o 1, se pueden convertir en una puntuación de 2, si necesita ayuda. Si ya hay una puntuación de 2 o 3 no hay que mirar las preguntas correctoras.

### **5.7 Recogida de datos**

Los pacientes que acudieron de forma consecutiva a consultas externas de reumatología del Hospital Universitario de La Plana y cumplieron los criterios de inclusión, se les informó del estudio y se les entregó el consentimiento informado. Aquellos pacientes que aceptaron a participar, se les entregó en la consulta los cuestionarios referidos previamente que autocumplimentaron tras la consulta. También se les entregó un cuestionario sobre las características demográficas y de enfermedad.

### **5.8 Análisis estadístico**

Se utilizó el software STATA-17, en el que en primer lugar se realiza una descripción del perfil sociodemográfico de los pacientes, de las respuestas obtenidas en el cuestionario y las afectaciones de los pacientes con EA. Las variables cuantitativas se han resumido mediante media, desviación típica y cuartiles; las variables categóricas se han descrito mediante frecuencias y porcentajes. Después se comparan las variables sociodemográficas según la puntuación en el cuestionario CFSQ y MGH-SFQ, las variables cuantitativas se comparan mediante el test exacto de Fisher y las categóricas mediante un ANOVA. Por último, se emplea un modelo de regresión lineal para evaluar el efecto de las variables sociodemográficas sobre las puntuaciones en los cuestionarios.

## **6. RESULTADOS**

### **6.1 Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de los cuestionarios.**

En total se incluyeron a 26 pacientes diagnosticados de EA cuya descripción de las variables sociodemográficas recogidas, se muestran en la tabla 1. La edad media de los pacientes estudiados fue de 51,09 (DE 14,61) años. El número de hijos medio de la muestra fue de 1,13 (DE 0,44). La media del IMC fue de 23,96 (DE 1,05), que corresponde con

normopeso. En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad la media fue de 10,26 años (DE 2,61).

**TABLA 1. VARIABLES CUALITATIVAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON EA.**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Género</b> (n=26)	Hombre	16	61,54
	Mujer	10	38,46
<b>Estado civil</b> (n=26)	Soltero	4	15,38
	Casado	16	61,54
	En pareja	3	11,54
	Divorciado/a	2	7,69
	Viudo/a	1	3,85
<b>Nº hijos</b> (n=22)	0	5	22,73
	1	3	13,64
	2	12	54,55
	3	2	9,09
<b>Nivel de estudios</b> (n=26)	Primarios	6	23,08
	Secundarios	4	15,38
	Bachiller o FP	7	26,92
	Universitarios	8	30,77
	Posgrado/master	1	3,85
<b>Situación laboral</b> (n=26)	Temporal	3	11,54
	Jornada completa	18	69,23
	Jubilado/a	5	19,23
<b>Nivel de ingresos</b> (n=25)	0-16.000 €/año	8	32,00
	16.000-24.000 €/año	6	24,00
	24.000-66.500 €/año	7	28,00
	Prefiere no contestar	4	16,00
<b>Salud percibida</b> (n=24)	Mala	3	12,50
	Regular	11	45,83
	Buena	9	37,50
	Muy buena	1	4,17
<b>HTA<sup>a</sup></b> (n=23)	Sí	6	26,09
<b>Dislipemia</b> (n=23)	Sí	0	0
<b>DM<sup>b</sup></b> (n=23)	Sí	1	4,35
<b>Obesidad</b> (n=22)	Sí	1	4,55
<b>Tabaquismo</b> (n=22)	Sí	4	18,18
<b>Depresión</b> (n=23)	Sí	5	21,74
<b>Ejercicio<sup>c</sup></b> (n=22)	Sí	9	40,91

<sup>a</sup>Hipertensión arterial

<sup>b</sup>Diabetes mellitus

<sup>c</sup>Ejercicio físico más de 3 veces por semana, al menos 30 minutos.

Los resultados obtenidos tanto en los cuestionarios que valoran la esfera sexual (MGH y CSFQ), el grado de actividad de la enfermedad (BASDAI) como el grado de discapacidad física (HAQ) se reflejan en la Tabla 2. Cabe destacar que, de forma global, los pacientes, de media no muestran disfunción sexual (44,64) ya que la nota media supera la nota de corte de 41 puntos, aunque sí que se presentan problemas en ciertas áreas como en el placer sexual, cuya media obtenida es de 3,38 puntos (punto de corte de 4). En cuanto a la puntuación del BASDAI, la media obtenida entre todos los pacientes es de 4,78 (DE 0,86), que representa una enfermedad activa. Por último, los pacientes estudiados percibían una discreta dificultad para realizar las actividades diarias según la puntuación del HAQ con una media de 0,55 (DE 0,20)

