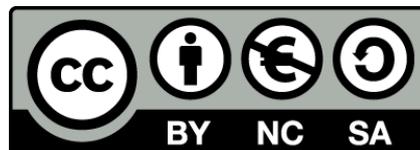




UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

**Validación de la versión española  
del PISQ-IR: The Pelvic Organ  
Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire,  
IUGA-Revised. Valoración de la salud sexual en  
mujeres con disfunciones del suelo pélvico**

Montserrat Mestre Costa



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – Compartir Igual 4.0. Espanya de Creative Commons**.

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – Compartir Igual 4.0. España de Creative Commons**.

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Spain License**.



**Parc Taulí**  
Hospital Universitari



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL PISQ-IR:  
THE PELVIC ORGAN PROLAPSE/INCONTINENCE  
SEXUAL QUESTIONNAIRE, IUGA-REVISED  
VALORACIÓN DE LA SALUD SEXUAL EN MUJERES  
CON DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO

TESIS DOCTORAL ELABORADA Y PRESENTADA POR **MONTSERRAT MESTRE COSTA**

DIRECTORAS DE LA TESIS DOCTORAL: **MONTSERRAT ESPUÑA PONS Y SÒNIA ANGLÈS ACEDO**  
TUTOR DE LA TESIS DOCTORAL: **FRANCISCO CARMONA HERRERA**

PROGRAMA DE DOCTORAT MEDICINA I RECERCA TRANSLACIONAL.  
FACULTAT DE MEDICINA I CIÈNCIES DE LA SALUT. UNIVERSITAT DE BARCELONA. 2022

VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL PISQ-IR:  
THE PELVIC ORGAN PROLAPSE/INCONTINENCE  
SEXUAL QUESTIONNAIRE, IUGA-REVISED  
VALORACIÓN DE LA SALUD SEXUAL EN MUJERES  
CON DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA



**Parc Taulí**  
Hospital Universitari

Memoria de tesis doctoral presentada por:

MONTSERRAT MESTRE COSTA

Para optar al grado de:

Doctora en Medicina por la Universidad de Barcelona

Dirigida por:

MONTSERRAT ESPUÑA PONS, Consultora Senior del Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología (ICGON) del Hospital Clínic de Barcelona y Profesora asociada de la Universitat de Barcelona

SÒNIA ANGLÈS ACEDO, Especialista Senior del ICGON del Hospital Clínic de Barcelona.

Tutor:

FRANCISCO CARMONA HERRERA, Jefe de Servicio de Ginecología y Consultor Senior del ICGON del Hospital Clínic de Barcelona y Profesor titular de la Universitat de Barcelona

La **Dra. Montserrat Espuña Pons**, Consultora Senior del Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología (ICGON) del Hospital Clínic de Barcelona, y la **Dra. Sònia Anglès Acedo**, Especialista Senior del Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología (ICGON) del Hospital Clínic de Barcelona, CERTIFICAN

Que la tesis titulada "VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL PISQ-IR: THE PELVIC ORGAN PROLAPSE/INCONTINENCE SEXUAL QUESTIONNAIRE, IUGA-REVISED (PISQ-IR). VALORACIÓN DE LA SALUD SEXUAL EN MUJERES CON DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO" ha sido preparada, bajo su dirección, por **Montserrat Mestre Costa**, para optar al grado de Doctora en Medicina por la Universidad de Barcelona.

Y para que así conste, firman el presente documento, a petición de la interesada.

Firmas



**Dra. Montserrat Espuña Pons**  
Directora de la tesis



**Montserrat Mestre Costa**  
Doctoranda



**Dra. Sònia Anglès Acedo**  
Codirectora

Barcelona, 2022

*En memòria de la meva mare.*

## AGRADECIMIENTOS

---

En primer lugar, quiero agradecer a la Dra. Montserrat Espuña su liderazgo y el trabajo realizado en el campo del suelo pélvico. Ella es y será siempre una referente nacional e internacional en este campo. Le agradezco infinitamente el haberme dado la posibilidad de desarrollar esta tesis bajo su dirección.

