

Asociación entre función sexual femenina y disfunción de suelo pélvico.

Revisión bibliográfica

MsC. Dra. Neysa Margarita Pérez Rodríguez, MsC. Dra Jacqueline del Carmen Martínez Torres, MsC. Lic Elsa María Rodríguez Adams, MsC. Dr José Ángel García Delgado.

Introducción

La Declaración de la Asociación Mundial para la Salud Sexual, emitida en octubre de 2014 en Punta Cana, República Dominicana, expresa que la salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud.⁽¹⁾ Los problemas sexuales que con más frecuencia se encuentran en la práctica clínica del profesional de la salud son las disfunciones sexuales (DS). Las razones para cuidar la salud sexual incluyen motivos de salud física general del individuo, bienestar psicológico individual y de pareja, así como claros beneficios sociales. La frecuencia con la que aparecen los problemas sexuales justifica que la sexualidad siempre sea abordada en la práctica médica: los datos globales indican que de 9 a 29% de los hombres y de 16 a 45% de las mujeres tienen algún problema sexual que genera malestar. Estos datos pueden constituir un subregistro ya que no todas las personas con DS piden ayuda médica⁽²⁾.

El suelo pélvico (SP) está formado por un conjunto de estructuras musculares, con sus fascias y ligamentos que forman lo que se conoce como diafragma pélvico, y tienen como misión básica el sostén de los órganos pélvicos (vejiga urinaria, uretra, útero, vagina, recto y ano), fijándolos a las estructuras óseas que constituyen la cintura pélvica femenina, formada por los dos huesos

coxales izquierdo y derecho y el sacro. Dichos componentes músculo-aponeuróticos no sólo deben mantener la correcta posición de los órganos pélvicos, sino que además deben permitir y facilitar sus funciones –la micción, el coito, el parto y la defecación—, asegurando al mismo tiempo la continencia urinaria y fecal en reposo y durante las actividades de la vida diaria ⁽³⁾

La debilidad o la lesión de los elementos que forman el suelo pélvico predispone a la mujer a una sintomatología en muchas ocasiones múltiple, que corresponde a la combinación de distintos problemas, como la Incontinencia Urinaria, la Incontinencia Fecal, la disfunción del vaciado vesical, el síndrome de defecación obstructiva, la disfunción sexual y el prolapso de distintos órganos pélvicos. Estas entidades clínicas relacionadas entre sí pueden tener una etiología multifactorial ^(3,4).

Realizamos una revisión bibliográfica acerca de la asociación entre función sexual y disfunción del suelo pélvico, que comparten la misma área anatómica en el organismo humano. En nuestro entorno, con frecuencia, existen barreras culturales y médicas que impiden abordar con facilidad estos temas en una consulta, a la que la paciente acude por su disfunción de suelo pélvico y no aborda el problema de su sexualidad.

Desarrollo

Salud sexual.

La Declaración de la Asociación Mundial para la Salud Sexual, emitida en octubre de 2014 en Punta Cana, República Dominicana, expresa que la salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud ⁽¹⁾.

La salud sexual se asocia, de manera clara, con el desarrollo social. Las personas y las comunidades que disfrutan del bienestar sexual están mejor preparadas para contribuir a la erradicación de la pobreza individual y social.

Por esto la promoción de la salud sexual fomenta la responsabilidad individual y social, además de las interacciones sociales equitativas, contribuye a mejorar la calidad de vida y a la instauración de la paz ⁽²⁾.

El cuidado de la vida sexual, en la atención general de la salud, ha sido señalado por la Organización Mundial de la Salud como parte integral de la atención a la que todos tenemos derecho. Sin embargo, el lugar que la sexualidad ha tenido en la cultura occidental, en general, y en la cultura latinoamericana, en particular, ha hecho difícil que la vigilancia de la vida sexual, la prevención de sus problemas, la identificación temprana y la decisión, accesibilidad y posibilidad de implementación de medidas terapéuticas se integren de manera efectiva en el cuidado de la salud ⁽⁶⁾.

Tener una vida sexual sana se traduce en beneficios para la salud general. Las ventajas de la actividad sexual son: ayuda a mantener eficiente el sistema inmunológico; incrementa el deseo sexual; mejora el control de la vejiga en las mujeres; baja la presión arterial; cuenta como minutos de ejercicio; baja el riesgo de infarto de miocardio; disminuye el dolor; disminuye el riesgo de cáncer de próstata; mejora el sueño; hace más fácil controlar el estrés ⁽⁷⁾.