**TABLA 2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS CUESTIONARIOS DE CALIDAD SEXUAL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS 26 PACIENTES CON EA**

	<b>Media</b>	<b>Error estándar</b>	<b>IC al 95%</b>
<b>Placer sexual</b>	3,38	0,38	2,49 a 4,26
<b>Pérdida interés/priapismo</b>	1,75	0,37	0,88 a 2,61
<b>Orgasmo doloroso</b>	1,50	0,38	0,61 a 2,39
<b>Deseo</b>	17	1,28	13,97 a 20,03
<b>Excitación</b>	12,75	0,37	11,88 a 13,62
<b>Orgasmo</b>	12	0,46	10,91 a 13,09
<b>CFSQ Total</b>	44,64	2,01	40,46 a 48,82
<b>MGH</b>	16,38	1,82	12,07 a 20,68
<b>BASDAI</b>	4,76	0,86	2,73 a 6,79
<b>HAQ</b>	0,55	0,20	0,07 a 1,02

## **6.2 Comparación de las variables sociodemográficas según la puntuación en los cuestionarios CFSQ y MGH.**

En la tabla 3, se comparan las variables sociodemográficas cuantitativas con la puntuación de los test que valoran la disfunción sexual, en la que se reflejan los resultados estadísticamente significativos. Observamos que en general, la media de la puntuación en mujeres fue menor que en los hombres en los diferentes ámbitos que corresponden a la sexualidad. En cuanto a la depresión, se obtuvieron menores puntuaciones tanto en el placer sexual como en la excitación y una puntuación mayor para el orgasmo doloroso. Por último, observamos que entre los fumadores de

media la puntuación fue menor tanto para el orgasmo como para la excitación.

No se han encontrado diferencias significativas con las variables de hipertensión arterial, dislipemia ni ejercicio físico con respecto a las puntuaciones de los test. Con respecto a las variables de los cuestionarios pérdida de excitación/priapismo, puntuación total CFSQ, puntuación total MGH tampoco se han encontrado diferencias significativas con respecto a las variables sociodemográficas estudiadas.

**TABLA 3. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS A LAS PUNTUACIONES DE LOS TEST CFSQ Y MGH.**

			Media	Error estándar	Desviación estándar	IC al 95%	P valor
<b>Placer sexual</b>	<b>Género</b>	Hombre (n=15)	3,67	0,29	1,11	3,05 a 4,28	0,03
		Mujer (n=9)	2,67	0,29	0,87	2,00 a 3,33	
	<b>Depresión</b>	No (n=18)	3,39	0,22	0,92	2,70 a 3,67	0,05
		Sí (n=4)	2,25	0,75	1,5	-0,43 a 2,32	
<b>Deseo</b>	<b>Género</b>	Hombre (n=15)	16,8	1,08	4,20	14,48 a 19,12	0,01
		Mujer (n=9)	12,11	1,21	3,62	9,33 a 14,89	
<b>Excitación</b>	<b>Género</b>	Hombre (n=15)	12,67	0,57	2,19	11,45 a 13,88	0,001
		Mujer (n=10)	8,8	0,98	3,08	6,59 a 11,01	
	<b>Tabaquismo</b>	No (n=17)	11,71	0,54	2,23	10,56 a 12,85	0,007
		Sí (n=4)	7	2,42	4,83	-0,69 a 14,69	
	<b>Depresión</b>	No (n=18)	11,56	0,62	2,62	10,25 a 12,86	0,047
		Sí (n=4)	8	2,38	4,76	0,42 a 15,58	
<b>Orgasmo</b>	<b>Género</b>	Hombre (n=15)	11,67	0,59	2,29	10,40 a 12,93	0,02
		Mujer (n=10)	9,2	0,87	2,74	7,24 a 11,16	
	<b>Tabaquismo</b>	No (n=17)	11,24	0,45	1,86	10,28 a 12,19	0,017
		Sí (n=4)	7,75	2,14	4,27	0,95 a 14,55	
<b>Orgasmo doloroso</b>	<b>Depresión</b>	No (n=18)	1,06	0,06	0,24	0,94 a 1,17	0,009
		Sí	2	0,71	1,41	4,25	

(n=4)

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación total del test CFSQ y la situación laboral ( $p$  valor= 0,03) y con la salud percibida por el paciente ( $p$  valor= 0,009). Respecto a la pregunta 14 del cuestionario CFSQ que hace referencia al orgasmo doloroso, se asoció significativamente a la puntuación total obtenida del cuestionario HAQ ( $p$  valor= 0,008) y al tiempo de evolución de la EA ( $p$  valor= 0,05). En cuanto al cuestionario MGH-SFQ, los resultados se asociaron significativamente a la puntuación total obtenida en el cuestionario HAQ ( $p$  valor= 0,01) y a la salud percibida por el paciente ( $p$  valor= 0,05). No se encontraron asociaciones significativas con las variables sociodemográficas del número de hijos, estado civil, nivel de estudios, nivel de ingresos ni con la puntuación total del test BASDAI.

