

ORIGINAL

Diseño y validación de la segunda edición del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer, FSM-2



F. Sánchez-Sánchez^{a,*}, C. Ferrer-Casanova^a, B. Ponce-Buj^a, Y. Sipán-Sarrión^a,
A.R. Jurado-López^b, C. San Martín-Blanco^c, M.J. Tijeras-Úbeda^d y A. Ferrández Infante^e

^a Centro de Salud de Xàtiva, Xàtiva (Valencia), España

^b Instituto Europeo de Sexología, Marbella (Málaga), España

^c Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud (CIPSA). Santander, España

^d Unidad de Gestión Clínica, Almería periferia, Almería, España

^e Centro de Salud Guadarrama, Guadarrama (Madrid). España

Recibido el 3 de septiembre de 2019; aceptado el 22 de enero de 2020

Disponible en Internet el 18 de marzo de 2020

PALABRAS CLAVE

Cuestionarios;
Salud sexual;
Disfunción sexual;
Mujer;
Diagnóstico;
Evaluación

Resumen

Objetivo: Diseñar y validar la segunda edición del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM-2).

Material y métodos: Estudio transversal y multicéntrico, realizado en 187 mujeres (de 18 a 70 años) que autocumplimentaron un test (cuestionario FSM-2 preliminar), y respondieron después una anamnesis estructurada sobre función sexual femenina. Cuatro semanas más tarde autocumplimentaron un retest, igual que el test, pero con una pregunta adicional sobre posible influencia de acontecimientos recientes en su vida sexual.

Resultados: Edad media de las mujeres 43,51 años. Consistencia interna del cuestionario: α de Cronbach del test 0,919; de la anamnesis estructurada 0,921, del retest 0,920. Fiabilidad test-retest: puntuaciones medias del test $30,53 \pm 8,605$; del retest $30,05 \pm 8,770$, sin diferencias significativas. Correlación entre puntuaciones totales del test y retest (coeficiente de correlación intraclase) 0,960, significativa ($p < 0,01$); entre puntuaciones totales del test y anamnesis estructurada 0,977, significativa ($p < 0,01$). Concordancia entre preguntas del test y anamnesis estructurada (índice kappa), mínima 0,706, máxima 0,915; entre preguntas del test y retest, mínima 0,630, máxima 0,802. Validez de contenidos por consenso de expertos. Validez de criterio: especificidad del cuestionario superior al 90% para todos los ítems/dominios, sensibilidad superior al 80%, salvo para ítems 5, 6, 9 (70-80%). Validez de constructo mediante análisis factorial, agrupación de ítems en 2 componentes (explican el 66,586% de varianza).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: consultafsanchez@gmail.com (F. Sánchez-Sánchez).

Conclusiones: El cuestionario FSM-2 es fiable y válido. Evalúa la respuesta sexual de la mujer y describe aspectos importantes de su actividad sexual en pareja: ansiedad anticipatoria, iniciativa, confianza para comunicar preferencias y acontecimientos que puedan influir. Puede detectar disfunción sexual en la pareja.

© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Questionnaires;
Sexual health;
Sexual dysfunction;
Women;
Diagnostic;
Evaluation

Design and validation of the second edition of the Women's Sexual Function Questionnaire, FSM-2

Abstract

Objective: To design and validate the second edition of the Female Sexual Function questionnaire (FSF-2).

Material and methods: A cross-sectional and multicentre study was conducted on 187 women (18-70 years) who completed a test (preliminary questionnaire FSF-2), and then answered a structured anamnesis on female sexual function. Four weeks later they completed a retest, which was equal to the test but with an additional question about possible influence of recent events in their sex life.