A la Dra. Sònia Anglès expresarle mi gratitud por su determinación en esta tesis y su minuciosidad en la revisión.

Al Dr. Francisco Carmona por la tutorización de esta tesis.

Al Dr. Josep Pubill por su generosidad en compartir conocimientos quirúrgicos, su paciencia, y su amistad durante estos años. A la Dra Judith Lleberia por su energía, profesionalidad y amistad durante este periodo. Ellos me han ayudado a recoger parte de los datos de este estudio demostrando que el trabajo en equipo es posible.

Al Dr. Lluís Amat por iniciarme en el mundo del suelo pélvico durante mi formación como médico residente en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. A todos y cada uno de los adjuntos que aportaron su grano de arena en mi formación. A todos mis compañeros durante la residencia, periodo que recuerdo con mucho cariño, en especial al Dr Agustín Hernández.

A Maria Ángeles Crespo y a Joan Carles Oliva, por su sabiduría estadística.

A los profesores del Máster de Sexología Clínica y Salud Sexual de la Universitat de Barcelona.

Al Dr. Manuel Corona, por ayudarme a crecer en el mundo de la ecografía, por su esencial omnipresencia en ginecología y obstetricia, por su capacidad de actualización incesante y por su admirable humildad.

A la Dra. Yolanda Canet, directora del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitari Parc Taulí, por el apoyo y permitirme el desarrollo de esta tesis.

A los profesores de Ginecología y Obstetricia de nuestra Unidad Docente de la Universitat Autònoma de Barcelona (Dr. Jordi Costa, Dr. Ramon Cos, Dra. Maria Grimau, Dra. Yolanda Canet, Dra. Silvia Pina y Dra. Judith Lleberia) por haber confiado en mí.

A los residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitari Parc Taulí, los actuales y los del pasado, que de alguna manera u otra me han ayudado a realizar este estudio y tesis. Ellos son un impulso esencial.

A todo el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitari Parc Taulí por su apoyo y respeto.

A las pacientes de nuestra Unidad de Uroginecología.

A mis compañeros y amigos de la carrera de Medicina, la Dra. Anna Besa, Dra. Sílvia Montserrat, Dra. Clara Joaquin, Dr. Sergi Tàpies, Dra. Roser Álvarez, Dra. Silvia Arévalo, Dra. Marta Pratcorona, Dra. Silvia Navarro y Dr. Javi Fernández, por su compañía e ilusión contagiosa. A nuestro "neurocirujano" particular Òscar Cruixent por su inestimable ayuda.

A mis amigas Joana, Maria, Mariona y Laia. Por el camino recorrido juntas.

A Jaume y a Lupe por su respaldo incondicional.

A mis tíos por su cariño. *Descansa en pau "tiet"*.

A mi hermano por creer en mí.

A mi hermana por su increíble creatividad y optimismo. *Mil gràcies per la teva obra present en aquesta tesi.*

A mi padre por inculcarme la responsabilidad del trabajo.

A mi madre, a quien todo debo, porque sin ella este proyecto y muchos otros no se habrían hecho realidad. *Et trobo molt a faltar.*

A Abel, por su comprensión, apoyo y por estar siempre a mi lado a ritmo de Jazz. A Magí y a Gal·la, por su alegría, energía y positividad contagiosa a ritmo de Bossanova. *Us estimo molt.*