Por último, se realizó un modelo de regresión lineal para evaluar el efecto de la puntuación total obtenida en el cuestionario HAQ sobre la puntuación del cuestionario de disfunción sexual MGH, que indicó que por cada incremento de un punto en el cuestionario HAQ de un sujeto, se espera que de media la puntuación del test MGH-SFQ total disminuya en 5,52 puntos ( $p$  valor= 0,01).

## **7. DISCUSIÓN.**

En los pacientes con EA se han llevado a cabo estudios de calidad de vida con escasas referencias a la calidad sexual. Para profundizar más en este aspecto hemos llevado a cabo este estudio descriptivo donde se evalúan las diferentes fases en las que se estructura la esfera sexual. Hemos observado un deterioro en ciertos aspectos de la salud sexual de los pacientes con EA como el placer sexual, el deseo o la excitación, hecho que concuerda con la literatura previa donde se refleja que los pacientes con EA tienen mayor riesgo de presentar disfunción sexual en comparación con controles sanos (12-15). En el análisis de asociación entre comorbilidades y factores sociodemográficos, hemos hallado que las variables como el sexo femenino, la depresión, la salud percibida o el grado de afectación física se comportan

---

como determinantes en algunos dominios de la función sexual. De estos resultados podemos afirmar que la disfunción sexual es multifactorial, de acuerdo con lo publicado en estudios previos <sup>(4,12,16-18)</sup>.

En los marcadores sociodemográficos, cabe destacar la asociación entre la situación laboral con la disfunción sexual. Al igual que ocurre en la población general donde las personas desempleadas o jubiladas tienen más riesgo de disfunción eréctil <sup>(19)</sup>, en nuestros pacientes con EA la situación laboral está relacionada con la puntuación total del cuestionario CFSQ, por lo que habría que tenerlo en cuenta a la hora de realizar una anamnesis sobre la calidad sexual sobre todo en áreas poblacionales donde el índice de desempleo sea mayor.

Vemos que los pacientes fumadores tienen una peor calidad sexual, concretamente en lo referido a la excitación y al orgasmo. A pesar de que el tabaquismo es un factor de riesgo para las enfermedades reumáticas y también lo es para la disfunción eréctil <sup>(20)</sup>, sorprende que haya una escasez de estudios en pacientes con EA <sup>(20)</sup>. Probablemente esta disfunción sexual asociada al tabaquismo se deba a un peor estado desde el punto de vista de la enfermedad inflamatoria y la vascular. De esta forma, el reumatólogo, como médico de referencia de los pacientes con EA debería reforzar la necesidad de la deshabituación tabáquica al paciente debido a los múltiples beneficios que puede aportar.

La salud percibida por el paciente se asocia a las puntuaciones de los cuestionarios CFSQ y MGH-SFQ. Esta asociación no ha sido previamente estudiada en los pacientes con EA, pero como se muestra en estudios en artritis reumatoide, una menor satisfacción con la vida produce una menor satisfacción sexual <sup>(21)</sup>. Esto se podría explicar en que el hecho de ser una enfermedad crónica el paciente perciba una mala calidad de su salud, añadido a la percepción crónica del dolor y secundariamente, dificultades en la realización de sus actividades diarias o laborales, o como comentábamos previamente, alteraciones psicoafectivas. En conjunto todos estos factores pueden contribuir a una disminución en sus actividades sexuales o a un menor deseo, y en consecuencia una peor calidad sexual.

En nuestro estudio, uno de los factores que más influyen en los pacientes con EA en la sexualidad es el sexo femenino. Se han explorado además otros aspectos de la sexualidad como el placer, la excitación o el deseo donde vemos que la disfunción es más acusada en las mujeres. Este hallazgo también está descrito en la población general <sup>(22,23)</sup>, donde observamos que las disfunciones sexuales son más acusadas tanto en el placer sexual, como en el deseo, la excitación y en el orgasmo. A pesar de las diferencias tan notables, los estudios previos se centran sobre todo en hombres <sup>(3,6,13,15,24)</sup> siendo los estudios en mujeres escasos <sup>(12,16,17)</sup>, tal vez sea porque en general la sexualidad femenina no se explora tanto como la masculina o por factores culturales. En la mayoría de estudios previos, la valoración de la esfera sexual se centra en la disfunción eréctil en hombres y en la dispareunia y la falta de lubricación en las mujeres <sup>(22,23)</sup>.