Results: The mean age of the women was 43.51 years. Internal consistency of the questionnaire: Cronbach's α of the 0.919 test, of structured anamnesis 0.921, of the 0.920 retest. Test-retest reliability: mean test scores 30.53 ± 8.605 , retest 30.05 ± 8.770 , without significant differences. Correlation between total test and retest scores (intraclass correlation coefficient) 0.960, significant ($P < .01$); between total test scores and structured anamnesis 0.977, significant ($P < .01$). Concordance between test questions and structured anamnesis (kappa index), minimum 0.706, maximum 0.915; between test and retest questions, minimum 0.630, maximum 0.802. Content validity by expert consensus. Criteria validity: specificity of the questionnaire exceeding 90% for all items/domains, sensitivity greater than 80%, except for items 5, 6, 9 (70-80%). Validity of the construct through factor analysis, grouping of items into 2 components (they explain 66.586% of variance).

Conclusions: The FSF-2 questionnaire is reliable and valid. It evaluates the sexual response of women, describing important aspects of their sexual activity as a couple: anticipatory anxiety, initiative, confidence to communicate, preferences and events that may influence. It can detect sexual dysfunction in the couple.

© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Según la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5¹, las disfunciones sexuales son un grupo de trastornos heterogéneos que alteran la capacidad de la persona para responder sexualmente o para experimentar placer sexual. Las disfunciones sexuales repercuten negativamente en la autoestima, con frecuencia en las relaciones de pareja, así como en la calidad de vida y en el balance global de salud^{2,3}. Quienes las sufren suelen ocultar su presencia incluso a los profesionales de la salud⁴. Los cuestionarios autoadministrados ayudan a salvar esta barrera⁵. Se han publicado algunos en las últimas décadas para detectar disfunción sexual femenina, sin embargo, la mayoría están en desuso, bien por su antigüedad, por el excesivo número de ítems⁶⁻⁸, por evaluar parcialmente la respuesta sexual⁹⁻¹² o por evaluar solo los efectos de enfermedades o tratamientos¹³⁻¹⁵.

Con el propósito de contar con un instrumento psicométrico que facilitase el diagnóstico clínico de las disfunciones sexuales más frecuentes entre las mujeres y que permitiese realizar estudios de investigación, en 2004 diseñamos y validamos el cuestionario autoadministrado de Función Sexual de la Mujer (FSM)¹⁶, que desde su publicación se nos solicita frecuentemente. Validado en español, explora todas las fases de la respuesta sexual femenina (deseo, excitación, orgasmo, satisfacción), y permite, además, conocer aspectos de interés de su actividad sexual (ansiedad anticipatoria a la relación sexual, iniciativa, confianza para comunicar preferencias, etc.), lo que lo distingue de cuestionarios tan utilizados como el *Sexual Function Questionnaire* (SFQ-V1)¹⁷ o el *Female Sexual Function Index* (FSFI)¹⁸, ambos de origen anglosajón.

Sin embargo, la experiencia adquirida con el cuestionario FSM y la información de investigadores que han recurrido a él nos ha permitido detectar algunas imprecisiones que pretendemos corregir con esta segunda edición, adaptada a

los criterios diagnósticos del DSM-5¹ para disfunción sexual. Este manual, en la subsección de disfunciones sexuales, incorpora términos como «interés sexual», unificando los diagnósticos de dispareunia (F52.6) y vaginismo (F52.5) del anterior DSM-IV-TR en uno nuevo: trastorno de dolor genitopélvico/penetración (F52.6), integración que anticipamos al diseñar el cuestionario FSM de 2004. Además, el DSM-5 reitera la asociación entre disfunción sexual y relación de pareja, lo cual afecta al cuestionario FSM, ya que después de 15 años de experiencia clínica con él hemos comprobado que se aplica casi exclusivamente en mujeres por su actividad sexual en pareja, raras veces por actividad sexual exclusivamente propia, como la primera edición permitía. A fin de cumplir con los criterios del DSM-5, se han incorporado a esta segunda edición del cuestionario los nuevos términos y algunas modificaciones en sus ítems para adaptar su aplicación a mujeres solo con motivo de su actividad sexual en pareja.

El objetivo de este trabajo ha sido diseñar y validar la segunda edición del cuestionario de FSM-2 que corrija las imprecisiones detectadas en el cuestionario FSM, adaptándolo a los criterios contemplados en el DSM-5 para el diagnóstico de disfunción sexual.