Disfunciones sexuales.

Los problemas sexuales que con más frecuencia se encuentran en la práctica clínica del profesional de la salud son las disfunciones sexuales (DS). Las razones para cuidar la salud sexual incluyen motivos de salud física general del individuo, bienestar psicológico individual y de pareja, así como claros beneficios sociales. La frecuencia con la que aparecen los problemas sexuales justifica que la sexualidad siempre sea abordada en la práctica médica: los datos globales indican que de 9 a 29% de los hombres y de 16 a 45% de las mujeres tienen algún problema sexual que genera malestar. Estos datos pueden constituir un subregistro ya que no todas las personas con DS piden ayuda médica ⁽²⁾.

Las DS se caracterizan por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales. Las DS comprenden los trastornos del deseo sexual, trastornos de la excitación, trastornos del orgasmo, trastornos sexuales por dolor, disfunción sexual debida

a una enfermedad médica, disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no especificada. Pueden aparecer en ambos sexos. Han sido mejor estudiadas en el hombre y menos en la mujer ⁽⁸⁾.

Las DS en la mujer son una serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables, recurrentes o persistentes; afectan la respuesta sexual de la mujer, le impiden disfrutar las relaciones sexuales y la experiencia auto erótica, interfieren con sus relaciones personales y afectan negativamente su calidad de vida ⁽⁴⁾.

Clasificación de las disfunciones sexuales femeninas.

Las disfunciones sexuales femeninas (DSF) se clasifican de acuerdo con los modelos de la respuesta sexual humana propuestos en el decenio de 1970, por Helen Kaplan, psiquiatra y sexóloga y por Rosemary Basson, sexóloga ⁽⁹⁾. A partir de estas dos autoras entendemos que el erotismo de la mujer se conforma de experiencias subjetivas y por toda una cascada de eventos psicofisiológicos indispensables para que se integre la experiencia erótica como satisfactoria. Helen Kaplan propuso una formulación multidimensional de la respuesta sexual con un modelo trifásico conformado por: deseo, excitación y orgasmo, en donde cada una de estas fases es relativamente independiente una de otra.

Con base en estos modelos presentamos los criterios diagnósticos de las DSF propuestos por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales en su quinta versión (DSM-V), la cual insiste en que el trastorno sea recurrente o persistente y que cause angustia personal y/o dificultad en las relaciones interpersonales ^(10, 11).

Clasificación de las DSF, propuesta de APA ⁽¹¹⁾.

- a) Disfunciones del deseo sexual: Síndrome del deseo sexual hipoactivo. Síndrome del deseo sexual hiperactivo
- b) Disfunciones de la excitación sexual: Síndrome de la excitación femenina inhibida. Disfunción de la lubricación vaginal. Disfunción sexual general (deseo sexual hipoactivo y anorgasmia)
- c) Disfunción del orgasmo: Síndrome de anorgasmia femenina. Síndrome de insensibilidad orgásmica.

d) Disfunciones causadas por respuestas fisiopatológicas no propias de los procesos eróticos que interfieren con la respuesta sexual: Síndrome de vaginismo. Síndromes dolorosos durante la experiencia erótica (dispareunia)

e) Síndromes de evitación fóbica de la experiencia erótica.

Disminución del deseo sexual femenino.

El deseo sexual de la mujer es una experiencia subjetiva. Sin embargo, en términos generales pueden identificarse tres elementos que permiten identificar las diferentes dimensiones que aparecen en el deseo sexual femenino y sirven de base para el diagnóstico en el momento que aparece un problema a este nivel:

Componente biológico: se asocia con la respuesta espontánea del deseo.

Componente cognitivo: se asocia con experiencias placenteras, intimidad, deseo por la pareja, satisfacción.

Componente de respuesta: implica un componente mixto de una respuesta fisiológica, psicológica y cognitiva que incluye un patrón de recompensa positiva. ⁽¹²⁾.