Dentro de las comorbilidades de los pacientes, otro de los factores que más influyen a parte del sexo femenino, es la depresión. Nuestro estudio ha reflejado que la depresión se asocia a una disminución de la excitación, del placer sexual y un aumento en el orgasmo doloroso, provocando así disfunción sexual coincidiendo con hallazgos previos en la literatura <sup>(3,4,12,24)</sup>. En base a estos resultados, se debe tener en cuenta la salud mental de nuestros pacientes ya que es más probable que pacientes con alteraciones emocionales con EA tengan afectada su calidad sexual. Probablemente, sería más eficaz un abordaje psicológico de la depresión en estos pacientes ya que la mayoría de fármacos antidepresivos, como los inhibidores de la recaptación de serotonina, tienen efectos adversos sobre la función eréctil, reducen la excitación y en mujeres disminuyen la lubricación vaginal <sup>(19,25-27)</sup> y podrían comprometer la función sexual.

Estudios previos muestran una correlación negativa entre la duración de la enfermedad y la disfunción sexual en mujeres <sup>(12)</sup> y que la mayor duración de la EA puede interferir con la actividad sexual <sup>(14)</sup>. Concretamente, nuestro estudio, asocia el tiempo de evolución de la EA con el orgasmo doloroso. Esto nos puede ayudar a centrar nuestra atención a los pacientes con EA de

larga duración donde la cronicidad de la enfermedad y el dolor asociado, la edad, la presencia de comorbilidades y el impacto de la medicación sea mayor respecto a los pacientes de reciente inicio y en consecuencia la probabilidad de que exista una disfunción sexual también será mayor.

La puntuación HAQ, se asocia al orgasmo doloroso y a una peor puntuación total en el cuestionario MGH-SFQ, dato interesante ya que no hay referencias previas en la literatura al respecto, de manera que el cuestionario HAQ podría ser una herramienta muy útil en la consulta ya que nos podría alertar sobre la disfunción sexual en nuestros pacientes. En estudios sobre pacientes con artritis reumatoide, una menor puntuación en el cuestionario HAQ se asoció con una vida sexual más activa y se correlacionó significativamente la disfunción sexual con la discapacidad medida con el cuestionario HAQ, siendo el determinante más significativo de la disfunción sexual <sup>(28)</sup>. Parece ser que un mayor grado de discapacidad física se refleja en niveles más altos de PCR <sup>(29)</sup>, por lo que podemos ver que la discapacidad física repercute negativamente sobre la actividad sexual de los pacientes. Esto nos podría ayudar a abrir una nueva línea de investigación por ejemplo con fármacos que reduzcan la inflamación y la actividad de la EA, reflejados en una disminución de la PCR, lo que nos llevaría a puntuaciones menores en el HAQ y posiblemente una mayor calidad sexual.

Respecto al BASDAI, en contra de la literatura previa <sup>(5,18,29)</sup>, no hemos encontrado asociación con ninguna de las variables estudiadas. Creemos que se debe al pequeño tamaño muestral de nuestro estudio y que probablemente la enfermedad activa sí que se asocie con la disfunción sexual ya que al estar la movilidad limitada por la rigidez o el dolor propio de la EA esto puede repercutir en una disminución de la actividad física durante las relaciones sexuales por lo que el deseo y la satisfacción en general puede estar disminuido y con ello afectada la calidad sexual.

Nos encontramos con un estudio con diversas limitaciones. En primer lugar, el número de participantes es reducido, por lo que no se pueden generalizar los resultados del mismo. En segundo lugar, es un estudio descriptivo



transversal en el que no se puede atribuir las disfunciones sexuales a ninguna causa, solo describirlas. Cabría realizar un estudio longitudinal para poder extraer relaciones de causalidad. Por último, no se ha contado con un grupo control para establecer diferencias, pero creemos que los resultados obtenidos pueden definir una base a partir de la cual realizar en estudios posteriores.

En conclusión, los pacientes con EA presentan una calidad sexual deteriorada. Como vemos, la disfunción sexual es multifactorial donde el sexo femenino, la depresión, el tabaquismo, el nivel de salud percibida, la situación laboral, el tiempo de evolución de la enfermedad y la puntuación elevada del HAQ contribuyen a una peor salud sexual, interviniendo por tanto factores psicológicos, orgánicos y sociales que nos llevan a realizar un tratamiento multidisciplinar.