**A todos ellos, muchas gracias.**

# ÍNDICE

<b>1. GLOSARIO</b>	<b>14</b>
<b>2. ENUMERACIÓN DE LOS ARTÍCULOS QUE COMPONEN LA TESIS</b>	<b>15</b>
<b>3. RESUMEN</b>	<b>18</b>
<b>4. INTRODUCCIÓN</b>	<b>24</b>
4.1 FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA	24
4.2 DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA	25
4.2.1 Factores de riesgo	25
4.2.2 Diagnóstico	27
4.2.2.1 Criterios diagnósticos	27
4.2.2.2 Historia médica	28
4.2.2.3 Historia sexual	28
4.3 SALUD SEXUAL DE LAS PACIENTES CON DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO	29
4.3.1 Prolapso de órganos pélvicos	30
4.3.1.1 Efecto del tratamiento del prolapso de órganos pélvicos en la salud sexual	30
4.3.2 Incontinencia urinaria	32
4.3.2.1 Efecto del tratamiento de la incontinencia urinaria en la salud sexual	33
4.3.3 Incontinencia anal	34
4.4 EVALUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL	35
4.5 CUESTIONARIOS VALIDADOS PARA PACIENTES CON DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO	35
4.5.1 Traducción de un cuestionario	36
4.5.2 Validación de los cuestionarios. Propiedades de un buen cuestionario	37
4.5.3 Elección de un cuestionario	41
4.5.4 Cuestionarios para la evaluación de mujeres con disfunciones del suelo pélvico.	41
4.5.5 Cuestionarios para la evaluación de la salud sexual en mujeres con disfunciones del suelo pélvico	42
<b>5. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS</b>	<b>48</b>
<b>6. HIPÓTESIS</b>	<b>52</b>
<b>7. OBJETIVOS</b>	<b>56</b>
<b>8. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>60</b>
8.1 ADAPTACIÓN CULTURAL Y VALIDACIÓN AL CONTEXTO ESPAÑOL DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL PISQ-IR	60
8.2 VALORACIÓN DE LA SALUD SEXUAL DE LA MUESTRA ESTUDIADA	65

<b>9. RESULTADOS</b>	<b>70</b>
9.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	70
9.1.1 Características demográficas de la población estudiada	70
9.1.2 Síntomas y grado de prolapso de órganos pélvicos (POP)	72
9.1.3 Síntomas de incontinencia urinaria (IU), gravedad y tipo en base al diagnóstico clínico	72
9.1.4 Síntomas de Incontinencia anal en la población estudiada según diagnóstico clínico	74
9.1.5 Evaluación global del impacto de las disfunciones del suelo pélvico en la población estudiada	74
9.2 PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL PISQ-IR	74
9.3 SALUD SEXUAL DE LA MUESTRA ESTUDIADA SEGÚN EL CUESTIONARIO PISQ-IR EN MUJERES NO SEXUALMENTE ACTIVAS (NSA)	82
9.3.1 Respuestas del cuestionario PISQ-IR en mujeres NSA	82
9.3.2 Resultados según subescalas del cuestionario PISQ-IR	84
9.3.3 Salud sexual de la muestra estudiada según cuestionario PISQ-IR en mujeres NSA con incontinencia urinaria	84
9.3.4 Salud sexual de la muestra estudiada según el cuestionario PISQ-IR en mujeres NSA con incontinencia anal	86
9.3.5 Salud sexual de la muestra estudiada según el cuestionario PISQ-IR en mujeres NSA con prolapso de órganos pélvicos	87
9.4 SALUD SEXUAL DE LA MUESTRA ESTUDIADA SEGÚN EL CUESTIONARIO PISQ-IR EN MUJERES SA (SA)	88
9.4.1 Respuestas del cuestionario PISQ-IR	88
9.4.2 Resultados según subescalas y puntuación global del cuestionario PISQ-IR	93
9.4.3 Salud sexual de la muestra estudiada según el cuestionario PISQ-IR en mujeres SA con incontinencia urinaria	93
9.4.4 Salud sexual de la muestra estudiada según el cuestionario PISQ-IR en mujeres SA con incontinencia anal	95
9.4.5 Salud sexual de la muestra estudiada según el cuestionario PISQ-IR en mujeres SA con con prolapso de órganos pélvicos	96
9.5 SALUD SEXUAL DE LA MUESTRA ESTUDIADA SEGÚN EL CUESTIONARIO FSFI EN MUJERES SEXUALMENTE ACTIVAS (SA)	97
9.5.1 Resultados según dimensiones y puntuación global del cuestionario FSFI	97
9.5.2 Salud sexual de la muestra estudiada según el cuestionario FSFI en mujeres SA con incontinencia urinaria	97
9.5.3 Salud sexual de la muestra estudiada según el cuestionario FSFI en mujeres SA con incontinencia anal	99
9.5.4 Salud sexual de la muestra estudiada según el cuestionario FSFI en mujeres SA con con prolapso de órganos pélvicos	100

