

Evaluación del comportamiento sexual en los pacientes psiquiátricos

BOBES GARCÍA, J.; GARCÍA-PORTILLA GONZÁLEZ, M. P.; SÁIZ MARTÍNEZ, P. A.; BASCARÁN FERNÁNDEZ, M. T.; FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, J. M. y BOUSOÑO GARCÍA, M.

Departamento de Medicina. Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Oviedo.

Assessment of sexual behavior in psychiatric patients

ASPECTOS PARTICULARES DE LA EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL HUMANO

La complejidad del comportamiento sexual humano determina que los clínicos, a la hora de evaluar la función o disfunción sexual de un paciente concreto, hayan de valorar múltiples factores y no solamente los aspectos más directamente relacionados con la función sexual (1). En concreto se deberían evaluar al menos las siguientes áreas (2):

- Médica, con el objetivo de descartar posibles causas orgánicas como enfermedades, anomalías físicas, drogas, alcohol, fármacos...
- Psiquiátrica, para descartar que la disfunción sea síntoma de un trastorno mental y del comportamiento.
- Sexualidad, con el objeto de describir los aspectos relacionados con el funcionamiento sexual del individuo en general, y de la disfunción en particular.
- Relación de pareja, para tratar de determinar hasta qué punto el tipo de relación puede incidir en la disfunción, y hasta qué punto la pareja va a colaborar en el tratamiento.

Además de la obtención de una descripción adecuada del problema, entre los objetivos de la evaluación se encuentran los siguientes (3):

1. Definir la naturaleza del problema y los cambios que el paciente desea conseguir.
2. Identificación de posibles causas.
3. Evaluar el tipo de intervención adecuada.
4. Proporcionar al paciente una explicación del problema sexual y de las posibles soluciones.

A pesar de tener claras las áreas de evaluación y los objetivos de la misma, a la hora de llevarla a la práctica los clínicos nos encontramos con que esta parcela de la psicofisiología presenta unas peculiaridades que hacen que la evaluación de la función sexual sea, hasta cierto punto, problemática, especialmente a la hora de obtener la información. A este respecto, Clayton (4) identifica tres fuentes que pueden dificultar la obtención de información: el propio paciente, el clínico, y el instrumento de evaluación (tabla I).

Con respecto al paciente, los principales factores que pueden dificultar la facilitación de la información son muy variados, incluyendo desde aspectos sociodemográficos como el sexo, aspectos de personalidad como timidez, factores clínicos (trastornos del eje I o II, etcétera),

TABLA I Factores que dificultan la obtención de información en la evaluación de la función sexual

Fuente	Factores
Paciente	• Vergüenza, miedo, ignorancia. • Ajuste psicosexual premórbido. • Falta de interés o colaboración. • Sexo del paciente. • Comorbilidad con trastornos del eje I y/o II. • Efectos de la enfermedad (pensamientos negativos, pérdida de placer, descenso de la libido). • Otros factores (estrés, cambios en la relación interpersonal).
Clínico	• Incomodidad con el tema. • Evaluación demasiado global (no realizar preguntas específicas para cada fase). • Evaluación insuficiente (falta de información sobre el ajuste psicosexual a lo largo de la vida, efectos de la enfermedad, efectos de la medicación, comorbilidad...). • Efectos interpersonales (prejuicios relacionados con la edad, diferencia de sexo entre el paciente y el clínico, temor a interpretaciones erróneas por parte de los pacientes: seducción, intrusismo...).
Instrumento	• Entrevista personal. • Brevedad. • No intrusivo. • Evaluación específica para cada fase. • Percepción del paciente. • Función sexual premórbida. • Efectos de la medicación y de la enfermedad. • Psicométricamente válido.

TABLA II Instrumentos de evaluación de la función sexual*Instrumentos globales*

- Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI), 1976.
- Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRIS), 1983.
- Sexual Function Questionnaire (SFQ), 1986.
- Brief Sexual Function Questionnaire (BSFQ), 1988.
- Arizona Sexual Experience Scale (ASEX), 1997.
- Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (CCFS), 2000.
- Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Fármacos (PRSexDQ), 2000.