### **AGRADECIMIENTOS**

A todos los pacientes que han participado en este estudio.

A mi tutora Montse, por todo su apoyo y su esfuerzo durante todos estos meses. Sin ti habría sido todo mucho más complicado, gracias.

### **8. BIBLIOGRAFÍA.**

1. Dean LE, Jones GT, MacDonald AG, Downham C, Sturrock RD, Macfarlane GJ. Global prevalence of ankylosing spondylitis. *Rheumatology*. 2014 Apr 1;53(4):650–7.
2. van der Weijden MAC, Claushuis TAM, Nazari T, Lems WF, Dijkmans BAC, van der Horst-Bruinsma IE. High prevalence of low bone mineral density in patients within 10 years of onset of ankylosing spondylitis: a systematic review. *Clin Rheumatol*. 2012 Nov;31(11):1529–35.
3. Özkorumak E, Karkucak M, Civil F, Tiryaki A, Özden G. Sexual function in male patients with ankylosing spondylitis. *Int J Impot Res*. 2011 Nov;23(6):262–7.
4. Liu YF, Dong H, Chen Z, Wang Y, Tu SH. Impact of ankylosing spondylitis on sexual function: A systematic review and meta-analysis. *Experimental and Therapeutic Medicine*. 2015 Apr;9(4):1501–7.
5. Fan D, Liu L, Ding N, Liu S, Hu Y, Cai G, et al. Male Sexual Dysfunction and Ankylosing Spondylitis: A Systematic Review and Metaanalysis. *J Rheumatol*. 2015 Feb;42(2):252–7.
6. Santana T, Skare T, Delboni VS, Simione J, Campos APB, Nisihara R. Erectile dysfunction in ankylosing spondylitis patients. *Int braz j urol*. 2017 Aug;43(4):730–5.

7. Morante I, Aurrecochea E, Villa I, Santos M, Riancho L, Queiro R. Construct validity of the ASAS health index in psoriatic arthritis: a cross-sectional analysis. *Rheumatology*. 2021 Mar 2;60(3):1465–73.
8. Sierra JC, Vallejo-Medina P, Santos-Iglesias P, Lameiras Fernández M. Validación del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) en población española. *Atención Primaria*. 2012 Sep;44(9):516–24.
9. Bobes J, Gonzalez MP, Rico-Villandemoros F, Bascaran MT, Sarasa P, Clayton A. Validation of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). *J Sex Marital Ther*. 2000 Jun;26(2):119–31.
10. Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG et al. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol*. 1994 Dec;21(12):2286–91.
11. Esteve-Vives J, Batlle-Gualda E, Reig A. Spanish version of the Health Assessment Questionnaire: reliability, validity and transcultural equivalency. Grupo para la Adaptación del HAQ a la Población Española. *J Rheumatol*. 1993;20(12):2116–22.
12. Akkurt HE, Yilmaz H, Yilmaz S, Parlak L, Ordahan B, Salli A. Evaluation of Sexual Dysfunction in Females With Ankylosing Spondylitis. *Arch Rheumatol*. 2016;31(1):41–7.
13. Dhakad U, Singh BP, Das SK, Wakhlu A, Kumar P, Srivastava D, et al. Sexual dysfunctions and lower urinary tract symptoms in ankylosing spondylitis. *Int J Rheum Dis*. 2015 Nov;18(8):866–72.
14. Gallinaro AL, Akagawa LL, Otuzi MHI, Sampaio-Barros PD, Gonçalves CR. Sexual activity in ankylosing spondylitis. *Rev Bras Reumatol*. 2012;52(6):887–91.
15. Nisihara R, Heil Junior L, Fagundes FG, Sobreiro B, Campos APB, Simioni J, et al. Erectile Dysfunction, Testosterone Levels and Disease Activity in Ankylosing Spondylitis Patients. *Urology*. 2021 Jul;153:210–4.
16. Demir SE, Rezvani A, Ok S. Assessment of sexual functions in female patients with ankylosing spondylitis compared with healthy controls. *Rheumatol Int*. 2013 Jan;33(1):57–63.
17. Chung SD, Chen YK, Liu SP, Lin HC. Association between ED in ankylosing spondylitis: a population-based study. *Int J Impot Res*. 2013 Nov;25(6):229–33.
18. Sariyildiz MA, Batmaz I, Inanir A, Dilek B, Bozkurt M, Bez Y, et al. The impact of ankylosing spondylitis on female sexual functions. *Int J Impot Res*. 2013 May;25(3):104–8.
19. Irfan M, Hussain NHN, Noor NMohd, Mohamed M, Sidi H, Ismail SB. Epidemiology of Male Sexual Dysfunction in Asian and European Regions: A Systematic Review. *Am J Mens Health*. 2020 Jul;14(4):1–40.
20. Aykurt Karlıbel İ, Dülger S, Kasapoğlu Aksoy M, Güzelsoy M, Türkoğlu AR, Altan L, et al. Effect of cigarette smoking on sexual functions, psychological factors, and disease activity in male patients with ankylosing spondylitis. *The Aging Male*. 2019 Apr 3;22(2):109–15.
21. Tański W, Dudek K, Tomasiewicz A, Świątoniowska-Lonc N. Sexual Dysfunction and Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis. *IJERPH*. 2022 Mar 6;19(5):1–15.
22. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED, Paik A, Gingell C. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*. 2004 Nov;64(5):991–7.