# ÍNDICE

---

<b>10. DISCUSIÓN</b>	<b>104</b>
10.1 ADAPTACIÓN CULTURAL Y VALIDACIÓN AL CONTEXTO ESPAÑOL DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL PELVIC ORGAN PROLAPSE/INCONTINENCE SEXUAL QUESTIONNAIRE IUGA-REVISED (PISQ-IR)	104
10.1.1 Especificidades en cuanto al tamaño muestral, adherencia al protocolo y proporción de NSA y SA	104
10.1.2 Especificidades en cuanto a los aspectos psicométricos de la validación al español del PISQ-IR en relación con otros estudios de validación que siguieron el mismo protocolo	105
10.2 SALUD SEXUAL DE LA MUESTRA ESTUDIADA	111
10.2.1 Características específicas de las mujeres estudiadas en relación con estudios de validación del PISQ-IR y otros	111
10.2.2 Salud sexual en las pacientes incluidas en relación con estudios de validación del PISQ-IR y otros	113
<b>11. CONCLUSIONES</b>	<b>118</b>
11.1 ADAPTACIÓN CULTURAL Y VALIDACIÓN AL CONTEXTO ESPAÑOL DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL PELVIC ORGAN PROLAPSE/INCONTINENCE SEXUAL QUESTIONNAIRE IUGA-REVISED (PISQ-IR)	118
11.2 SALUD SEXUAL EN MUJERES CON DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO ATENDIDAS EN UNA UNIDAD DE REFERENCIA ESPECIALIZADA EN UROGINECOLOGÍA	118
<b>12. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>122</b>
<b>13. ANEXOS</b>	<b>136</b>

## GLOSARIO

---

AFC: Análisis Factorial Confirmatorio  
AO: Arousal/Orgasm (excitación-orgasmo)  
CRADI: Colo-rectal-Anal Distress Inventory  
CS: Condition Specific (condición-específico)  
D: Desire (deseo)  
DE: Desviación Estándar  
DSP: Disfunciones del Suelo Pélvico  
EPIQ: Epidemiology of Prolapse and incontinence Questionnaire  
FSFI: Female Sexual Function Index  
GQ: Global Quality (calidad global)  
IU: Incontinencia urinaria  
IUE: Incontinencia urinaria de esfuerzo  
IUU: Incontinencia urinaria de urgencia  
IUM: Incontinencia Urinaria Mixta  
ISI: Incontinence Severity Index  
IUGA: International Urogynecological Association  
NSA: No Sexualmente Activas  
PISQ-12: Pelvic Organ Prolapse/ Urinary Incontinence Sexual Questionnaire 12  
PISQ-IR: Pelvic Organ Prolapse/ Incontinence Sexual Questionnaire- IUGA Revised.  
PFDI-20: Pelvic Floor Distress Inventory  
PISQ-IR Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire IUGA-Revised  
POPDI: Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory  
POPQ: Pelvic Organ Prolapse Quantitation system  
PR: Partner Related (relacionado con la pareja)  
PROs: Patient Reported Outcomes  
PRESIDE: Estudio "Prevalence of Female Sexual Problems Associated with Distress and Determinants of Treatment Seeking"  
SA: Sexualmente Activas

