



Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Original

Evaluación de la esfera sexual en pacientes con artritis psoriásica

Montserrat Robustillo-Villarino^{a,*}, Juan José Alegre-Sancho^b y
María de los Ángeles Martínez-Ferrer^b

^a Sección de Reumatología, Hospital Universitario de la Plana, Castellón, España

^b Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España



INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de febrero de 2022

Aceptado el 3 de junio de 2022

On-line el 26 de octubre de 2022

Palabras clave:

Artritis psoriásica

Psoriasis

Comorbilidades

Sexualidad

Disfunción sexual

R E S U M E N

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es un trastorno inflamatorio crónico que afecta principalmente a las articulaciones y las entesis. Además, se asocia con el síndrome depresivo (SD), la enfermedad cardiovascular, la hipertensión (HTA), la diabetes mellitus (DM), la obesidad y la psoriasis (Pso). Existen pocos estudios dirigidos a analizar la asociación de la afectación del aparato locomotor con las alteraciones de la calidad sexual (CS).

Métodos: Se propuso un estudio observacional transversal en pacientes diagnosticados de APs, a los que aplicaron cuestionarios validados autoaplicados para determinar alteraciones de la CS: MGH-SFQ y CSFQ-14, que valoran los cuatro dominios de la función sexual; Qualisex y DLQI diseñados para patología articular y dermatológica respectivamente, que exploran aspectos sexuales. El objetivo fue describir la existencia de alteraciones sexuales de pacientes con APs, analizar la asociación entre las características sociodemográficas, comorbilidades (Pso, SD, factores de riesgo cardiovascular) y los tratamientos de los pacientes sobre la CS y describir diferencias de CS en función del género.

Resultados: Se valoraron 72 pacientes y se observó que las variables de los pacientes con APs que se asociaron con mayor fuerza con puntuaciones más bajas en CS fueron ser mujer y la edad en el CSFQ-14 y MGH-SFQ; el nivel de ingresos, el tratamiento con AINE, la dislipemia (DL) y la depresión se asociaron a peores resultados en algunos dominios de la esfera sexual.

Conclusiones: Los pacientes con APs presentaban una CS deteriorada, especialmente mujeres, de mayor edad, bajo nivel de ingresos y DL. Los tratamientos antiinflamatorios se asociaron con mejor CS. Globalmente, la enfermedad crónica y la carga psicológica de padecerla se comportaron como factores predisponentes de disfunción sexual.

© 2022 Elsevier España, S.L.U. y

Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Evaluation of the sexual sphere in patients with psoriatic arthritis

A B S T R A C T

Keywords:

Psoriatic arthritis

Psoriasis

Comorbidities

Sexuality

Sexual dysfunction

Introduction: Psoriatic arthritis (PsA) is a chronic inflammatory disorder that primarily affects the joints and entheses. In addition, it is associated with depressive syndrome (DS), cardiovascular disease, hypertension (HT), diabetes mellitus (DM), obesity and psoriasis (Pso). There are few studies aimed to analyze the association of the involvement of the musculoskeletal system with sexual function (SF).

Methods: A cross-sectional observational study was proposed in patients diagnosed with PsA, to whom self-administered validated questionnaires were applied to determine alterations in SF: MGH-SFQ and CSFQ-14, which assess the 4 domains of sexual function; Qualisex and DLQI designed for joint and dermatological pathology respectively, which explore sexual aspects. The objective was to describe the existence of altered sexual function in patients with PsA; analyze the association between sociodemographic characteristics, comorbidities (Pso, DS, cardiovascular risk factors) and the treatments of patients on SF; and describe differences of SF according to gender.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: montse.robustillo@gmail.com (M. Robustillo-Villarino).

Results: 72 patients were evaluated. It was observed that the variables of patients with PsA that were associated with lower scores in SF were gender and age in the CSFQ-14 and MGH-SFQ; annual incomes, treatment with NSAIDs, DL and depression were associated with worse results in some domains of the sexual sphere.

Conclusions: Patients with PsA had impaired SF, especially women, elder patients, those with low annual incomes, DL and emotional disorders. Anti-inflammatory treatments were associated with better SF. Globally, the chronic disease and the psychological burden behaved as factors associated with sexual dysfunction.

© 2022 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

Introducción

La artritis psoriásica (APs) es un trastorno inflamatorio crónico que afecta principalmente a las articulaciones y entesis del aparato locomotor. La prevalencia oscila entre 0,3-1% de la población general¹, con mayor prevalencia en pacientes con psoriasis (Pso)², que se sitúa entre 6-42%. Esta enfermedad, además, se asocia con el síndrome depresivo, la enfermedad cardiovascular, la hipertensión, la diabetes mellitus y la obesidad^{3,4}. Son escasas las evidencias que relacionan la afectación del aparato locomotor con la disfunción sexual (DS). Aunque la mayoría de estudios publicados que analizan la influencia de la patología articular sobre la sexualidad están hechos con pacientes con artritis reumatoide (AR)^{5,6}, se conoce que otras patologías reumáticas, incluida la APs, afectan la sexualidad y la intimidad en las relaciones sexuales, ya sea por su afectación del aparato locomotor como por la afectación emocional^{7,8}.