23. Sanchez-Borrego R, Molero F, Castaño R, Castelo-Branco C, Honrado M, Jurado AR, et al. Spanish consensus on sexual health in men and women over 50. *Maturitas*. 2014;78(2):138–45.
24. Samira Rostom, Nada Mawani, Najia Hajjaj-Hassouni, Meryam Mengat, Hakkou Jinane, Rachid Bahiri. Sexual activity in Moroccan men with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int*. 2012;33(6):1469–74.
25. Christensen BS, Grønbæk M, Osler M, Pedersen BV, Graugaard C, Frisch M. Associations between Physical and Mental Health Problems and Sexual Dysfunctions in Sexually Active Danes. *The Journal of Sexual Medicine*. 2011 Jul;8(7):1890–902.
26. Liu Q, Zhang Y, Wang J, Li S, Cheng Y, Guo J, et al. Erectile Dysfunction and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Sexual Medicine*. 2018 Aug;15(8):1073–82.
27. Lin MC, Lu MC, Livneh H, Lai NS, Guo HR, Tsai TY. Factors associated with sexual dysfunction in Taiwanese females with rheumatoid arthritis. *BMC Women's Health*. 2017;17(1):12.
28. Abdel-Nasser AM, Ali EI. Determinants of sexual disability and dissatisfaction in female patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2006 Sep 25;25(6):822–30.
29. Dazhi Fan, Li Liu, Ning Ding, Si Liu, Yanting Hu, Guoqi Cai, et al. Male Sexual Dysfunction and ankylosing spondylitis: a systematic Review and Metaanalysis. *The Journal of Rheumatology*. 2015;42.

## 9. ANEXOS

### MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL SEXUAL FUNCTIONING QUESTIONNAIRE (MGH-SFQ). VARONES

1. ¿Cómo ha estado su interés sexual durante el último mes?
    - 0- Totalmente disminuido.
    - 1- Marcadamente disminuido.
    - 2- Moderadamente disminuido.
    - 3- Mínimamente disminuido.
    - 4- Normal.
  
  2. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir excitación sexual en el último mes?
    - 0- Totalmente disminuido.
    - 1- Marcadamente disminuido.
    - 2- Moderadamente disminuido.
    - 3- Mínimamente disminuido.
    - 4- Normal.
-

3. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir el orgasmo en el último mes?

0- Totalmente disminuido.

1- Marcadamente disminuido.

2- Moderadamente disminuido.

3- Mínimamente disminuido.

4- Normal.

4. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir y mantener una erección en el último mes?

0- Totalmente disminuido.

1- Marcadamente disminuido.

2- Moderadamente disminuido.

3- Mínimamente disminuido.

4- Normal.

5. ¿Cómo calificaría su satisfacción sexual global en el último mes?

0- Totalmente disminuido.

1- Marcadamente disminuido.

2- Moderadamente disminuido.

3- Mínimamente disminuido.

4- Normal.

### **MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL SEXUAL FUNCTIONING QUESTIONNAIRE (MGH-SFQ). MUJERES**

1. ¿Cómo ha estado su interés sexual durante el último mes?

0- Totalmente disminuido.

1- Marcadamente disminuido.

2- Moderadamente disminuido.

3- Mínimamente disminuido.

4- Normal.

2. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir excitación sexual en el último mes?

- 0- Totalmente disminuido.
  - 1- Marcadamente disminuido.
  - 2- Moderadamente disminuido.
  - 3- Mínimamente disminuido.
  - 4- Normal.
3. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir el orgasmo en el último mes?
- 0- Totalmente disminuido.
  - 1- Marcadamente disminuido.
  - 2- Moderadamente disminuido.
  - 3- Mínimamente disminuido.
  - 4- Normal.
4. ¿Cómo calificaría su satisfacción sexual global en el último mes?
- 0- Totalmente disminuido.
  - 1- Marcadamente disminuido.
  - 2- Moderadamente disminuido.
  - 3- Mínimamente disminuido.
  - 4- Normal.