Instrumentos específicos

- Sexual Arousal Inventory (SAI), 1976.
- Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE), 1997.
- Cuestionario de Salud Sexual para Varones (CSSV), 1999.

hasta factores derivados del efecto de la enfermedad (pensamientos negativos, disminución de la libido, pérdida de placer, etc.).

Los factores dependientes del clínico que pueden afectar a la obtención de la información sobre la función sexual del paciente hacen referencia a aspectos relacionados con los sentimientos del propio clínico hacia el tema en cuestión, a los conocimientos que posee sobre el mismo, y a efectos interpersonales. Con respecto a los conocimientos, es importante que el clínico pregunte al paciente no sólo por su funcionamiento actual sino por su adaptación psicosexual a lo largo de su vida, por la presencia de trastornos médicos y/o psiquiátricos, y por la medicación que está tomando. Entre los efectos de la relación interpersonal entre el médico y el paciente, destacaremos fundamentalmente aquellos derivados de la diferencia de edad o de sexo entre ambos, y el temor por parte del clínico a ser malinterpretado por el paciente, tanto desde un punto de vista de intromisión en aspectos muy íntimos, como de inmoralidad, e incluso de seducción.

Finalmente, en lo que respecta a los instrumentos los factores que pueden dificultar la obtención de información tienen que ver con aspectos tanto formales del proceso de entrevista (p. e., presencia de un entrevistador, empatía con el paciente, etcétera), como con aspectos del propio instrumento (preguntas específicas para cada fase de la respuesta sexual humana, preguntas sobre enfermedades o medicaciones, propiedades psicométricas...).

TÉCNICAS DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL

A la hora de evaluar la función sexual el clínico puede elegir entre distintas técnicas o estrategias en función del problema a resolver. Las técnicas disponibles son:

- Entrevista.
- Examen físico.

- Evaluación psicofisiológica.
- Evaluación psicométrica.

Entrevista

A lo largo de la entrevista con el paciente, el clínico debe evaluar una serie de parámetros determinados que le permitan describir la disfunción sexual de forma adecuada. Farré y Lasheras (5) los esquematizan del siguiente modo.

- Naturaleza del problema (frecuencia, factores cognitivos, fases de la respuesta sexual afectadas, extensión del problema –general o situacional–...).
- Historia del problema concreto (etiología, factores de mantenimiento, repercusiones...).
- Naturaleza de la relación de pareja.
- Historia sexual personal (factores educativos, religiosos, actitudinales, primeras actividades...).
- Historia médica y psiquiátrica (personalidad y sus trastornos).
- Actitudes en relación al tratamiento.

Examen físico

El examen físico tiene las siguientes indicaciones claramente establecidas por Carnwath y Miller (6):

- Presencia de síntomas físicos persistentes distintos de los asociados a la disfunción.
- Dolor o incomodidad persistente durante la actividad sexual.
- Disminución del interés sexual sin causa aparente.
- Ausencia de erección en cualquier circunstancia.
- Varones mayores de 50 años.
- Mujeres en la peri o menopausia.
- Existencia de problemas menstruales persistentes.
- Historia de problemas en la pubertad.
- Ansiedad persistente ante la propia imagen.
- Convencimiento de que existe una base física para los problemas.

Evaluación psicométrica

En este apartado describiremos los aspectos principales de algunos de los instrumentos que se utilizan en la investigación sobre la disfunción sexual, aunque no todos ellos cuentan con un análisis de sus propiedades psicométricas. Estos instrumentos se clasifican dos grupos, aquellos que evalúan la función sexual de forma global, instrumentos globales, y aquéllos que se centran únicamente en alguna de las fases de la respuesta sexual humana, instrumentos específicos (Tabla II).