La respuesta sexual se define como la secuencia de cambios físicos y emocionales que surgen cuando una persona se excita sexualmente y participa en actividades sexualmente estimulantes como el coito o la masturbación. Los cuatro estadios del ciclo de la respuesta sexual son el deseo, la excitación, el orgasmo y placer. Hasta la fecha, el estudio más amplio que valora varios aspectos sexuales en las relaciones personales, el *Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors*⁹, que incluyó más de 29 países y 27.500 individuos. Este estudio mostró cifras de DS discretamente diferentes entre géneros, con un 39% de las mujeres y un 28% de los hombres que comunicaron tener al menos una DS. Las DS más frecuentes que se describieron fueron la eyaculación precoz y la disfunción eréctil en los hombres, y la falta de interés sexual, la incapacidad para alcanzar el orgasmo y las dificultades de la lubricación en las mujeres^{9,10}. Además, existe una gran proporción de mujeres que experimentan múltiples DS. Por último, existe menos comorbilidad entre las DS para los hombres en comparación con las mujeres¹⁰. En los pacientes con APs que presentan afectación cutánea en forma de Pso concomitantemente, presentan una mayor prevalencia de alteraciones en la sexualidad^{7,11}. En concreto, se ha observado que pacientes con Pso tienen un mayor riesgo de DS y disfunción eréctil respecto a población sana, independientemente de las comorbilidades físicas y psicológicas. Entre los pacientes con Pso, aquellos con ansiedad, depresión, Pso genital, y por lo tanto, peor calidad de vida, tienen un mayor riesgo de padecer DS¹², pero estos datos no han sido corroborados en APs.

En la práctica clínica habitual se utilizan numerosas escalas o índices de valoración de actividad de la enfermedad inflamatoria y la repercusión sobre la calidad de vida de los pacientes, pero estos no incluyen ningún apartado específico dirigido a la valoración de la esfera sexual. Cabe mencionar el cuestionario *ASAS Health Index (ASAS-HI)*¹³, que mide el efecto sobre la salud en las espondiloartritis y hace referencia a la vida sexual en un ítem: «He perdido el interés por el sexo». Sin embargo, no llega a profundizar sobre el impacto que puede tener la enfermedad articular inflamatoria sobre la sexualidad.

Nuestro estudio pretende estudiar la prevalencia de las alteraciones sexuales de los pacientes con APs, y determinar asociaciones con variables sociodemográficas, comorbilidades y características propias de la enfermedad psoriásica.

Material y métodos

Llevamos a cabo un estudio observacional transversal en las consultas de reumatología de un hospital universitario. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años de ambos sexos y cualquier orientación sexual, diagnosticados de APs, según los criterios CASPAR, con un tiempo mínimo de diagnóstico de un año y tuvieran registradas al menos dos visitas clínicas. Pacientes que rechazaran participar en el estudio o no cumplieran los criterios de inclusión, no fueron incluidos.

Los datos demográficos, comorbilidades, síntomas clínicos y tratamientos empleados para la APs se recogieron a partir de la historia clínica electrónica. Además, se recogieron variables socio-demográficas a partir de un cuestionario autocumplimentado por el paciente.

La variable principal del estudio fue la alteración en la esfera sexual en pacientes diagnosticados de APs, que se valoró a través de cuestionarios específicos validados, que se detallan a continuación:

- Cambios en la función sexual (*Changes in Sexual Functioning Questionnaire* [CSFQ])^{14,15}. Existe una versión corta, el CSFQ-14, y consta de 14 preguntas. Evalúan los dominios de placer, deseo, excitación y orgasmo. Las preguntas 10 (sobre la pérdida del interés tras la excitación en mujeres, y priapismo en hombres) y 14 (sobre el orgasmo doloroso) solo se incluyen en el puntaje total. La puntuación máxima total teórica es de 70, una puntuación menor a 41 indica DS¹⁶.
- *Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire* (MGH-SFQ)¹⁷. El cuestionario incluye cinco ítems que evalúan el funcionamiento sexual en el último mes, asociado a deseo sexual, excitación, erección (en hombres), orgasmo y satisfacción sexual. Una mayor puntuación indica mejor funcionamiento sexual¹⁷. Puntuaciones inferiores a dos en algún ítem puede ser indicativo de DS.
- *Qualisex*^{18,19}, consta de 10 preguntas donde 0 indica nada y 10 muchísimo. La puntuación del cuestionario se calcula a través del promedio de los resultados de las 10 preguntas, de manera que una mayor puntuación indica peor calidad de vida sexual.
- Índice de calidad de vida en dermatología (DLQI)²⁰. Entre los dominios de salud que explora, se encuentra uno que hace referencia a las relaciones interpersonales incluyendo sexualidad. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el impacto sobre la calidad de vida del paciente²¹.