Material y métodos

Diseño y población objeto de estudio

Estudio transversal y multicéntrico realizado en mujeres de procedencia urbana que acuden por cualquier motivo a sus centros de salud en diferentes comunidades españolas (Valencia, Andalucía, Madrid, Cataluña y La Rioja), según el lugar de trabajo de los investigadores y no cumplen ningún criterio de exclusión. Estos fueron presencia de enfermedad grave que impidiese la actividad sexual, incapacidad física o mental para entender la hoja de consentimiento informado facilitada o para responder los ítems del cuestionario de manera autónoma y no firmar el consentimiento informado.

Selección de la muestra

Cada uno de los investigadores del estudio, adiestrados al efecto y que seguían un protocolo de actuación consensuado, propusieron participar en él a 20 mujeres mediante muestreo consecutivo, incorporando durante 5 días seguidos a las 4 primeras, de 18 a 70 años, que acudían por cualquier motivo a sus consultas: 12 de medicina de familia, una de ginecología y 3 de enfermería. Las que aceptaron participar lo hicieron de manera voluntaria después de la lectura y firma del consentimiento informado.

Según estudios publicados sobre prevalencia de disfunciones sexuales femeninas^{19,20}, la muestra mínima necesaria para su medida en las consultas consideradas se fijó en 257 (prevalencia estimada 40-50%, precisión 6%; $\alpha = 0,05$; número: 10.000). Suponiendo una proporción de pérdidas del 15%, se esperó alcanzarla con la selección inicial de 320 mujeres. Finalmente aceptaron participar en el estudio 240.

Intervenciones y procedimientos

Diseño del cuestionario FSM-2 por un comité de expertos integrado por 3 médicos de familia y 3 médicos sexólogos (4 mujeres y 2 hombres), con formación y experiencia en sexología médica, que mantuvieron inicialmente los 14 ítems del cuestionario FSM publicado en 2004 y sus 2 agrupaciones de dominios: dominios evaluadores de la actividad sexual (DEAS) y dominios descriptivos de la actividad sexual (DDAS) y renombraron los primeros en el FSM-2 como dominios evaluadores de la respuesta sexual (DERS).

Partiendo de la hipótesis de que no existirían diferencias significativas entre las respuestas dadas por las mujeres al cuestionario FSM-2 y las obtenidas durante una entrevista clínica, el grupo de expertos diseñó también una anamnesis estructurada de función sexual femenina (AFSF), conformada por 11 preguntas, basada asimismo en los criterios del DSM-5 para el diagnóstico de disfunción sexual, de contenido similar al cuestionario, con 3 posibles respuestas para cada pregunta, que puntuaban de 1 a 3.

En cuanto al estudio en sí, después de que cada mujer participante firmase el consentimiento informado era citada por el investigador correspondiente a una primera reunión, en el transcurso de la cual se le solicitó la autocumplimentación del cuestionario FSM-2 cuidando de preservar suficiente intimidad, para plantearle a continuación literalmente las preguntas de la AFSF así como las 3 opciones de respuestas en cada una.

Al finalizar esa primera reunión, los investigadores entregaron a las 240 mujeres participantes un sobre cerrado que contenía un retest, para cumplimentar 4 semanas más tarde, con el mismo cuestionario FSM-2 del test al que se añadió una pregunta suplementaria: «¿Le ha sucedido algún acontecimiento en las últimas 4 semanas que haya podido influir en su vida sexual?», con opciones de respuesta afirmativa o negativa, ponderando en el primer caso su influencia (mucho, algo o nada).

Segunda reunión, 4 semanas después, para la recogida del retest cumplimentado. En total se recibieron 199 retest; no se evaluaron 12 por falta de respuesta a alguna pregunta. Finalmente fueron 187 las encuestas válidas.

Selección de los ítems

Partiendo del cuestionario FSM (14 preguntas), el comité de expertos realizó cambios en esta segunda edición a fin de mejorar su comprensión y su capacidad evaluativa.