Instrumentos globales

– *Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI)*, 1976. El DSFI fue diseñado por Derogatis (7) para medir

el nivel de funcionamiento sexual actual. Se trata de una escala autoaplicada formada por 245 ítems que miden la calidad del funcionamiento en las siguientes ocho áreas: información, experiencia, motivación, actitudes, síntomas, afectos, definición del rol sexual y fantasía. Las puntuaciones directas obtenidas en cada escala, una vez transformadas en puntuaciones T, se suman para obtener un único índice de funcionamiento sexual. Además cuenta con un índice de satisfacción sexual global de nueve puntos que mide el nivel de gratificación que el paciente obtiene de su funcionamiento sexual.

Como hemos descrito anteriormente, con esta escala se obtiene un perfil en ocho áreas del funcionamiento sexual, un índice global de funcionamiento sexual, y un índice del nivel de satisfacción con su funcionamiento sexual. Es una escala autoaplicada cuyo tiempo de cumplimiento estimado es de 40 minutos.

En 1979 Derogatis y Melisianos (8) publican sus propiedades psicométricas en términos de fiabilidad, tanto test-retest como consistencia interna, y los estudios de Derogatis et al (9, 10), confirman su capacidad de discriminación entre distintos grupos de pacientes.

– *Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)*, 1983. El GRISS fue desarrollado por Rust y Golombok (11) para evaluar la existencia y gravedad de problemas sexuales. Consta de siete subescalas, cada una formada por cuatro ítems. Las subescalas son: impotencia, eyaculación precoz, anorgasmia, vaginismo, infrecuencia, falta de comunicación acerca de sexo, satisfacción, falta de sensualidad, y evitación.

Está formado por un total de 56 ítems, 28 para hombre y otros 28 para mujeres. Los ítems se contestan mediante una escala Likert de frecuencia de cinco valores, donde 1 equivale a nunca y 5 a siempre. Las puntuaciones transformadas en cada escala pueden oscilar entre 1 y 9, indicando una puntuación igual o superior a 5 la existencia de problemas en esa área.

Proporciona una puntuación global (para hombres y mujeres separadamente) sobre la calidad del funcionamiento sexual en el contexto de una relación de pareja, así como puntuaciones en cada una de las subescalas.

En 1985 y 1986 los autores publicaron sus propiedades psicométricas (12, 13). Las escalas principales demostraron tener muy buena fiabilidad (0,94 y 0,87 para las escalas de mujeres y hombres respectivamente), así como buena consistencia interna (media 0,74). Asimismo el instrumento demostró buena capacidad para discriminar entre pacientes y un grupo control, así como entre los distintos grados de gravedad de los pacientes. Finalmente, el instrumento también demostró ser sensible a los cambios.

– *Sexual Function Questionnaire (SFQ)*, 1986. El Sexual Function Questionnaire fue diseñado por Harrison et al (14) en 1986 para medir los cambios en la función sexual inducidos por el tratamiento. Dada la fecha de su creación, el SFQ sigue los criterios del DSM-III y se centra en tres de las siete disfunciones psicosexuales contempladas en esta clasificación: deseo sexual inhibido, excitación sexual inhibida, y orgasmo inhibido.

El SFQ consta de diez ítems para varones y de ocho para mujeres, siendo siete de ellos comunes para ambos. Los siete ítems comunes exploran aspectos relacionados con el deseo/interés, disfrute, excitación, orgasmo, frecuencia de relaciones sexuales, de masturbación, y capacidad para alcanzar el orgasmo en la masturbación. Los tres ítems específicos para varones hacen referencia a la capacidad para obtener o mantener una erección, la frecuencia de erecciones matutinas, y las dificultades eyaculatorias (retraso o ausencia de eyaculación). El ítem específico de las mujeres explora si existe lubricación vaginal adecuada en respuesta a la estimulación.

Se trata de un cuestionario autoaplicado en el que cada ítem es contestado por el propio paciente utilizando una escala tipo Likert de cinco valores en la que a mayor puntuación mayor disfunción. El marco de referencia temporal para contestar a las preguntas es la semana previa.