Para el análisis estadístico, las variables cuantitativas se resumieron mediante su media y desviación típica. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y

relativas. Se compararon las variables sociodemográficas, comorbilidades y propias de la APs, según la puntuación en el cuestionario CSFQ-14, MGH-SFQ, Qualisex y DLQI, donde las variables categóricas se compararon entre sí mediante el estadístico χ^2 , y las cuantitativas se compararon con las categóricas (dos o tres grupos) mediante un ANOVA si se cumplían las hipótesis de aplicabilidad o la prueba *U* de Mann-Whitney en caso contrario. Mediante un modelo de regresión lineal, se evaluó el efecto de las variables sociodemográficas, comorbilidades y propias de la APs, sobre los resultados de los cuestionarios. Se comprobó las hipótesis de aplicabilidad comprobando la normalidad de los residuos del modelo con el test de Shapiro-Wilk y la homogeneidad de varianzas observando los residuos del modelo gráficamente. Finalmente, con un modelo de regresión logística se analizó el efecto de las variables sociodemográficas, comorbilidades y propias de la APs sobre las DS de los sujetos. Se comprobó la bondad del ajuste del modelo con el test de Hosmer-Lemeshow.

En ambos modelos se seleccionaron las variables paso a paso, partiendo de un modelo sin variables, introduciendo y eliminándolas con el fin de minimizar el criterio de información de Akaike (AIC), un algoritmo que selecciona cuál es el modelo que mejor explica la variable respuesta (la puntuación al cuestionario o la disfunción sexual). El nivel de significación escogido para el análisis fue de $\alpha = 0,05$.

El proyecto cumplió los preceptos éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, incluyendo el convenio de Oviedo. Se respetó en todo momento, mediante la anonimidad de datos en la base, la confidencialidad de los mismos, de acuerdo con el RD 1720/2007 que desarrolla la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. El protocolo del estudio se aprobó por el Comité de Ética en Investigación (CEI) previo a su realización.

Resultados

Se registraron 78 pacientes, de los que 72 accedieron a contestar los cuestionarios. Las características demográficas y clínicas del grupo se muestran en la [tabla 1](#). La variable situación laboral fue reclasificada: los niveles trabajo temporal y trabajo completo se unieron en un solo nivel (trabajo). Los niveles 'mala' y 'muy mala' de la salud percibida se unieron en el nivel «mala», así como «muy buena» y «buena» en «buena».

No se observaron diferencias significativas entre las variables sociodemográficas, de percepción de salud, comorbilidades, variables clínicas de la enfermedad psoriásica, presencia de Pso y Pso genital, frecuencia de afectación articular axial y/o periférica, o tratamientos modificadores de la enfermedad que recibían los pacientes, según el género.

Calidad sexual

La [tabla 2](#) refleja un resumen descriptivo de las puntuaciones de los cuestionarios aplicados. Cabe destacar el elevado porcentaje de pacientes que presentaban una calidad sexual deteriorada según el CSFQ-14 (45,33%). Se observaron diferencias significativas de puntuación, según el género en todos los cuestionarios en detrimento de las mujeres, excepto en el dominio «relaciones interpersonales» del DLQI.

La pregunta 10 del CSFQ-14 puntuó de media 2 (DE 1.05) en mujeres y 1,36 (DE 0,81) en varones, que se traduce en que la pérdida de interés tras la excitación en mujeres se da rara vez, al igual

Tabla 1
Características sociodemográficas y clínicas basales de los pacientes con APs