## CFSQ VARONES

1. Comparado con la vez más placentera de su vida, ¿cuánto disfrute o placer en su vida sexual experimenta ahora?
- 1- Ninguno
  - 2- Poco disfrute o placer
  - 3- Algo de disfrute o placer
  - 4- Mucho disfrute o placer
  - 5- Muchísimo disfrute o placer
2. ¿Con qué frecuencia mantiene actividad sexual (coito, masturbación) actualmente?
- 1- Nunca
  - 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
  - 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
  - 4- A menudo (2 veces/semana o más)
  - 5- Diariamente
3. ¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual?
- 1- Nunca
  - 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
  - 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
  - 4- A menudo (2 veces/semana o más)
  - 5- Diariamente
4. ¿Con qué frecuencia se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasía sexuales) ahora?
- 1- Nunca
  - 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
  - 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
  - 4- A menudo (2 veces/semana o más)
  - 5- Diariamente
5. ¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual?
- 1- Nunca

- 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
- 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
- 4- A menudo (2 veces/semana o más)
- 5- Diariamente

6. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar y fantasear acerca del sexo?

- 1- Ningún disfrute o placer
- 2- Poco disfrute o placer
- 3- Algo de disfrute o placer
- 4- Mucho disfrute o placer
- 5- Muchísimo disfrute o placer

7. ¿Con qué frecuencia tiene una erección?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
- 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
- 4- A menudo (2 veces/semana o más)
- 5- Diariamente

8. ¿Alcanza una erección fácilmente?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (la minoría de las veces)
- 3- A veces (la mitad de las veces)
- 4- A menudo (la mayoría de las veces)
- 5- Siempre

9. ¿Es capaz de mantener una erección?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (la minoría de las veces)
- 3- A veces (la mitad de las veces)
- 4- A menudo (la mayoría de las veces)
- 5- Siempre

10. ¿Con qué frecuencia experimenta erecciones dolorosas y prolongadas?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
- 3- A veces (una vez al mes o más pero menos de 2 veces/semana)
- 4- A menudo (2 veces/semana o más)
- 5- Diariamente

11. ¿Con qué frecuencia tiene una eyaculación?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
- 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
- 4- A menudo (2 veces/semana o más)
- 5- Diariamente

12. ¿Es capaz de eyacular cuando quiere?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (la minoría de las veces)
- 3- A veces (la mitad de las veces)
- 4- A menudo (la mayoría de las veces)
- 5- Siempre

13. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos?

- 1- Ningún disfrute o placer
- 2- Poco disfrute o placer

- 3- Algo de disfrute o placer
- 4- Mucho disfrute o placer
- 5- Muchísimo disfrute o placer

14. ¿Con qué frecuencia tiene orgasmo doloroso?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
- 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
- 4- A menudo (2 veces/semana o más)
- 5- Diariamente

I. Enfermedades concomitantes: ¿Qué problemas médicos tiene? (Señale TODOS los que presente)

Depresión  No  Sí

Tipo: \_\_\_\_\_

Trastorno sexual  No  Sí

Tipo: \_\_\_\_\_

Otros  No  Sí

Tipo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

II. ¿Ha habido algún cambio en la medicación concomitante desde la visita anterior?

No  Sí Especificar

FÁRMACO	PAUTA (mg/día)	FECHA INCIO	FECHA FINALIZACIÓN

III. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿en cuántas ocasiones ha tomado...? (Señale una casilla en cada línea)

	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	+40
<b>Alcohol (vino, cerveza, licor)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Marihuana</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cocaína</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Otras drogas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## CFSQ MUJERES

1

1. Comparado con la vez más placentera de su vida, ¿cuánto disfrute o placer en su vida sexual experimenta ahora?

- 1- Ninguno
- 2- Poco disfrute o placer
- 3- Algo de disfrute o placer
- 4- Mucho disfrute o placer
- 5- Muchísimo disfrute o placer

2. ¿Con qué frecuencia mantiene actividad sexual (coito, masturbación) actualmente?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
- 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
- 4- A menudo (2 veces/semana o más)
- 5- Diariamente

3. ¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
- 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
- 4- A menudo (2 veces/semana o más)
- 5- Diariamente

4. ¿Con qué frecuencia se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasía sexuales) ahora?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
- 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
- 4- A menudo (2 veces/semana o más)
- 5- Diariamente

5. ¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
- 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
- 4- A menudo (2 veces/semana o más)
- 5- Diariamente

6. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar y fantasear acerca del sexo?