– *Brief Sexual Function Questionnaire (BSFQ)*, 1988. El BSFQ fue desarrollado por el grupo de Pittsburgh en 1987 (15) en el transcurso de un estudio sobre erecciones penéananas nocturnas. Se trata de un inventario formado por 21 ítems que evalúan el funcionamiento sexual de los varones. Este cuestionario fue diseñado para evaluar interés, actividad, satisfacción, disfunción psicológica, y preferencias (homosexual vs heterosexual).

Se trata de un cuestionario autoevaluado en el que las puntuaciones más altas corresponden a un mayor interés, actividad, y satisfacción. Cuenta, además, con una versión para la pareja que tiene como fin determinar si la percepción del paciente de su propio interés, actividad, y rendimiento se corresponde con la de la pareja.

Las propiedades psicométricas demostraron ser buenas. En este sentido todas las escalas presentaban una fiabilidad test-retest superior a 0,70, tanto en pacientes deprimidos como en controles, y el instrumento era capaz de discriminar entre los pacientes y los controles. En el análisis factorial realizado (16) se obtuvieron cuatro factores (actividad/rendimiento sexual, interés, satisfacción, y competencia psicológica) que explicaban el 72% de la varianza. Asimismo, en este estudio se demostró una buena validez concurrente con el Derogatis Sexual Function Inventory (DSFI).

– *Arizona Sexual Experience Scale (ASEX)*, 1997. La ASEX fue desarrollada con la intención de obtener un instrumento que sirviera para medir la disfunción sexual inducida por psicotrópicos (17). Se trata de una escala autoevaluada específica para cada sexo. Está constituida por cinco ítems que hacen referencia a motivación sexual, arousal psicológico, arousal fisiológico (erección o lubricación vaginal), facilidad para alcanzar el orgasmo, y satisfacción con el orgasmo. Para contestar a cada ítem se utiliza una escala Likert de cinco valores, representando las puntuaciones bajas buena respuesta sexual y las altas ausencia de respuesta sexual. Por tanto, a mayor puntuación mayor disfunción sexual.

Para los autores las ventajas de esta escala frente a otras ya existentes es su brevedad, habitualmente se cumplimenta en 5-10 minutos, y su falta de intrusividad.

El ASEX ha demostrado buena validez convergente frente al Brief Index of Sexual Functioning (BISF), así como buena validez divergente frente a las escalas de Hamilton para la depresión y la ansiedad.

– *El Cuestionario de Cambios en la Función Sexual, 1997 (CSFQ), 2000 (CCFS)*. El CCFS es un instrumento desarrollado para seguir de forma sistemática los cambios en la función sexual de los pacientes debidos a enfermedad y/o medicación, así como para identificar efectos secundarios específicos o inusuales (18).

Es una entrevista semiestructurada que sigue los criterios diagnósticos DSM-IV de disfunción sexual, aunque si el paciente se siente incómodo con la entrevista puede aplicarse de forma autoadministrada. Existen versiones independientes para hombres (36 ítems) y para mujeres (34), aunque los primeros 21 ítems son comunes para ambos. También existe una versión basal, para la primera entrevista, y una versión para el seguimiento (más breve) (19).

El CCFS consta de:

- Una escala propiamente dicha que evalúa cinco dimensiones del funcionamiento sexual mediante un total de 12 ítems (tanto en hombres como en mujeres).

- Información adicional relevante para el clínico que se obtiene con el resto de los ítems (24 en el caso de los hombres y 22 en el caso de las mujeres).

Las cinco dimensiones que evalúa la escala son: deseo y frecuencia (dos ítems), deseo e interés (tres ítems), placer (un ítem), arousal/excitación (tres ítems), y orgasmo (tres ítems). Para la evaluación se utiliza una escala de medida tipo Likert de cinco valores que hacen referencia bien a frecuencia (nunca a diariamente), bien a satisfacción (ninguna a muchísima), o bien a cambio (sin cambios a empeoró/mejóro muchísimo).