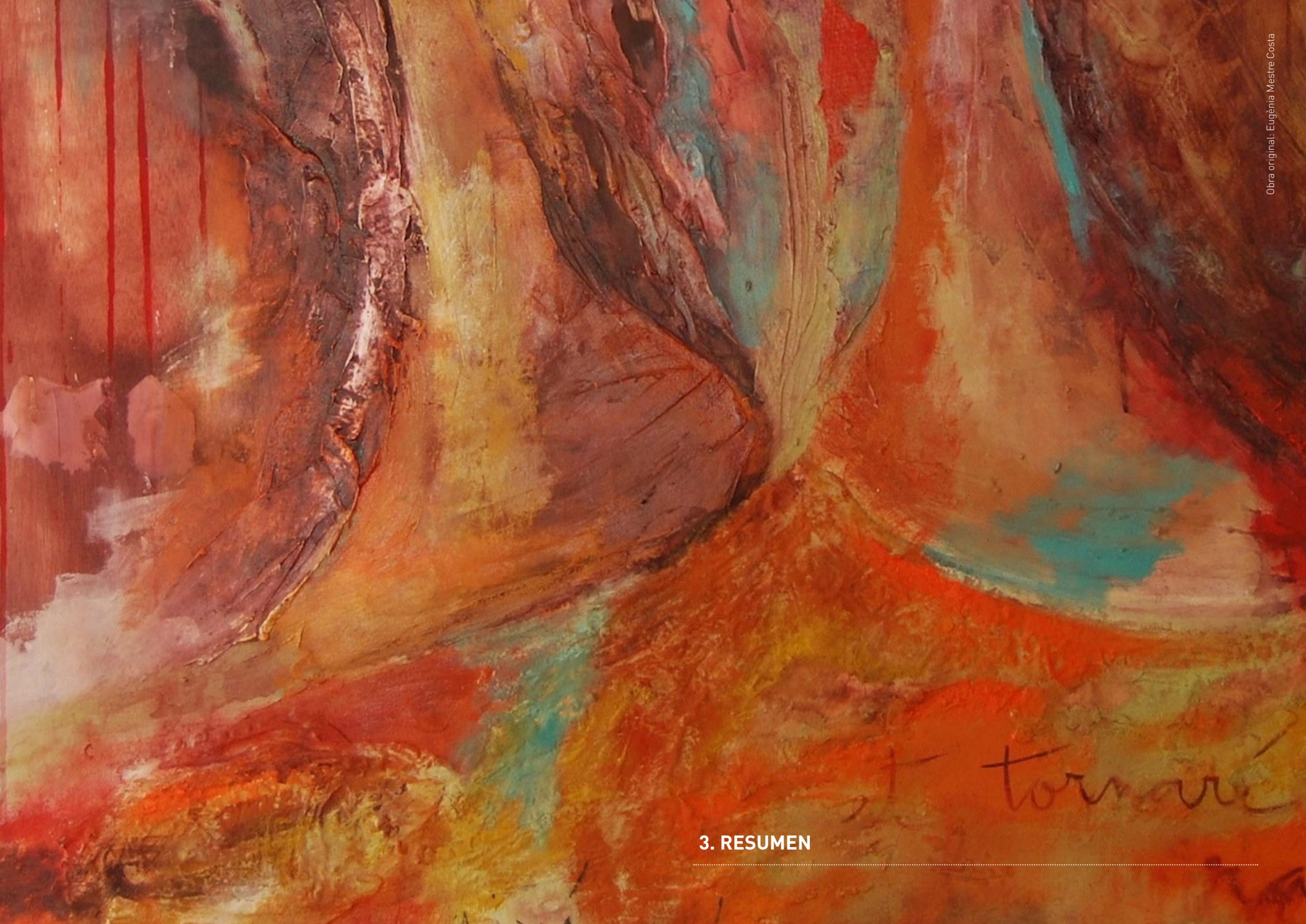
## ENUMERACIÓN DE LOS ARTÍCULOS QUE COMPONEN LA TESIS

---

Tesis en formato clásico con 1 artículo anexo.

**Mestre M**, Lleberia J, Pubill J, Espuña-Pons M. Spanish version of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire IUGA-Revised (PISQ-IR): Transcultural validation. Int Urogynecol J. 2017; 28 (12): 1865-1873.

SJR 2021: 0,933 Q1 Urology; Obstetrics and Gynecology.



### 3. RESUMEN

---

### **Validación de la versión española del PISQ-IR: The Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-Revised (PISQ-IR). Valoración de la salud sexual en mujeres con disfunciones del suelo pélvico.**

#### **OBJETIVOS:**

**1. Principal:** Adaptación cultural y validación al contexto español de la versión española del "Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire IUGA-Revised (PISQ-IR)".