La ausencia o disminución del interés por el sexo puede expresarse a través de diferentes formas que incluyen pensamientos y conductas, como pérdida de interés en tener encuentros sexuales, ausencia de pensamientos eróticos, disminución o ausencia en la iniciativa de conductas eróticas o no responder o rechazar las caricias eróticas de la pareja lo que a su vez provoca dificultades con ésta. Es necesario que esta condición coexista por lo menos durante seis meses para establecer el diagnóstico; sin embargo, se deja a criterio del clínico si la paciente que acude a consulta refiere menos tiempo con los síntomas para confirmar el diagnóstico ⁽¹²⁾.

Problemas de excitación femenina.

Los principales órganos genitales involucrados en la excitación son el clítoris y la vagina. Como resultado la lubricación vaginal; a su vez, retroalimenta la excitación subjetiva donde intervienen procesos cognitivos, como las fantasías, deseos, recuerdos; mecanismos sensoriales periféricos que, en conjunto, se integra como una experiencia placentera. Los problemas de la excitación femenina se describen como la incapacidad recurrente y persistente para

alcanzar o mantener una adecuada lubricación durante un encuentro sexual. Esta situación provoca malestar y dificultad con la pareja y no se explica por alguna enfermedad o consumo de sustancias ⁽⁴⁾.

Los comités internacionales de expertos en medicina sexual recomiendan considerar los problemas de la excitación femenina en tres subtipos ⁽¹³⁾:

1. Trastorno de excitación sexual genital: Ausencia o alteración de la excitación sexual genital.
2. Trastorno de excitación subjetiva: Ausencia o marcada disminución de sentimientos de excitación sexual con cualquier tipo de estímulo. Puede haber lubricación vaginal.
3. Trastorno de excitación combinado subjetivo y genital: Está ausente o considerablemente disminuida la sensación o placer sexual con cualquier estímulo erótico y ausencia o mínima respuesta de lubricación vaginal o ingurgitación vulvar ante un buen estímulo erótico.

Dificultades con el orgasmo.

El orgasmo femenino es la focalización de sensaciones en el área clitoridea y pélvica de los estímulos sexuales del encuentro sexual, se progresa a una sensación de oleada de calor que invade específicamente el área pélvica y, luego, se extiende a todo el organismo. Por último, se describe la sensación de latido pélvico que corresponde a la experiencia subjetiva de las contracciones de los músculos pubocoxígeos del piso pélvico durante el orgasmo y se traduce en una experiencia placentera. La dificultad para el orgasmo se entiende como la ausencia, disminución en la intensidad de la sensación o retraso para llegar al orgasmo a pesar de tener un estímulo erótico adecuado y con una fase de excitación adecuada. Las investigaciones muestran que ésta es la segunda disfunción más frecuente entre las mujeres, cercana al bajo deseo sexual ⁽¹⁴⁾.

Síndromes del dolor sexual.

Los trastornos relacionados con el dolor se integran en un solo rubro y se presentan como problemas de dolor génito - pélvico - trastorno de la penetración. Se consideran en dos entidades diagnósticas: dispareunia (dolor persistente en el intento de la penetración, con la penetración o durante el encuentro sexual) y vaginismo (dificultad persistente o recurrente para

permitir la penetración en la vagina del pene, dedo o juguetes sexuales, a pesar de que la mujer tenga el deseo de que ocurra)⁽¹⁵⁾.

Para la dispareunia, la incidencia estimada más alta se ha reportado en 22 por cada 1,000 para las mujeres de 20 a 29 años de edad y va disminuyendo a partir de la cuarta década de la vida. En el caso del vaginismo, la prevalencia esta poco estudiada por las dificultades metodológicas, los resultados hasta ahora reportados son menores de 5%. Tiene comorbilidad con otras disfunciones sexuales, como por ejemplo: bajo deseo sexual, problemas de la excitación y con el orgasmo⁽¹⁵⁾.

La disfunción sexual femenina es un reto para los profesionales de la salud dedicados a ella; solo un pequeño porcentaje de los pacientes con trastornos de la sexualidad concurren directamente para tratar las disfunciones sexuales⁽¹⁶⁾.

Epidemiología.