Con el CCFS se obtiene, pues, información relevante para la historia clínica y un perfil del funcionamiento sexual del paciente en las cinco dimensiones anteriormente descritas, así como una puntuación total de su funcionamiento sexual. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en las cinco dimensiones más la puntuación en dos ítems, uno en relación con problemas de excitación para las mujeres (en el caso de los hombres se refiere a erecciones dolorosas) y el otro referente a orgasmo doloroso.

El tiempo de administración es relativamente breve, entre 15 y 20 minutos, y su corrección e interpretación es sencilla y rápida, a mayor puntuación mejor funcionamiento sexual.

El CCFS permite distinguir a los pacientes que tras un funcionamiento psicosexual normal desarrollan una disfunción de aquéllos que nunca han tenido un buen ajuste psicosexual. Además recoge información sobre la intensidad del cambio experimentado, si es que ha habido cambio, y sobre las atribuciones que el paciente hace con respecto al mismo.

Este instrumento ha sido adaptado y validado al castellano (20, 21), utilizando una muestra de 580 sujetos (pacientes deprimidos y población control compuesta por estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud, y

trabajadores). Las propiedades psicométricas se resumen a continuación

- Tiempo de administración medio: 15 a 19 minutos.
- Capacidad discriminativa: tanto la escala total como cada una de las cinco subescalas discriminaron entre pacientes con trastorno depresivo y controles.
- Fiabilidad:
 - Consistencia interna (alpha de Cronbach) en la escala de los varones fue de 0,81 y en la de las mujeres de 0,91.
 - Test-retest (coeficiente de Spearman): 0,905.
 - Interexaminador (coeficiente de Spearman): 0,872.
- Validez de constructo (análisis factorial).
 - Grupo de hombres deprimidos.
 - Se obtuvieron cinco factores que explican el 82,6% de la varianza.
 - Concordancia total con la versión original americana en dos subescalas: excitación y orgasmo.
 - Grupo de mujeres deprimidas.
 - Cuatro factores que explican el 77,6% de la varianza.
 - Concordancia con la versión original americana en sólo una subescala: deseo/interés.
- Validez convergente: los pacientes diagnosticados de alguna disfunción sexual por el clínico (criterios DSM-IV) puntuaban significativamente peor en el cuestionario, es decir, eran identificados por éste. En el caso de que el diagnóstico fuera trastorno del orgasmo, el cuestionario sólo identificó a estos pacientes en el grupo de mujeres.
- Sensibilidad a los cambios: demostró ser sensible a los cambios bidireccionalmente, es decir, detecta tanto las mejorías como los empeoramientos.

– *Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Fármacos (PRSexDQ), 2000*. Se trata de un instrumento de cribaje de disfunción sexual, heteroaplicado, mínimamente intrusivo para el paciente y sensible a los cambios (22). El PRSexDQ consta de un total de siete ítems que evalúan los siguientes aspectos:

- Presencia de disfunción sexual y comunicación espontánea (ítems 1 y 2). Estos ítems se califican mediante una escala dicotómica Sí/No.
- Disfunciones específicas (ítems 3-6). Estos ítems se evalúan mediante una escala tipo Likert de cuatro valores que se refieren a intensidad o a frecuencia (0= no/nunca y 3= severo/siempre).
- Tolerancia ante la disfunción sexual (ítem 7), que también utiliza una escala Likert, donde 0= no disfunción y 3= mala tolerancia.

Este instrumento proporciona una puntuación global de gravedad de la disfunción sexual que se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems 3 a 7. El posible rango de puntuación oscila entre 0 y 15 puntos. Los autores no proponen puntos de corte; por el momento se realiza una interpretación dimensional, a mayor puntuación mayor gravedad de la disfunción.

Las propiedades psicométricas del instrumento fueron evaluadas en una muestra de 58 pacientes deprimidos y los parámetros obtenidos fueron:

- Fiabilidad.
 - Consistencia interna (alpha de Cronbach): 0,93.
- Validez convergente con las puntuaciones obtenidas en
 - CGI: $r = 0,791$.
 - Escala de Hamilton de Depresión: $r = -0,63$.
- Sensibilidad a los cambios: descenso significativo en los dos grupos de pacientes (nuevos y pretratados) entre la puntuación basal y la puntuación en el mes 6.