El primer cambio fue suprimir la pregunta llave inicial del FSM: «¿Ha tenido usted actividad sexual durante las últimas 4 semanas?», al reconocerse que algunas mujeres no la respondían y, por ende, tampoco el cuestionario, al no haber mantenido relaciones sexuales como consecuencia de disfunciones sexuales propias o de la pareja. Otros cambios consistieron en reunificar las preguntas 3 y 4 de la edición anterior, redundantes entre sí, y reconvertirlas en la 2 del FSM-2, y la 13 y la 14 reunificarlas en la 11 por el mismo motivo. Para adaptar su aplicación solo a mujeres con motivo de su actividad sexual en pareja, se modificó el enunciado de algunas preguntas.

Tratando de optimizar la sencillez y la precisión también, se modificó el número de respuestas a cada uno de

Tabla 1 Coeficiente de correlación intraclase para cada ítem entre test y AFSF, y entre test y retest, con intervalos de confianza (IC) del 95% (n = 187)

| Ítems | Test-AFSF (IC 95%) | Test-retest (IC 95%) |
|--------------------------|---------------------|----------------------|
| 1-Deseo | 0,913 (0,884-0,935) | 0,906 (0,875-0,930) |
| 2-Excitación | 0,939 (0,919-0,954) | 0,925 (0,900-0,944) |
| 3-Lubricación | 0,949 (0,932-0,962) | 0,948 (0,931-0,961) |
| 4-Dolor genital | 0,966 (0,954-0,974) | 0,947 (0,929-0,960) |
| 5-Penetración vaginal | 0,941 (0,921-0,956) | 0,955 (0,940-0,966) |
| 6-Orgasmo | 0,951 (0,935-0,964) | 0,945 (0,927-0,959) |
| 7-Ansiedad anticipatoria | 0,909 (0,879-0,932) | 0,887 (0,849-0,915) |
| 8-Iniciativa sexual | 0,906 (0,875-0,929) | 0,905 (0,873-0,929) |
| 9-Confianza de comunicar | 0,843 (0,791-0,882) | 0,876 (0,835-0,907) |
| 10-Frecuencia sexual | 0,960 (0,947-0,970) | 0,927 (0,902-0,945) |
| 11-Satisfacción sexual | 0,939 (0,919-0,954) | 0,934 (0,912-0,951) |
| Total 11 ítems/dominios | 0,977 (0,969-0,983) | 0,960 (0,947-0,970) |

AFSF: anamnesis estructurada sobre función sexual femenina.

los ítems, que pasó de 5 a 4. En el FSM las contestaciones posibles a los correspondientes a evaluaciones de frecuencia eran: 1-nunca, 2-raramente, 3-a veces, 4-a menudo, 5-casi siempre-siempre. En el FSM-2 se unificaron las opciones 1 y 2 (la opción 1-nunca o casi nunca), se precisaron las opciones de respuesta 2 y 3 (anteriores 3 y 4 del FSM), y se mantuvo igual la opción 4-casi siempre-siempre (anterior opción 5 del FSM). Los ítems relacionados con evaluaciones cuantitativas (1, 7 y 11) se adaptaron también a este formato de 4 respuestas posibles.

Como prueba piloto, 4 miembros del grupo de expertos aplicaron el cuestionario FSM-2 y la AFSF a 20 mujeres, y consensuaron tras varias reuniones el test utilizado en el estudio, que quedó configurado por 12 ítems y el retest por 13, al añadirse a este la mencionada pregunta sobre acontecimientos sucedidos en las últimas 4 semanas.

Tras analizar las respuestas al finalizar el estudio, se suprimió la primera pregunta sobre fantasías sexuales de que constaba el test y el retest utilizados en la investigación, que el comité de expertos mantuvo en un principio siguiendo el modelo del cuestionario FSM, ya que, además de ser discutible que la presencia o intensidad de dichas fantasías tengan relación con el nivel de deseo sexual, su concordancia con la pregunta específica sobre deseo sexual, tanto del FSM-2 como de la AFSF, era muy baja (consultar resultados). Por último, se incorporó a la versión final del FSM-2 la pregunta sobre posibles acontecimientos sucedidos en las últimas 4 semanas, contemplada en el retest, con lo que se configuró un cuestionario final de 12 ítems.