| | Media \pm DE |
|---|--|
| Edad | 52,2 \pm 10,9 |
| Número de hijos | 1,33 \pm 0,904 |
| Mujeres | n (%) |
| Salud percibida | 27 (37,5%) Buena 28 (38,89%) Regular 36 (50%) Mala 8 (11,11%) |
| Tiempo de evolución de la enfermedad | \leq 1 año 11 (14,67%) 1-5 años 26 (36%) > 5 años 35 (49,33%) |
| Estado civil | Casado/a 48 (66,67%) En pareja 12 (16,67%) Soltero/a 6 (8,33%) Divorciado/a 6 (8,33%) |
| Nivel de estudios | Primarios 28 (38,89%) Secundarios 17 (23,61%) Bachillerato o formación profesional 15 (20,83%) Universitarios o doctorado 12 (16,67%) |
| Situación laboral | Empleados 47 (65,28%) Desempleados 14 (19,44%) Jubilados 11 (15,28%) |
| Nivel de ingresos familiares anual | < 16.000 €/año 13 (28,26%) 16.000-24.000 €/año 21 (45,65%) 24.000-66.500 €/año 12 (26,09%) |
| Psoriasis | 63 (87,5%) |
| Psoriasis genital | 23 (31,94%) |
| Afectación axial | 25 (34,72%) |
| Afectación periférica | 69 (95,83%) |
| HTA | 31 (43,01%) |
| DL | 18 (25,35%) |
| DM | 4 (5,63%) |
| Tabaquismo | 21 (29,33%) |
| Obesidad | 19 (26,67%) |
| Tratamiento con glucocorticoides | 7 (9,72%) |
| Tratamiento con AINE | 23 (31,94%) |
| Tratamiento con metotrexato | 41 (56,94%) |
| Tratamiento con anti-TNF α | 20 (27,78%) |
| Tratamiento con anti-IL17 | 8 (11,11%) |
| Otros tratamientos biológicos | 0 (0%) |
| Antecedente de depresión | 8 (11,11%) |
| Antecedente de tratamiento psicológico | 10 (13,89%) |
| Antecedente de tratamiento psiquiátrico | 11 (15,28%) |

HTA: hipertensión arterial; DL: dislipemia; DM: diabetes mellitus; AINE: antiinflamatorio no esteroideo; anti-TNF α : antígeno de necrosis tumoral alfa; anti-IL17: antiinterleucina 17.

Tabla 2
Puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de calidad sexual

| | Puntuación total Media ± DE | Mujeres media ± DE | Varones media ± DE | Valor p |
|---------------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------|-------------------|
| MGH-SFQ | 11,71 (1,35) | 6,93 (6,52) | 14,76 (5,94) | 0,0001 |
| Qualisex total | 2,98 (0,3) | 3,28 (2,72) | 2,75 (2,09) | 0,44 |
| DLQI total | 26,55 (0,18) | 27,71 (3,45) | 24,73 (5,61) | 0,0083 |
| DLQI relaciones interpersonales | 5,65 (0,57) | 5,74 (1,0) | 5,48 (1,09) | 0,31 |
| CSFQ-14 total | 38,8 (0,24) | 31,79 (11,32) | 43,66 (8,43) | < 0,001 |
| CSFQ-14 patológico | 45,33 (34) | 64,71 (22) | 35,29 (12) | < 0,001 |
| CSFQ-14 deseo | 13,59 (0,45) | 10,5 (4,42) | 15,86 (3,17) | < 0,001 |
| CSFQ-14 excitación | 9,71 (0,38) | 7,21 (3,27) | 11,5 (2,98) | < 0,001 |
| CSFQ-14 orgasmo | 9,59 (0,55) | 8 (3,22) | 10,5 (2,54) | < 0,001 |
| CSFQ-14 placer | 2,94 (0,45) | 2,5 (1,2) | 3,25 (0,84) | 0,0026 |

CSFQ: Changes in Sexual Functioning Questionnaire; DLQI: Dermatology Life Quality Index; MGH-SFQ: Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire. Valores en negrita indican resultados estadísticamente significativos.

que el priapismo. En segundo lugar, la pregunta 14 del CSFQ-14 puntuó de media 1,57 (DE 0,79) en mujeres y 1,18 (DE 0,39) en varones ($p = 0,007$), y refleja que el orgasmo nunca o rara vez llega a ser doloroso. Por último, la pregunta 4 del MGH-SFQ en varones obtuvo de media 3,07 (DE 0,2), equivalente a una alteración mínima a moderada en el funcionamiento sexual asociado a la erección.

Los pacientes con ingresos familiares menores de 16.000 euros anuales puntuaron menos en el MGH-SFQ de forma significativa respecto al resto de grupos (media 6,92, DE 6,84; $p = 0,037$), y puntuaron más que el resto de grupos en el Qualisex (media 4,76, DE 2,5, $p = 0,017$). Las puntuaciones en el grupo de salud percibida «mala» puntuaron más bajo el MGH-SFQ respecto grupo «buena» (media 10,31 vs. 13,83 respectivamente, $p = 0,049$). No se observaron diferencias de medias en los cuestionarios en función del estado civil, número de hijos, nivel de estudios, situación laboral, práctica de ejercicio físico, ni tiempo de evolución de enfermedad.

Las comorbilidades HTA y DL se asociaron significativamente a menores puntuaciones en el CSFQ-14 y los dominios orgasmo y excitación, y de la misma manera la DL en el MGH-SFQ. La depresión se asoció a puntuaciones menores en el dominio de orgasmo del CSFQ-14 y el MGH-SFQ ($p = 0,04$ y $0,01$, respectivamente). Por último, la obesidad se asoció a una menor puntuación en el dominio de excitación ($p = 0,02$) y en el dominio de orgasmo del CSFQ-14 ($p = 0,004$).