Instrumentos específicos

– *Sexual Arousalability Inventory (SAI)*, 1976. Se trata de un cuestionario que si bien inicialmente fue desarrollado para su uso en la clínica ha demostrado ser útil para su aplicación en investigación (23). Evalúa el grado de excitación que experimentan las mujeres ante 28 experiencias eróticas. Para responder se utiliza una escala Likert de siete puntos. Se trata de un instrumento autoadministrado que es breve y fácil de corregir e interpretar.

Con respecto a sus propiedades psicométricas los 28 ítems finales de que consta fueron obtenidos por análisis factorial a partir de un pool de 131 ítems. Además los autores señalan que posee una consistencia interna excepcional y que es capaz de discriminar entre población clínica y normal.

– *Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE)*, 1997. Este índice fue desarrollado por sus autores (24) con el objeto de obtener una medida breve, fiable, autoevaluada, y transcultural de la función eréctil. Se trata de un instrumento sencillo de 15 ítems que se agrupan en cinco dominios de función sexual: función eréctil, función orgásmica, deseo sexual, satisfacción con la relación sexual, y satisfacción global. Cada una de las preguntas se responde mediante una escala Likert de seis valores que hace referencia bien a frecuencia, a dificultad, a intensidad o a satisfacción.

Con este instrumento obtenemos puntuaciones en las cinco dimensiones exploradas, y a mayor puntuación menor disfunción. En concreto para la dimensión de disfunción eréctil existen los siguientes puntos de corte: de 6 a 10 disfunción severa, de 11 a 16 disfunción moderada, de 17 a 25 disfunción leve, y de 26 a 30 sin disfunción eréctil.

Psicométricamente el instrumento ha demostrado poseer una buena consistencia interna, con coeficientes α de Cronbach que oscilan entre 0,73 y 0,91, fiabilidad test-retest, y sensibilidad a los cambios. Existe una versión validada en español.

– *Cuestionario de Salud Sexual para Varones (CSSV)*, 1999. Se trata de un cuestionario de autoevaluación de la función eréctil de una forma sencilla y rápida (25). Consta de cinco ítems que valoran los siguientes aspectos:

- Confianza en poder conseguir y mantener una erección.
- Calidad de la erección (permitió la penetración, mantenimiento de la erección).
- Satisfacción con el acto sexual.

Para contestar a las preguntas el marco de referencia temporal es los últimos seis meses y se utiliza una escala tipo Likert de seis valores que se refieren a intensivas o frecuencia (0= no intento el acto sexual; 5= casi siempre/ siempre o no difícil). En el ítem 1 (referido a la confianza) la escala es de cinco valores (1= muy baja confianza; 5= muy alta).

La puntuación en el cuestionario se obtiene sumando las puntuaciones en los cinco ítems; una puntuación menor o igual a 21 puntos indica signos de disfunción eréctil, mientras que puntuaciones superiores a 21 indican función eréctil dentro de la normalidad.

CONCLUSIONES

- Cada vez resulta más necesaria la exploración del comportamiento sexual de nuestros pacientes y, en especial, del impacto de los tratamientos psicofarmacológicos sobre dicho comportamiento.
- Dicha exploración debe realizarse en el contexto terapéutico idóneo, de forma comprensiva, y apoyada en instrumentos psicométricamente aceptables.