**2. Secundarios:** Valoración de la salud sexual en mujeres con disfunciones del suelo pélvico.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

**1.** Adaptación cultural y validación al contexto español de la versión española del PISQ-IR.

**a.** Adaptación cultural del PISQ-IR: Traducción-Paneles de expertos y pacientes-retro traducción-aprobación del comité de la IUGA.

**b.** Estudio estadístico de las propiedades psicométricas de la versión española del PISQ-IR: Estudio observacional y unicéntrico. Recogida de datos sociodemográficos y clínicos de 268 mujeres [118 NSA y 150 SA] que acuden a la Unidad de Uroginecología, mayores de edad, no embarazadas y no diagnosticadas de vulvodinia, cistitis intersticial o dolor pélvico crónico. Autocumplimentación por parte de las pacientes de: el PISQ-IR; el "Incontinence Severity Index" (ISI); el "Female Sexual Function Index" (FSFI); el "Pelvic Floor Distress Inventory" (PFDI-20); y el ítem#35 del "Epidemiology of Prolapse and incontinence Questionnaire" (EPIQ). Análisis estadístico: factibilidad (% casos válidos), fiabilidad (Alpha de Cronbach,  $\alpha$ ), validez estructural (análisis factorial) y validez convergente (rho de Spearman).

**2.** Valoración de la salud sexual de la muestra estudiada

Se describieron los resultados del cuestionario específico validado (PISQ-IR) en mujeres que consultaban por disfunciones del suelo pélvico. Se analizaron tanto las respuestas del cuestionario, como la puntuación global y de sus subescalas. Se incluyeron mujeres no sexualmente activas (NSA) y sexualmente activas (SA). Las mujeres SA respondieron también las preguntas del cuestionario genérico sobre función sexual (FSFI), del que se analizó los resultados de su aplicación en base a su puntuación global y de sus subescalas.

Tanto para la población de mujeres SA, como para las NSA, se valoró si existían diferencias significativas en la puntuación con el PISQ-IR según la presencia de distintas disfunciones del suelo pélvico (prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria y anal). Asimismo, se valoró en las mujeres SA si existían diferencias significativas en la puntuación con el FSFI según la presencia de estas disfunciones del suelo pélvico.

Los resultados se presentan como frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas, y como media y desviación estándar para las continuas. Las variables con distribución normal fueron analizadas con tests paramétricos, y las que no, con tests no paramétricos. En los análisis comparativos de grupos para variables categóricas se utilizó la chi-cuadrado, el test exacto de Fisher y el test de Mc Nemar para tendencia. Las variables continuas fueron analizadas con test de T-student y el test de U de Mann-Whitney. El nivel de significación se fijó en  $p < 0,05$ . Todos los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 19.

#### **RESULTADOS:**

**1.** Características y propiedades psicométricas de la versión en español del PISQ-IR.

La muestra estuvo formada por 118 mujeres NSA y 150 SA, con una edad media (DE) de 59,2 (11,5) años; índice de masa corporal (IMC) medio de 29,6 kg / m<sup>2</sup> (5,6) y paridad media de 2,6 partos (1,2). El PISQ-IR mostró una alta tasa de respuesta (98,3% NSA y 94,7% SA) y una consistencia interna elevada (alfa de Cronbach para NSA y SA de 0,79 y 0,91 respectivamente). El análisis factorial confirmó la estructura del cuestionario original y la validez convergente mostró una correlación de moderada a fuerte entre el PISQ-IR y las puntuaciones ISI, PFDI-20 y FSFI, además del ítem # 35 del EPIQ.