- 1- Ningún disfrute o placer
- 2- Poco disfrute o placer
- 3- Algo de disfrute o placer
- 4- Mucho disfrute o placer
- 5- Muchísimo disfrute o placer

7. ¿Con qué frecuencia se encuentra excitada sexualmente?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
- 3- A veces (una vez al mes pero menos

de 2 veces/semana)

- 4- A menudo (2 veces/semana o más)
  - 5- Diariamente
8. ¿Se excita fácilmente?
- 1- Nunca
  - 2- Rara vez (la minoría de las veces)
  - 3- A veces (la mitad de las veces)
  - 4- A menudo (la mayoría de las veces)
  - 5- Siempre

9. ¿Tiene lubricación vaginal adecuada durante la actividad sexual?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (la minoría de las veces)
- 3- A veces (la mitad de las veces)
- 4- A menudo (la mayoría de las veces)
- 5- Siempre

10. ¿Con qué frecuencia llega a la excitación y luego pierde el interés?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (la minoría de las veces)
- 3- A veces (la mitad de las veces)
- 4- A menudo (la mayoría de las veces)
- 5- Siempre

11. ¿Con qué frecuencia tiene un orgasmo?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
- 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
- 4- A menudo (2 veces/semana o más)
- 5- Diariamente

12. ¿Es capaz de alcanzar un orgasmo cuando quiere?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (la minoría de las veces)
- 3- A veces (la mitad de las veces)
- 4- A menudo (la mayoría de las veces)
- 5- Siempre

13. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos?

- 1- Ningún disfrute o placer
- 2- Poco disfrute o placer
- 3- Algo de disfrute o placer
- 4- Mucho disfrute o placer
- 5- Muchísimo disfrute o placer

14. ¿Con qué frecuencia tiene orgasmo doloroso?

- 1- Nunca
- 2- Rara vez (menos de una vez al mes)
- 3- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
- 4- A menudo (2 veces/semana o más)
- 5- Diariamente





## BASDAI

### BASDAI

Por favor, marque con una X el recuadro que representa su respuesta  
(ejemplo)



)Todas las preguntas se refieren a la última semana.

1. ¿Cómo describiría el grado global de fatiga / cansancio que ha experimentado?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ausente

muy intensa

2. ¿Cómo describiría el grado global de dolor en cuello, espalda o caderas debido a su enfermedad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ausente

muy intenso

3. ¿Cómo describiría el grado global de dolor-hinchazón en otras articulaciones fuera de cuello, espalda o caderas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ausente

muy intenso

4. ¿Cómo describiría el grado global de malestar que ha tenido en zonas dolorosas al tacto o a la presión?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ausente

muy intenso

5. ¿Cómo describiría el grado global de rigidez matutina que ha tenido al despertar?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ausente

muy intensa

6. ¿Cuánto tiempo dura su rigidez matutina tras despertarse?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0  
horas

1  
hora

2 horas  
o más

## HAQ

	<b>Durante la <u>última semana</u>, ¿ha sido usted capaz de...</b>	<b>Sin dificultad</b>	<b>Con alguna dificultad</b>	<b>Con mucha dificultad</b>	<b>Incapaz de hacerlo</b>
Vestirse y asearse	1) Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2) Enjabonarse la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantarse	3) Levantarse de una silla sin brazos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4) Acostarse y levantarse de la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer	5) Cortar un filete de carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6) Abrir un cartón de leche nuevo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7) Servirse la bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	8) Caminar fuera de casa por un terreno llano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9) Subir cinco escalones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene	10) Lavarse y secarse todo el cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11) Sentarse y levantarse del retrete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12) Ducharse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzar	13) Coger un paquete de azúcar de 1 Kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14) Agacharse y recoger ropa del suelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prensión	15) Abrir la puerta de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16) Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17) Abrir y cerrar los grifos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	18) Hacer los recados y las compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19) Entrar y salir de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20) Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Señale para qué actividades **necesita la ayuda de otra persona**:

.. Vestirse, asearse

.. Caminar, pasear

.. Abrir y cerrar cosas(prensión)

.. Levantarse

.. Higiene personal

.. Recados y tareas de casa

.. Comer

.. Alcanzar

Señale si utiliza alguno de estos **utensilios** habitualmente:

- .. Cubiertos de mango ancho
- .. Bastón, muletas, andador o silla de ruedas
- .. Asiento o barra especial para el baño
- .. Asiento alto para el retrete