Análisis estadístico

Fiabilidad: análisis de consistencia interna, mediante el coeficiente α de Cronbach; fiabilidad test-retest, por medio de t de Student y coeficiente de correlación intraclase (CCI); concordancia entre las pruebas realizadas, con el índice kappa.

Validez: de contenido alcanzada por consenso de expertos; de criterio, a través del cálculo de la sensibilidad y especificidad; de constructo, mediante análisis factorial.

Análisis de datos realizado con el paquete estadístico SPSS versión 24.0 (Armonk, NY: IBM Corp; EE. UU.).

Aspectos éticos

El protocolo de este estudio ha sido aprobado por el CEIC de La Rioja (6 de septiembre de 2017), n.º de registro CEICLAR P.I. 256.

Resultados

Media de edad (en años) de las mujeres incluidas: $43,51 \pm 12,215$ (intervalo de confianza [IC] 95%: 41,75-45,27). Porcentajes de mujeres incluidas sobre el total por grupos de edad: 18-20 (años): 2,1%; 21-30: 12,3%; 31-40: 28,3%; 41-50: 26,7%; 51-60: 20,3% y 61-70: 10,2%.

Fiabilidad

Para evaluar la consistencia interna del cuestionario: coeficiente α de Cronbach global del test (187 casos, 11 ítems) 0,919; de la AFSF (187 casos, 11 ítems) 0,921; del retest 0,920 (187 casos, 11 primeros ítems).

Fiabilidad test-retest entre las sumas totales de respuestas: puntuaciones medias del test $30,53 \pm 8,605$ (IC 95%: 29,29-31,78); del retest $30,05 \pm 8,770$ (IC 95%: 28,78-31,31); t de Student entre ambas medias 1,963, diferencia no significativa ($p: 0,051$). Correlación entre las puntuaciones totales del test y del retest (CCI, medidas promedio) 0,960 (IC 95%: 0,947-0,970), correlación significativa ($p < 0,01$). Correlación entre las puntuaciones totales del test y la AFSF (CCI, medidas promedio) 0,977 (IC 95%: 0,969-0,983), correlación significativa ($p < 0,01$); fuerza de la correlación para cada uno de los ítems del test con los de la AFSF y el retest, según medidas promedio del CCI, mayoritariamente superior a 0,9 (muy buena) y superior a 0,8 para el resto (buena) (tabla 1).

Concordancia mediante el índice de kappa entre las preguntas del test y la AFSF: mínima 0,706 y máxima de 0,915. Entre las preguntas del test y del retest: mínima 0,630 y máxima 0,802 (tabla 2). En el test, el índice de kappa del ítem sobre fantasías sexuales con el específico sobre deseo

Tabla 2 Índice de kappa entre test y AFSF, y entre test y retest

| Ítems/dominios | Test-AFSF | Test-retest |
|--------------------------|-----------|-------------|
| 1-Deseo | 0,821 | 0,766 |
| 2-Excitación | 0,897 | 0,681 |
| 3-Lubricación | 0,885 | 0,735 |
| 4-Dolor genital | 0,864 | 0,787 |
| 5-Penetración vaginal | 0,818 | 0,750 |
| 6-Orgasmo | 0,850 | 0,802 |
| 7-Ansiedad anticipatoria | 0,734 | 0,630 |
| 8-Iniciativa sexual | 0,806 | 0,729 |
| 9-Confianza de comunicar | 0,706 | 0,641 |
| 10-Frecuencia sexual | 0,873 | 0,708 |
| 11-Satisfacción sexual | 0,915 | 0,730 |

La concordancia entre test y AFSF, y entre test y retest, es significativa en cada índice para todos los ítems, $p < 0,01$ (chi-cuadrado de Pearson).