Las disfunciones sexuales en la mujer son problemas frecuentes; diversos estudios con diferentes metodologías coinciden que en el mundo cerca de 45% de las mujeres mayores de 18 años tienen algún problema en su vida erótica, como lo reportaron Hayes y colaboradores; estos investigadores realizaron una extensa revisión de la bibliografía internacional y se reunieron 11 artículos que cumplieron sus criterios de inclusión (se incluyeron estudios de 1983 a 2005) para mostrar las disfunciones sexuales más frecuentes entre las mujeres:⁽⁴⁾

Trastornos del deseo: Rango de prevalencia 16 - 75%

Dificultades orgásmicas: Rango de prevalencia 16 - 48%

Trastornos de la excitación: Rango de prevalencia 12 - 64%

Trastornos del dolor: Rango de prevalencia 7 - 58%

Para la evaluación de la función sexual se ha propuesto la utilización de cuestionarios sobre función sexual, pero los denominados genéricos, que abordan el tema en profundidad, son a menudo largos y un porcentaje importante de pacientes se niegan a contestarlos porque consideran que no debe ser investigada esta área de su vida en una consulta a la que ha acudido por un problema de Incontinencia urinaria o de prolapso⁽¹⁷⁾. La posibilidad de disponer de un cuestionario específico, que aborde el tema preguntando

directamente sobre el impacto en la función sexual de los síntomas ligados a su patología del SP, si además es rápido y fiable, puede facilitar el abordaje de este tema, la identificación de los trastornos y su cuantificación.

Disfunción del suelo pélvico.

El suelo pélvico (SP) está formado por un conjunto de estructuras musculares, con sus fascias y ligamentos que forman lo que se conoce como diafragma pélvico, y tienen como misión básica el sostén de los órganos pélvicos (vejiga urinaria, uretra, útero, vagina, recto y ano), fijándolos a las estructuras óseas que constituyen la cintura pélvica femenina, formada por los dos huesos coxales izquierdo y derecho y el sacro. Dichos componentes músculo-aponeuróticos no sólo deben mantener la correcta posición de los órganos pélvicos, sino que además deben permitir y facilitar sus funciones –la micción, el coito, el parto y la defecación—, asegurando al mismo tiempo la continencia urinaria y fecal en reposo y durante las actividades de la vida diaria ⁽³⁾.

La debilidad o la lesión de los elementos que forman el suelo pélvico predispone a la mujer a una sintomatología en muchas ocasiones múltiple, que corresponde a la combinación de distintos problemas, como la Incontinencia Urinaria, la Incontinencia Fecal, la disfunción del vaciado vesical, el síndrome de defecación obstructiva, la disfunción sexual y el prolapso de distintos órganos pélvicos. Estas entidades clínicas relacionadas entre sí pueden tener una etiología multifactorial ^(3,10).

De todas estas manifestaciones de Disfunción del suelo pélvico (DSP) la más frecuente es la incontinencia urinaria con una prevalencia aproximada en el mundo de 50 millones de personas, donde la población más afectada es el sexo femenino ^(18,19). Las manifestaciones de DSP están asociadas a factores de riesgo dentro de los que se destacan: la edad, los antecedentes de enfermedades crónicas y padecimientos, el uso habitual de determinados medicamentos, los hábitos y costumbres, el embarazo y el parto, factores de riesgo asociados a otras Enfermedades Crónicas no transmisibles ⁽²⁰⁾.

Es un problema frecuente, que afecta de forma notoria la calidad de vida de al menos un tercio de las mujeres adultas, con una gran repercusión sanitaria, social y económica. Hay escasez de datos epidemiológicos en relación con la

incidencia, la prevalencia y los factores de riesgo específicos. Desde el punto de vista de la atención que reciben las pacientes, los trastornos del suelo pélvico se conciben como de baja prioridad en relación con otros problemas de salud, simplemente porque no son una amenaza para la vida, y los tratamientos que se aplican tienen resultados limitados, en parte debido a una visión sesgada de algunos especialistas a quien consulta la mujer ^(21,22).

Muchas de estas pacientes pueden presentarse asintomáticas o bien manifestar síntomas concomitantes, bien sean urinarios, intestinales o en la esfera sexual; al respecto, el Prolapso Genital podría tener un efecto adverso sobre la Función Sexual debido a que potencialmente puede generar malestar, incontinencia urinaria o sentimientos de vergüenza durante la actividad sexual ⁽²³⁾. Por lo tanto, al evaluar clínicamente a las mujeres con problemas de suelo pélvico, es importante tener en cuenta si son sexualmente activas y si no lo son hay que explorar si la inactividad sexual, puede estar relacionada con su problema de suelo pélvico. Las disfunciones de suelo pélvico y las sexuales comparten un grupo de factores de riesgo/ enfermedades crónicas que contribuyen al desencadenamiento- mantenimiento del problema ⁽¹⁶⁾.