Las Pso y la Pso genital se asociaron a calificaciones inferiores en el dominio de deseo ($p = 0,02$) y el dominio placer del CSFQ-14 ($p = 0,04$).

Las puntuaciones medias obtenidas en los cuestionarios CSFQ-14 y los dominios de deseo, excitación y orgasmo fueron mayores de forma significativa en los pacientes en tratamiento con AINE.

Efecto de las variables sociodemográficas, comorbilidades y la enfermedad psoriásica

El estudio del efecto de las variables estudiadas sobre las puntuaciones de los cuestionarios se refleja en la [tabla 3](#).

De los resultados que se extrajeron se pudo deducir lo siguiente:

- CSFQ-14: los hombres obtienen de media 12,37 puntos más que las mujeres. Pacientes con DL obtienen de media 9,98 puntos menos.
- CSFQ-14 deseo: los hombres obtienen de media 5,83 puntos más que las mujeres. Pacientes con ingresos familiares anuales menores obtienen de media 0,99 puntos menos, aquellos con DL obtienen de media 3,76 puntos menos, y los que reciben tratamiento con AINE obtienen de media 2,96 puntos más que los no tratados.
- CSFQ-14 excitación: los hombres obtienen de media 4,29 puntos más que las mujeres. Los pacientes con DL obtienen de media 3,05 puntos menos.

Tabla 3

Resumen modelo de regresión lineal múltiple que relaciona la puntuación de los cuestionarios con las variables estudiadas

| VARIABLES | Coefficiente b | Error estándar | Valor p |
|--|-----------------------|----------------|---------|
| CSFQ-14 | | | |
| Sexo: hombre | 12,37 (7,56, 17,18) | 2,39 | < 0,001 |
| Edad | -0,24 (-0,35, -0,14) | 0,054 | < 0,001 |
| Dislipemia | -9,98 (-17,4, -2,57) | 3,68 | 0,009 |
| CSFQ-14 deseo | | | |
| Sexo: hombre | 5,83 (3,4, 7,67) | 0,91 | 0,001 |
| Ingresos familiares/año | -0,99 (-1,96, -0,01) | 0,48 | 0,047 |
| Dislipemia | -3,76 (-6,6, -0,94) | 1,4 | 0,01 |
| AINE | 2,96 (0,76, 5,16) | 1,09 | 0,01 |
| CSFQ-14 placer | | | |
| Sexo: Hombre | 0,78 (0,21, 1,35) | 0,28 | 0,008 |
| CSFQ-14 excitación | | | |
| Sexo: hombre | 4,29 (2,77, 5,82) | 0,76 | < 0,001 |
| Dislipemia | -3,05 (-5,4, -0,70) | 1,16 | 0,012 |
| CSFQ-14 orgasmo | | | |
| Sexo: hombre | 2,81 (1,42, 4,19) | 0,69 | < 0,001 |
| Dislipemia | -2,64 (-4,77, -0,51) | 1,06 | 0,016 |
| Depresión | -2,61 (-5,05, -0,17) | 1,21 | 0,036 |
| Qualisex | | | |
| Dislipemia | 2,37 (0,62, 4,13) | 0,87 | 0,009 |
| MGH-SFQ | | | |
| Sexo: hombre | 7,06 (3,89, 10,24) | 1,58 | < 0,001 |
| Dislipemia | -5,17 (-10,05, -0,3) | 2,42 | 0,038 |
| Depresión | -6,56 (-12,19, -0,93) | 2,8 | 0,023 |
| DLQI relaciones interpersonales: no se observaron asociaciones | | | |

Solo se reflejan resultados significativos.

CSFQ: Changes in Sexual Functioning Questionnaire; DLQI: Dermatology Life Quality Index; MGH-SFQ: Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire.

- CSFQ-14 orgasmo: los hombres obtienen de media 2,81 puntos más que las mujeres. Los sujetos con DL obtienen de media 2,64 puntos menos, y aquellos con problemas de depresión 2,61 puntos menos de media.
- CSFQ-14 placer: los hombres obtienen de media 0,78 puntos más que las mujeres.
- MGH-SFQ: los hombres obtienen de media 7,06 puntos más que las mujeres. Pacientes con depresión obtienen de media 6,56 puntos menos, y los que reciben tratamiento con AINE obtienen de media 5,74 puntos más que los no tratados.
- Qualisex: Pacientes con DL obtienen de media 2,37 puntos más, que se traduce en peor calidad sexual.