Tabla 3 Valores de sensibilidad y especificidad (%)

| Ítems/dominios | Sensibilidad | Especificidad |
|--------------------------|--------------|---------------|
| 1-Deseo | 85,93 | 99,18 |
| 2-Excitación | 91,42 | 98,47 |
| 3-Lubricación | 80,43 | 99,16 |
| 4-Dolor genital | 100 | 100 |
| 5-Penetración vaginal | 72,97 | 97,67 |
| 6-Orgasmo | 70,58 | 98,65 |
| 7-Ansiedad anticipatoria | 100 | 96,11 |
| 8-Iniciativa sexual | 96,51 | 93,33 |
| 9-Confianza de comunicar | 74 | 98,54 |
| 10-Frecuencia sexual | 98,00 | 93,75 |
| 11-Satisfacción sexual | 97,77 | 97,18 |

sexual (ítem 1) fue de 0,126; el mismo ítem de fantasías del test con el ítem 1, específico del deseo en la AFSF, de 0,102.

Validez

Validez de contenidos, por consenso del comité de expertos.

Validez de criterio: la especificidad del cuestionario FSM-2 es superior al 90% para todos los ítems/dominios y su sensibilidad supera el 80%, salvo para los ítems 5, 6 y 9 con valores entre el 70 y el 80% (tabla 3).

Validez de constructo: confirmada la pertinencia del análisis factorial (índice KMO: 0,92 y Bartlett $< 0,01$), mediante el que se comprobó que los ítems se agrupaban en 2 factores que explican el 66,586 de la varianza total (tabla 4).

Registan acontecimientos con influencia en la vida sexual durante las últimas 4 semanas (retest) 29 mujeres (15,5%): 3 embarazo, 3 enfermedad física/tratamiento médico, 3 ansiedad/depresión, 3 vaginitis, 3 muerte de familiar, 2 nueva relación, 2 conflicto de pareja, 2 accidente, 2 incompatibilidad horaria, 2 vacaciones, una separación. No describen acontecimiento 3 mujeres.

El acontecimiento influye «mucho» en 18 mujeres (9,6% del total); «algo» en 7 (3,7%) y «nada» en 2. No registran influencia 2.

Tabla 4 Análisis factorial. Componentes principales con rotación varimax

| Componentes | Componentes | |
|-----------------------------|-------------|-------|
| | 1 | 2 |
| Ítems/dominios | | |
| FSM4 Dolor genital | 0,906 | 0,159 |
| FSM5 Penetración vaginal | 0,882 | 0,204 |
| FSM3 Lubricación | 0,868 | 0,252 |
| FSM6 Orgasmo | 0,857 | 0,199 |
| FSM2 Excitación | 0,846 | 0,276 |
| FSM11 Satisfacción sexual | 0,752 | 0,294 |
| FSM10 Frecuencia sexual | 0,666 | 0,280 |
| FSM1 Deseo | 0,580 | 0,436 |
| FSM7 Ansiedad anticipatoria | 0,146 | 0,728 |
| FSM9 Confianza de comunicar | 0,157 | 0,727 |
| FSM8 Iniciativa sexual | 0,302 | 0,616 |

Porcentaje de varianza total explicada: 66,586.

Discusión

El cuestionario FSM-2 es autoadministrado, de rápida cumplimentación y aplicable a mujeres de cualquier edad u orientación sexual que mantengan actividad sexual en pareja. Consta de 12 ítems (anexo 1) que conforman 2 tipos de dominios: evaluadores de la respuesta sexual y descriptivos de la actividad sexual (anexo 2).

La respuesta sexual humana es tan variable como vulnerable y una limitación de este estudio podría deberse a que las contestaciones de las mujeres seleccionadas estuviesen influidas por algún acontecimiento, adverso o favorable, acaecido durante las 4 semanas anteriores a su cumplimentación. Para obviarlo, la última pregunta del FSM-2 considera tal posibilidad, y es la mujer la que pondera su influencia. Esta sensibilidad al cambio, que sepamos, no se contempla en los demás cuestionarios. Con la misma intención, el intervalo de 4 semanas entre la cumplimentación del test y el retest, con la limitación del posible recuerdo, permitió obtener una tasa de repetición alta (82,9%), y se eligió considerando la duración habitual del ciclo menstrual femenino, 4 semanas, lo que propiciaría un nivel hormonal similar en el momento de cumplimentar ambos.