Se realizó una búsqueda amplia de información acerca de la asociación entre disfunción sexual y disfunción del suelo pélvico, que comparten la misma área anatómica en el organismo humano y en su mayoría tenían como objetivo la evaluación de los síntomas urinarios y ano rectales, y los defectos anatómicos subyacentes, pasando por alto las consecuencias en la función sexual de las mujeres afectadas con alguna patología del suelo pélvico, de lo cual encontramos muy escasa bibliografía. En nuestro entorno, con frecuencia, existen además barreras culturales y médicas que impiden abordar con facilidad este tema en una consulta, a la que la paciente acude para buscar solución a otro problema de salud, que ella puede considerar poco relacionado con el motivo de su consulta.

Evaluación de la función sexual.

Se realizó una revisión amplia de la literatura en los buscadores para tratar de encontrar un cuestionario que asociara las Disfunciones del suelo pélvico y las Disfunciones sexuales. Encontramos cuestionarios de uso frecuente para la

evaluación de las Disfunciones sexuales, pero que resultaron ser muy generales, otros no están validados internacionalmente, o no asocian las disfunciones como son: FSFI (Índice de función sexual femenina) ⁽²⁴⁾, ICIQ-VSex (International Consultation on Incontinence Moular Questionaire) ⁽²⁵⁾, SFQ-V1 (Sexual function questionnaire) ⁽²⁶⁾, CSFQ (Changes in Sexual Functioning Questionnaire) ⁽²⁷⁾, SHF-12 (Sexual History Form - 12) ⁽²⁸⁾, SHF-24 (Sexual History Form - 24) ⁽²⁹⁾, ICIQ VS (International Consultation on incontinence questionnaire Vaginal Symptoms) ⁽³⁰⁾, SHOW-Q (Sexual Health Outcomes in Women Questionnaire) ⁽³¹⁾ y aunque existen para hombres y mujeres preferimos utilizar uno más específico que nos permita abordar específicamente el tema objeto de nuestra investigación.

En nuestra búsqueda encontramos exclusivamente uno de aplicación solamente en mujeres, por lo que centraremos nuestras futuras investigaciones en la aplicación de éste (Anexo 1) ya validado internacionalmente. El cuestionario Pelvic Organ Prolapse / Urinary Incontinence Sexual Questionnaire en su versión corta (PISQ-12) en español fue desarrollado por la Dra. Espuña y col ⁽³²⁾ en 2008, y es el primer cuestionario validado y adaptado culturalmente para su uso en español para la evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia urinaria, y puede ser adaptable para su uso en la incontinencia fecal y dolor génito – pélvico.

Conclusiones

Los trastornos de la función sexual y las disfunciones del suelo pélvico comparten el mismo espacio anatómico en el organismo humano.

La asociación entre disfunciones sexuales y disfunciones del suelo pélvico han sido poco estudiados. Solo un cuestionario internacional asocia ambos problemas (Pelvic Organ Prolapse / Urinary Incontinence Sexual Questionnaire en su versión corta).

RECOMENDACIONES.

Realizar estudios cubanos donde se aplique el cuestionario Pelvic Organ Prolapse / Urinary Incontinence Sexual Questionnaire en su versión corta para

evianciar la posible asociación entre trastorno de la función sexual y disfunción del suelo pélvico.

Referencias bibliográficas

Declaración de la WAS. Documento resumen. Congreso Latinoamericano de Sexología. Punta Cana, República Dominicana; 2014. Citado por Torrez Rodríguez B, Alfonso Rodríguez AC, Gutiérrez Gutiérrez CG, eds. Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. I Consenso de Enfermedades Renales y Sexualidad. Vol. IV. Cuba: Editorial CENESX; 2015.

Robinson. KM Smith M. 10 surprising health benefits of health.Sex & Relationships. Web MD disponible en: <http://www.webmd.com/sex-relationships/guide/sex-and-health> [consulta: 17dic 2015].

Messelink EJ. The 2013 EAU guidelines on chronic pelvic pain: Is management of chronic pelvic pain a habit, a philosophy, or a science? 10 years of development. Eur Urol. 2013; 64:431-9.