Por último, se determinó la relación entre DS de los pacientes en función de las variables estudiadas ([tabla 4](#)). De este modelo se pudo determinar:

Tabla 4
Modelo de regresión logística que relaciona DS con las variables estudiadas

| CSFQ patológico | Odds ratio [IC 95%] | Error estándar | Valor p |
|----------------------|---------------------|----------------|---------|
| Sexo: hombre | 0,05 (0,01, 0,16) | 0,66 | 0,001 |
| Edad | 1,11 (1,05, 1,19) | 0,03 | 0,031 |
| Tratamiento con AINE | 0,06 (0,017, 0,47) | 0,07 | 0,013 |
| Depresión | 10,9 (0,8, 148,33) | 14,52 | 0,032 |

CSFQ: *Changes in Sexual Functioning Questionnaire*; DS: disfunción sexual; AINE: antiinflamatorio no esteroideo.

- La *odds ratio* (OR) a favor de tener DS entre las mujeres es de 18,54 veces mayor que en los hombres.
- Por cada incremento de un año de edad, la OR a favor de tener DS de un sujeto se incrementa un 10%.
- Los pacientes en tratamiento con AINE tienen una OR de tener 16,67 veces menor probabilidad de DS.
- Los sujetos con depresión tienen una OR de tener DS 10,9 veces mayor.

Discusión

Las evidencias sobre las dificultades que experimentan los pacientes con APs en su vida sexual son escasas. Para conocer más sobre la salud sexual en este colectivo, se ha llevado a cabo este estudio original descriptivo analítico y comparativo. Según nuestros resultados, cerca de la mitad de los pacientes con APs presentan algún grado de alteración de la calidad sexual, hecho que nos debe alertar sobre la magnitud del problema. En estudios previos realizados en pacientes con patologías como la AR o la Pso, se pone de manifiesto que estos pacientes tienen un mayor riesgo de presentar alteraciones de la esfera sexual comparados con personas sanas^{8,12,22,23}. No solo la enfermedad inflamatoria puede ser la causa, sino que la presencia de otras comorbilidades como las alteraciones psicoafectivas o los factores de riesgo cardiovascular probablemente aumenten el riesgo^{12,22}. Los datos observados en el presente estudio están alineados con los resultados de otras publicaciones en pacientes con Pso^{8,12,24}, en los que se pone de manifiesto que la DS en pacientes con APs es multifactorial y probablemente atribuida al daño orgánico y psicológico crónico.

Entre las características que se asocian a DS, la edad se comporta como un biomarcador muy importante, tanto en mujeres como en hombres, al igual que en población general y en pacientes con enfermedades crónicas^{25,26}. También se ha asociado a una peor puntuación en el CSFQ y sus dominios, y con el MGH-SFQ, resultados similares a los publicados en estudios previos. Sin embargo, el Qualisex no se vio determinado por este biomarcador, hecho que ya se describió en el proceso de elaboración y validación del mismo¹⁸.

El segundo biomarcador más determinante de DS es el sexo femenino, tal como se observa en los estudios realizados en población general de McCabe et al.^{9,10} Llama la atención la proporción de estudios realizados sobre sexualidad y Pso donde predominan los realizados en hombres, en relación con las mujeres con Pso, tal vez porque se sobreentiende que la afectación peneana sea más grave que la vulvar, o globalmente por motivos culturales. Tras evaluar nuestros resultados, se puede afirmar que la APs afecta de forma importante a todas las dimensiones de la función sexual, y de forma más acentuada en mujeres. Este fenómeno se da de forma parcial en población general y con diferencias entre géneros, donde es más frecuente la eyaculación precoz y la disfunción eréctil en los hombres, y la falta de interés sexual, la incapacidad para alcanzar el orgasmo y las dificultades de la lubricación en las mujeres^{9,10}.

Entre los marcadores sociodemográficos, cabe mencionar la asociación significativa entre un nivel bajo de ingresos con el dominio

de deseo. Estos datos reflejan una realidad también descrita en población general donde la CS está determinada por el grado de desarrollo del país de residencia²⁷.

En un paciente que presenta una enfermedad crónica, el acúmulo de otros factores de riesgo orgánicos y psicoafectivos pueden ser determinantes de DS^{12,24}. Hemos observado que los resultados de cuestionarios de CS están determinados de forma global por los biomarcadores edad y género, junto a las comorbilidades de los pacientes y los tratamientos empleados para su enfermedad. De forma predominante, la displipemia y no otros factores de riesgo cardiovascular se asocia con peores índices de CS, y este resultado es importante destacarlo porque no se ha estudiado concretamente hasta el momento. Por este motivo, la vigilancia e incluso el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular puede ejercer un resultado positivo no solo en la prevención de muertes prematuras, sino en una mejora de la CS.