BIBLIOGRAFÍA

1. González MP, Merino MJ, Sáiz PA, Bascarán MT, Fernández JM, Bousoño M. Evaluación de la función sexual. En: Bobes J, Dexeus S, Gibert J, eds. *Psicofármacos y Función Sexual*. Madrid: Díaz de Santos; 2000. p. 171-8.
2. Sierra JC. Métodos y técnicas de evaluación de las disfunciones sexuales. En: Buela-Casa G, Caballo V, eds. *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI; 1991.
3. Hawton K. Sexual dysfunctions. En: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM, eds. *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford University Press; 1989. p. 370-405.
4. Clayton ALH. Assessment of Sexual Functioning. *Proceedings of the 151st American Psychiatric Association Annual Meeting*; 1998 May 30 – June 4; Toronto, Canadá. Washington: American Psychiatric Association; 1998.
5. Farré JM, Lasheras MG. Factores psicológicos en la evaluación multidisciplinar de la disfunción sexual: diagnóstico y tratamiento. En: Bobes J, Dexeus S, Gibert J, eds. *Psicofármacos y Función Sexual*. Madrid: Díaz de Santos; 2000. p. 61-92.
6. Carnwath T, Miller D. *Psicoterapia conductual en asistencia primaria: manual práctico*. Barcelona: Martínez Roca; 1989.

7. Derogatis LR. Psychological assessment of the sexual disabilities. En: Meyer JK, eds. The clinical management of sexual disorders. Baltimore: Williams & Wilkins Co; 1976.
8. Derogatis LR, Melisnatos N. The DSFI: a multidimensional measure of sexual functioning. *J Sex Marital Ther* 1979;5:244.
9. Derogatis LR, Meyer JK, Dupkin C. Discrimination of organic versus psychogenic impotence with de DSFI. *J Sex Marital Ther* 1976;2:229-40.
10. Derogatis LR, Meyer JK. A psychological profile of the sexual dysfunctions. *Arch Sex Behav* 1979;8:201-23.
11. Rust J, Golombok S. The handbook of the Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction. Glasgow: City Press; 1983.
12. Rust J, Golombok S. The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). *Br J Clin Psychol* 1985; 24:63-4.
13. Rust J, Golombok S. The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behav* 1986;15:157-65.
14. Harrison WM, Rabkin JG, Ehrhardt AA, Stewart JW, McGrath PJ, Ross D, Quitkin FM. Effects of antidepressant medication on sexual function: a controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 1986;6:144-9.
15. Howell JR, Reynolds CE, Thase ME, Frank E, Jennings JR, et al. Assessment of sexual function, interest and activity in depressed men. *J Affect Disord* 1987;13: 61-6.
16. Reynolds CE, Frank E, Thase ME, Houck PR, Jennings R, Howell JR, et al. Assessment of sexual function in depressed, impotent, and healthy men: factor analysis of a Brief Sexual Function Questionnaire for men. *Psychiatry Res* 1988;24:231-50.
17. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Manber R, McKnight KM, Moreno FA, Delgado PL. The Arizona Sexual Experience Scale: validity and reliability. *Proceedings of the 150th Annual Meeting of the American Psychiatric Association*; 1997 May 17-22; San Diego, EEUU. Washington: American Psychiatric Association; 1997.
18. Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ. The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): development, reliability, and validity. *Psychopharmacol Bull* 1997;33:731-45.
19. Bobes J, Bascarán MT, Merino MJ, Sáiz PA, Fernández JM, González MP. Versión española del Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (CCFS). En: Bobes J, Dexeus S, Gibert J, eds. *Psicofármacos y Función Sexual*. Madrid: Díaz de Santos; 2000. p. 179-91.
20. 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.
21. Bobes J, González MP, Bascarán MT, Clayton A, García M, Rico-Villademoros F, Banús S. Evaluating changes in sexual functioning in depressed patients: sensitivity to change of the CSFQ. *J Sex Marital Ther* 2001 (en prensa).
22. 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 Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:141-50.
23. Hoon EF, Joon PW, Wincze JP. An inventory for the measurement of female sexual arousability: the SAI. *Arch Sex Behav* 1976;5:269-74.
24. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirpatrick J, Mishra A. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997;49: 822-30.
25. Farré Martí JM, For a i Eroles F. Cuando querer no es poder. La disfunción eréctil. Barcelona: Océano; 1999. p. 108-9.

Correspondencia:
 Julio Bobes García
 Universidad de Oviedo - Área de Psiquiatría
 Julián Clavería, 6
 33006 Oviedo
 E-mail: bobes@correo.uniovi.es