Delgado Parra V, Rubio Auriolles, E. Disfunciones sexuales de la mujer. Lo que todo clínico debe saber de sexualidad. 11800 México, DF. Edición y Farmacia SA de CV; 2014. p.25-48.

World Health Organization–Global Prevalence of infertility, infecundity and childlessness, disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/burden/en/> [consulta: 5 enero 2016].

Rubio Auriolles, E. La salud sexual como parte integral de la salud. Rubio Auriolles, E. Lo que todo clínico debe saber de sexualidad. 11800 México, DF. Edición y Farmacia SA de CV; 2014. p. 1-10.

Ocal, G. Current concepts in disorders of sexual development. J CLIn Res Ped Endo 2011;3(3): p 105-114.

American Psychiatric Association. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Trastornos sexuales y de la identidad sexual. 5ª ed. Editorial Médica Panamericana. 2014. 599-633.

Rosemary Basson. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. CMAJ 2005; 172:1327-1333.

Torrez Rodríguez B, Alfonso Rodríguez AC, Gutiérrez Gutiérrez CG, eds. Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. I Consenso de Enfermedades Renales y Sexualidad. Vol. IV. Cuba: Editorial CENESX; 2015.

Asociación Psiquiátrica Americana. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. American Psychiatric Publishing. 2013.

Bitzer J, Giraldi A, Pfaus J. Sexual Desire and Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. Introduction and Overview. Standard Operating Procedure (SOP Part 1). J Sex Med 2013; 10:36-49.

Giraldi A, Rellini A, Pfaus J, Laan E. Female Sexual Arousal Disorders. J Sex Med 2013; 10:58-73.

Laan E, PhD, Rellini A, Barnes T. Standard Operating Procedures for Female Orgasmic Disorder: Consensus of the International Society for Sexual Medicine. J Sex Med 2013; 10:74-82.

Fugl-Meyer KS, Bohm-Starke N, Damsted Petersen C, Fugl-Meyer A, Parish S, and Giraldi A. Standard operating procedures for female genital sexual pain. J Sex Med 2013; 10:83-93.

Martínez Torres JC, Rodríguez Adams EM, García Delgado JA. Tratamiento Rehabilitador Integral de la Disfunción del Suelo Pélvico. Madrid: Editorial Académica Española; 2012.

Rodríguez Adams EM. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2014;40(1).

Tibaek S, Dehlendorff C. Pelvic floor muscle function in women with pelvic floor dysfunction: A retrospective chart review, 1992-2008. Int Urogynecol J. 2014; 25:663-9.

Gerwin RD. Diagnosis of myofascial pain syndrome. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2014; 25:341-55.

Yong PJ, Mui J, Allaire C, Williams C. Pelvic floor tenderness in the etiology of superficial dyspareunia. J Obstet Gynaecol Can. 2014; 36:1002-9.

Prather H, Camacho-Soto A. Musculoskeletal etiologies of pelvic pain. Obstet Gynecol Clin North Am. 2014; 41:433-42.

Hartmann D, Sarton J. Chronic pelvic floor dysfunction. *Bestn Pract Res Clin Obstet Gynaecol*.2014; 28:977-90.

Urdaneta JM, Briceño Suárez LA, Cepeda de Villalobos M, Montiel C, Marcucci RJ, Contreras Benítez A. Función sexual antes y después de la reparación quirúrgica del prolapso genital. *Rev. chil. obstet. ginecol*.2013; 78: 2.

Wiegall M, Meston C, Rosen R .The female sexual function index (FSFI) cross validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005; 31:1-20.

Abrams P, Avery K, Gardeer N, Donovan J. The International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire www.iciq.net. *J Urol* 2006; 175:1063-1066.

Quik FH, Herman JR, Rosen RC, Laan E, Smith MD, BoolellM. Development of Sexual Function Questionnaire for clinical trial of female sexual dysfunction. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*.2002; 11:277-89.

Bobes FH, Gonzalez MP, Rico Villademoros 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.

Creti L, Fichten B, Libman R, Amsel R, Brender W. Female sexual functioning: aglobal store for Nowinski and Lopiccolo's sexual history form. Paper presented at the convention of Canadian Psychological Association. 1988. Montreal. Quebec.

Ware J E, Kosinski M MA, Keller SD. A 12-temShort Form Health Survey: Construction of scales and preliminary Test of Reliability and Validity.*Medical Care*. 1996; 34 (3): 220-233.