Alteraciones en la esfera psicoafectiva, tales como la depresión o el síndrome ansioso-depresivo, están presentes en nuestra población en un 12% de los casos, de forma similar al observado en otras series de pacientes con APs donde este trastorno emocional se ha hallado entorno al 14–17%²⁸. Los trastornos emocionales en pacientes con APs se han asociado a mayor riesgo de DS^{7,12,24} y en nuestro estudio han demostrado estar asociados con DS en el dominio de orgasmo del CSFQ-14, y el resultado del MGH-SFQ, por lo que podemos la calidad de las relaciones sexuales de estos pacientes se encuentra afectada, de forma similar a los resultados hallados en el grupo de Mercan et al.²⁹ donde la experiencia orgásmica era peor en los pacientes con Pso respecto a los controles. En este sentido, los reumatólogos deberíamos prestar más atención sobre el paciente con comorbilidades cardiovasculares y psicoafectivas, ya que este perfil de paciente tiene mayor probabilidad de padecer un trastorno sexual.

Hemos podido determinar que la presencia de Pso en APs también se asociada a peor CS, independientemente de su localización, a diferencia de numerosos estudios previos que describen la asociación entre Pso genital y DS^{12,18,24}. Una de las razones que explique esta diferencia sea el impacto emocional que ejerce el padecer una enfermedad más extensa, que incluye la afectación cutánea, articular y las comorbilidades asociadas, determinantes para superar dos grandes obstáculos para el paciente: cuestionarse sobre el rechazo que pueda causar en la pareja sexual, y en segundo lugar si la afectación articular va a limitar la ejecución del acto sexual. En resumen, que la enfermedad psoriásica determine la experiencia del paciente.

Por último, los tratamientos empleados para la enfermedad psoriásica permiten controlar la inflamación crónica, el dolor y la morbilidad asociada. Concretamente, el uso de AINE se comporta como factor protector sobre la salud sexual, probablemente asociado al efecto beneficioso del control de síntomas.

En relación con los cuestionarios empleados, el CSFQ-14 es el que ofrece más información sobre la salud sexual y permite realizar un estudio de la sexualidad amplio, por lo que es el cuestionario que creemos de elección para incluir en la consulta de reumatología. Queda por determinar la actitud terapéutica ante los pacientes diagnosticados de DS, ya que actualmente la mayoría de consultas de reumatología no dispone de un servicio de psicología ajustado a la necesidad, por lo que creemos que los pacientes deberían ser derivados a un gabinete de psicología externo.

Nuestro estudio tiene varias limitaciones. No recoge información sobre el estado de menopausia en mujeres cuya media de edad por encima se sitúa por encima de los 51, edad media de menopausia en mujeres españolas³⁰. Sin embargo, este factor no se tuvo en cuenta de forma directa.

No se han recogidos datos de actividad de APs, variable que habría permitido comparar la salud sexual de los pacientes en remisión o baja actividad de enfermedad respecto a los que no.

Por último, no hemos contado con un grupo de controles sanos para comparar ambas poblaciones, ya que el objetivo primario era describir la presencia de alteraciones dentro de la patología de estudio, a pesar de que el cuestionario CSFQ-14 tiene un punto de corte que permite diagnosticar DS. Sin embargo, tras valorar los resultados nos planteamos llevar a cabo un estudio de casos y controles en un futuro próximo.

En conclusión, nos encontramos ante pacientes con APs que presentan de forma global una CS deteriorada, especialmente las mujeres, de mayor edad, con bajo nivel de ingresos y DL, donde la carga psicológica de padecer una enfermedad crónica se comporta como un factor favorecedor de la DS y los tratamientos antiinflamatorios ejercen un efecto beneficioso sobre la sexualidad.

Financiación

Este estudio recibió la «Beca de Ayuda a la Investigación en Reumatología 2021», avalada por la Fundación Valenciana de Reumatología, España.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los pacientes que accedieron a participar en el estudio.