El cuestionario FSM-2 es fiable y lo ha demostrado mediante 2 métodos: comparando las respuestas de las mujeres al test con las dadas a la AFSF unos minutos después (concordancia entre ambas pruebas mayoritariamente «muy buena») y cotejando las respuestas al test con las dadas al retest 4 semanas más tarde; en este caso la concordancia fue «buena» o «muy buena». Su especificidad es «muy alta», así como su sensibilidad, aunque esta resulte algo inferior en los ítems 5, 6 y 9, lo que se explicaría por haber considerado a efectos estadísticos a la AFSF como prueba patrón, lo cual conlleva un cierto error, al ser diversos los factores que alteran la veracidad de las respuestas en cualquier entrevista clínica; para evitarlo se han optimizado las condiciones de la entrevista y apelado a la sinceridad de las entrevistadas.

El resultado del análisis factorial ha modificado parcialmente la propuesta inicial del comité de expertos con relación a los ítems/dominios que integran las 2 agrupaciones obtenidas mediante él, excluyendo de los

DERS los de «ansiedad anticipatoria», «iniciativa sexual» y «confianza para comunicar», e incluyendo «frecuencia sexual».

Aunque varias investigaciones han recurrido al cuestionario FSM^{21,22}, el más utilizado sigue siendo el FSFI²³⁻²⁵ del año 2000, que consta de 19 ítems, no sigue los criterios del DSM-5 y tampoco ha sido validado en población general española. A nuestro modo de ver el cuestionario FSM-2 presenta ventajas respecto a él, dada su adaptación a los criterios diagnósticos del DSM-5, su mayor capacidad para identificar las causas de las disfunciones sexuales con un menor número de ítems, así como para abordar aspectos descriptivos importantes.

Los pacientes se interesan cada vez más por las cuestiones de salud sexual. Por ello, contar con instrumentos como este para detectar y diagnosticar disfunciones sexuales, habituales en enfermedades tan prevalentes como las cardiovasculares²⁶ o psiquiátricas²⁷, pero también entre mujeres víctimas de abusos^{28,29}, creemos que redundaría positivamente en el balance global de salud³⁰.

Aunque la tasa de mujeres que aceptaron participar en el estudio fue elevada (75%) el número de encuestas válidas ha sido baja (187), lo que también sería una limitación, no obstante nos parece una muestra suficiente para evaluar el cuestionario, como también lo es el número de ítems de que consta para alcanzar los objetivos diagnósticos.

Conclusiones

El cuestionario FSM-2 es válido y fiable. Además de evaluar la respuesta sexual de la mujer recoge aspectos descriptivos importantes sobre su actividad sexual en pareja: ansiedad anticipatoria a la relación sexual, iniciativa y confianza para comunicar preferencias sexuales. Además, puede detectar problemas sexuales de la pareja y es sensible a cambios en la vida sexual debidos a acontecimientos recientes.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos la participación al resto de los investigadores: Rosario Blasco Martínez, María Jesús Puy Parache, Nuria Pascual Regueiro, Ángel Luis Merino Gámez, Desiré Revert Calabuig, María Teresa Esteve Merín, Patricia Sáez Candela, Raquel Sanchís Calabuig, Rafael Monzó Giménez y Paula Guerrero Alonso.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.semerg.2020.01.004](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.01.004).