Price N, Jackson SR, Avery K, Brookes ST, Abrmas P. Development and psychometric evaluation of the ICIQ Vaginal Symptoms Questionnaire: The ICQ_VS. *BJOG*. 2006; 113: 700-712.

Learman LA, Huang AJ, Nakagawa S, Gregorich SE, Kuppermann M. Development and validation of a sexual function in measure for use in decrease women's health outcome studies. *MaM J Obstet Gynecol* 2008; 198: 710-717.

Espuña Pons M, Puig Clota M, Gonzalez Aguilón M, Zardain PC, Rebollo Alvarez P. Cuestionario para evaluar la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia. Validación de la versión española del "Pelvis Organ Prolapso /Urinary incontinente Sexual Questionnaire (PISQ-12)". Actas Urol Esp. 2008; 32 (2): 211-219.

Anexos

CONFIDENCIAL

FECHA:/...../.....

Nombre y Apellidos_____

Cuestionario sobre función sexual y Prolapso Vaginal / Incontinencia de orina (PISQ-12).

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de preguntas acerca de su vida sexual y la de su compañero. Toda la información es estrictamente confidencial. Sus respuestas confidenciales se utilizarán únicamente para ayudar a los médicos a comprender qué aspectos son importantes para los pacientes en su vida sexual. Por favor, ponga una cruz en la casilla que desde su punto de vista responda mejor a la pregunta. Conteste a las preguntas considerando su vida sexual durante los últimos seis meses. Gracias por su ayuda.

1. ¿Con qué frecuencia siente deseo sexual? Este deseo puede incluir deseo de realizar el acto sexual, planear realizarlo, sentirse frustrada debido a la falta de relaciones sexuales, etc...

☐ Todos los días ☐ 1 vez a la semana ☐ 1 vez al mes
☐ menos de 1 vez al mes ☐ nunca

2. ¿Llega al clímax (llega al orgasmo) cuando tiene relaciones sexuales con su compañero?

☐ siempre ☐ frecuentemente ☐ algunas veces ☐ rara vez ☐ nunca

3. ¿Siente excitación sexual (se excita) cuando tiene actividad sexual con su compañero?

☐ siempre ☐ frecuentemente ☐ algunas veces ☐ rara vez ☐ nunca

4. ¿Está satisfecho con las diferentes actividades sexuales de su actual vida sexual?

☐ siempre ☐ frecuentemente ☐ algunas veces ☐ rara vez ☐ nunca

5. ¿Siente dolor durante las relaciones sexuales?

☐siempre ☐frecuentemente ☐algunas veces ☐rara vez ☐nunca

6. ¿Sufre incontinencia de orina (fugas de orina) durante la actividad sexual?

☐siempre ☐frecuentemente ☐algunas veces ☐rara vez ☐nunca

7. El miedo a la incontinencia (heces u orina), ¿restringe su actividad sexual?

☐siempre ☐frecuentemente ☐algunas veces ☐rara vez ☐nunca

8. ¿Evita las relaciones sexuales debido a los bultos en la vagina (vejiga, recto o vagina caídos)?

☐siempre ☐frecuentemente ☐algunas veces ☐rara vez ☐nunca

9. Cuando tiene relaciones sexuales con su compañero, ¿siente reacciones emocionales negativas como miedo, repugnancia, vergüenza o culpabilidad?

☐siempre ☐frecuentemente ☐algunas veces ☐rara vez ☐nunca

10. ¿Tiene su compañero algún problema en la erección que afecte su actividad sexual?

☐siempre ☐frecuentemente ☐algunas veces ☐rara vez ☐nunca

11. ¿Tiene su compañero algún problema de eyaculación precoz que afecte su actividad sexual?

☐siempre ☐frecuentemente ☐algunas veces ☐rara vez ☐nunca

12. En comparación con los orgasmos que ha tenido en el pasado, ¿cómo calificaría los orgasmos que ha tenido en los últimos seis meses?

☐mucho menos intensos ☐menos intensos ☐igual de intensos

☐más intensos ☐mucho más intensos

El cálculo de la puntuación del cuestionario PISQ-12 se realiza mediante la sumatoria de las puntuaciones de cada ítem, (de 0= siempre a 4= nunca), invirtiéndose esta puntuación para los ítems 1, 2, 3 y 4.