Bibliografía

- Ogdie A, Weiss P. The Epidemiology of Psoriatic Arthritis. *Rheum Dis Clin North Am.* 2015;41:545–68.
- Eder L, Haddad A, Rosen CF, Lee KA, Chandran V, Cook R, et al. The Incidence and Risk Factors for Psoriatic Arthritis in Patients With Psoriasis: A Prospective Cohort Study. *Arthritis Rheumatol.* 2016;68:915–23.
- Torres T, Machado S, Mendonça D, Selores M. Cardiovascular comorbidities in childhood psoriasis. *Eur J Dermatol.* 2014;24:229–35.
- Grozdev I, Korman N, Tsankov N. Psoriasis as a systemic disease. *Clin Dermatol.* 2014;32:343–50.
- Hill J, Bird H, Thorpe R. Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships. *Rheumatol Oxf Engl.* 2003;42:280–6.
- van Berlo WTM, van de Wiel HBM, Taal E, Rasker JJ, Weijmar Schultz WCM, van Rijswijk MH. Sexual functioning of people with rheumatoid arthritis: a multicenter study. *Clin Rheumatol.* 2007;26:30–8.
- Sampogna F, Tabolli S, Mastroeni S, Di Pietro C, Fortes C, Abeni D, et al. Quality of life impairment and psychological distress in elderly patients with psoriasis. *Dermatol Basel Switz.* 2007;215:341–7.
- Kurizky PS, Mota LMH da. Sexual dysfunction in patients with psoriasis and psoriatic arthritis—a systematic review. *Rev Bras Reumatol.* 2012;52:943–8.
- Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res.* 2005;17:39–57.
- McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med.* 2016;13:144–52.
- Gudu T, Kiltz U, de Wit M, Kvien TK, Gossec L. Mapping the Effect of Psoriatic Arthritis Using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Rheumatol.* 2017;44:193–200.
- Molina-Leyva A, Salvador-Rodríguez L, Martínez-López A, Ruiz-Carrascosa JC, Arias-Santiago S. Association Between Psoriasis and Sexual and Erectile Dysfunction in Epidemiologic Studies: A Systematic Review. *JAMA Dermatol.* 2019;155:98.
- Morante I, Aurrecoechea E, Villa I, Santos M, Riancho L, Queiro R. Construct validity of the ASAS health index in psoriatic arthritis: a cross-sectional analysis. *Rheumatol Oxf Engl.* 2021;60:1465–73.
- Bobes J, Gonzalez MP, Rico-Villandermos 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;26:119–31.
- Clayton AH, McCarvey EL, Clavet GJ. The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): development, reliability, and validity. *Psychopharmacol Bull.* 1997;33:731–45.
- Keller A, McCarvey EL, Clayton AH. Reliability and Construct Validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14). *J Sex Marital Ther.* 2006;32:43–52.
- Sierra JC, Vallejo-Medina P, Santos-Iglesias P, Lameiras Fernández M. [Validation of Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) in a Spanish population]. *Aten Primaria.* 2012;44:516–24.
- Gossec L, Solano C, Paternotte S, Beauvais C, Gaudin P, von Krause G, et al. Elaboration and validation of a questionnaire (Qualisex) to assess the impact of rheumatoid arthritis on sexuality with patient involvement. *Clin Exp Rheumatol.* 2012;30:505–13.
- Romera Baures M, Seoane-Mato D, Alegre-Sancho JJ, León L, Caracuel Ruiz MA, Calvo-Alen J, et al. Impact of rheumatoid arthritis on sexuality: adaptation and validation of the Qualisex questionnaire for use in Spain. *Rheumatol Int.* 2021. <http://dx.doi.org/10.1007/s00296-021-05043-7>.
- de Tiedra AG, Mercadal J, Badía X, Mascaró JM, Herdman M, Lozano R. Adaptación transcultural al español del cuestionario Dermatology Life Quality Index (DLQI): El Índice de Calidad de Vida en Dermatología. *Actas Dermosifiliogr.* 1998;89:692–700.
- Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)—a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol.* 1994;19:210–6.
- Dorner TE, Berner C, Haider S, Grabovac I, Lamprecht T, Fenzl KH, et al. Sexual health in patients with rheumatoid arthritis and the association between physical fitness and sexual function: a cross-sectional study. *Rheumatol Int.* 2018;38:1103–14.
- El Miedany Y, El Gaafary M, El Aroussy N, Youssef S, Ahmed I. Sexual dysfunction in rheumatoid arthritis patients: arthritis and beyond. *Clin Rheumatol.* 2012;31:601–6.
- Molina-Leyva A, Almodovar-Real A, Carrascosa JCR, Molina-Leyva I, Naranjo-Sintes R, Jimenez-Moleon JJ. Distribution pattern of psoriasis, anxiety and depression as possible causes of sexual dysfunction in patients with moderate to severe psoriasis. *An Bras Dermatol.* 2015;90:338–45.
- Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2004;1:35–9.
- Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Laumann EO, Moreira ED, et al. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2010;7:1598–607.
- Gender Inequality Index (GII) [Internet]. 2021. [consultado 01 Dic 2021]. Disponible en: <http://hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii>.
- Mathew AJ, Chandran V. Depression in Psoriatic Arthritis: Dimensional Aspects and Link with Systemic Inflammation. *Rheumatol Ther.* 2020;7:287–300.
- Mercan S, Altunay IK, Demir B, Akpınar A, Kayaoglu S. Sexual dysfunctions in patients with neurodermatitis and psoriasis. *J Sex Marital Ther.* 2008;34:160–8.
- ¿Qué es la menopausia? [Internet]. 2021. [consultado 01 Dic 2021]. Disponible en: <https://aeem.es/para-la-mujer/que-es-la-menopausia/>.