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision, 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Nappi RE, Cucinella L, Martella S, Rossi M, Tiranini L, Martini E. Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas*. 2016 Dec;94:87–91.
3. Barata BC. Affective disorders and sexual function: From neuroscience to clinic. *Curr Opin Psychiatry*. 2017;30:396–401.
4. Chakkalakal D, Weißbach L. Sexuality in the elderly: The role of the physicians in maintaining sexual health of older men. *Urologe A*. 2015;54:1710–6.
5. Sánchez F. Epidemiología de las DS femeninas. En: Cruz Navarro N, editor. *Tratado de andrología y medicina sexual*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011. p. 847–56.
6. Derogatis LR, Mellisaratos N. The DSFI: A multidimensional measure of sexual functioning. *J Sex Marital Ther*. 1979;5:244–81.
7. Rust J, Golombok S. The GRIS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behav*. 1986;15:157–65.
8. 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.
9. Hoon EF, Joon PW, Wincze JP. An inventory for the measurement of female sexual arousability: The SAI. *Arch Sex Behav*. 1976;5:269–74.
10. Aluja A, Torrubia R, Gallart S. Validación española del autoinforme de ansiedad y excitación sexual ampliado (SAI-E). *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*. 1990;17:252–68.
11. 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.
12. Loshek E, Terrell HK. The Development of the Sexual Assertiveness Questionnaire (SAQ): A comprehensive measure of sexual assertiveness for women. *J Sex Res*. 2015;52:1017–27.
13. 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.
14. 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. *J Womens Health Gend Based Med*. 2002;11:277–89.
15. 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.
16. Sánchez F, Pérez M, Borrás JJ, Gómez O, Aznar J, Caballero A. Diseño y validación del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Aten Primaria*. 2004;34:286–92, [http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567\(04\)79497-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567(04)79497-4).
17. 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. *J Womens Health Gend Based Med*. 2002;11:277–89, <http://dx.doi.org/10.1089/152460902753668475>.
18. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, 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, <http://dx.doi.org/10.1080/009262300278597>.

19. Scavello I, Maseroli E, Di Stasi V, Vignozzi L. Sexual health in menopause. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(9.):E559, <http://dx.doi.org/10.3390/medicina55090559>.
20. McCool ME, Zuelke A, Theurich MA, Knuettel H, Ricci C, Apfelbacher C. Prevalence of female sexual dysfunction among premenopausal women: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Sex Med Rev*. 2016;4:197–212, <http://dx.doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.03.002>.
21. Pons EM, Clota PM, Aguilón GM, Zardain PC, Alvarez RP. Questionnaire for evaluation of sexual function in women with genital prolapse and/or incontinence Validation of the Spanish version of Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). *Actas Urol Esp*. 2008;32:211–9.
22. Pomares-Callejón MA, Ferrer-Márquez M, Solvas-Salmerón MJ. Cambios en la salud sexual de los pacientes obesos tras cirugía bariátrica. *Cir Cir*. 2018;86:255–60.
23. Shisler R, Sinnott JA, Wang V, Hebert C, Salani R, Felix AS. Life after endometrial cancer: A systematic review of patient-reported outcomes. *Gynecol Oncol*. 2018;148:403–13.
24. Watson E, Milhausen RR, Wood J, Maitland S. Sexual motives in heterosexual women with and without sexual difficulties. *J Sex Marital Ther*. 2017;43:110–20.
25. Portillo Sánchez S, Pérez Medina T, Royuela A. Disfunción sexual femenina: estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas. *Prog Obstet Ginecol*. 2017;60:320–7.
26. Imprialos KP, Stavropoulos K, Doumas M, Tziomalos K, Karagiannis A, Athyros VG. Sexual dysfunction cardiovascular risk and effects of pharmacotherapy. *Curr Vasc Pharmacol*. 2018;16:130–42.
27. Basson R, Gilks T. Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Womens Health (Lond)*. 2018;14, <http://dx.doi.org/10.1177/1745506518762664>.
28. Pulverman CS, Kilimnik CD, Meston CM. The impact of childhood sexual abuse on women's sexual health: A comprehensive review. *Sex Med Rev*. 2018;6:188–200.
29. Talmon A, Ginzburg K. Body self'' in the shadow of childhood sexual abuse: The long-term implications of sexual abuse for male and female adult survivors. *Child Abuse Negl*. 2018;76:416–25.
30. Flynn KE, et al. Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of U.S. adults. *J Sex Med*. 2016;13:1642–50.