**2.** Salud sexual de la muestra estudiada.

Al 69% de las mujeres NSA no les molestaba nada no tener actividad sexual. El 46,61% de las NSA refirieron que una de las razones para no tener actividad sexual era el hecho de no tener pareja. El 54,24 % de las mujeres NSA contestaron que no tener interés era una de las razones para no tener actividad sexual. El 20,34% de las NSA estaba muy de acuerdo y el 17,8% algo de acuerdo en que los problemas de vejiga y/o intestinales y/o prolapso eran el motivo para no tener actividad sexual. Un 15,25% estaban muy de acuerdo en que el dolor en la actividad sexual era una de las razones para ser NSA en el momento del estudio. El 36,3 % de las mujeres NSA refirió que el temor a la disfunción del suelo pélvico limitaba su actividad sexual. Se encontraron diferencias significativas en la subescala NSA-Global Quality (Calidad Global) del PISQ-IR entre las mujeres NSA con incontinencia urinaria mixta y las que no, con una media de 2,65 (DE 1,07) y una media de 2,22 (DE 0,93) respectivamente ( $p = 0,021$ ).

En las mujeres SA, el 62% de ellas refirió que el temor a la disfunción del suelo pélvico limitaba en mayor o menor medida su actividad sexual. El 23% de las SA refirieron dispareunia siempre o a menudo y un 31% algunas veces.

Se encontraron diferencias significativas en varias subescalas del PISQ-IR entre las mujeres SA con incontinencia urinaria mixta y las que no; en la subescala SA-Condition Specific (Condición-Específico) con una media de 4,07 (DE 0,9) y una media 4.48 (DE 0,79) respectivamente ( $p=0.005$ ); en la subescala SA-Condition Impact (Impacto de la Condición) con una media de 2,7 (DE 1,05) y 3,11 (DE 0,93) respectivamente ( $p=0,017$ ) y en la puntuación global, con una media de 3,14 (0,66) y 3,36 (DE 0,59) respectivamente ( $p=0,041$ ). No encontrando diferencias significativas entre las mujeres SA con incontinencia urinaria mixta y las que no con el cuestionario FSFI.

Se encontraron diferencias significativas en distintas subescalas del cuestionario PISQ-IR entre las mujeres con sensación de bulto en vagina y las que no (pregunta específica EPIQ 35); en la subescala SA-Partner Related (Relacionado con la Pareja) con una media de 3,14 (DE 0,48) y una media 3,39 (DE 0,438) respectivamente ( $p=0.003$ ); en la subescala SA-Global Quality (Calidad Global) con una media de 3,2 (DE 1) y 3,6 (DE 1) respectivamente ( $p=0,025$ ); en la subescala SA-Condition Impact (Impacto de la Condición), con una media de 2.72 (DE 1) y 3.24 (DE 0,92) respectivamente ( $p=0,001$ ); en la subescala SA-Arousal/Orgasm (Excitación-Orgasmo), con una media de 3,01 (DE 0,86) y 3,5 (DE 0,66) respectivamente ( $p=0,001$ ); en la subescala SA-Desire (Deseo), con una media de 2,42 (DE 0,93) y 2,93 (DE 0,84) respectivamente ( $p=0,002$ ) y en la puntuación global, con una media de 3,13 (DE 0,64) y 3,46 (0,57) respectivamente ( $p=0,001$ ). También se encontraron diferencias significativas en distintas subescalas del cuestionario PISQ-IR entre las mujeres que según la exploración con el POP-Q presentaban un POP inferior o igual a II grado o mayor a II grado; en la subescala SA-Desire (Deseo) con una media de 2,69 (DE 0,94) y 2,28 (DE 0,83) respectivamente y en la puntuación global con una media de 3,42 (0,6) y 3,19 (0,63) respectivamente.

Asimismo, se encontraron diferencias significativas entre las mujeres con síntoma de prolapso (sensación de bulto en vagina) y las que no tenían este síntoma en varias de las dimensiones del cuestionario FSFI. Las diferencias fueron: en la dimensión que mide el deseo con una media de 2,96 (DE 1,13) y 3,53 (DE 1) ( $p=0,03$ ) respectivamente; en la dimensión que mide la excitación con una media de 3,5 (DE 1,1) y 4,06 (DE 1,08) ( $p=0,009$ ) respectivamente; en la dimensión que mide la lubricación con una media de 3,99 (DE 1,4) y 4,67 (DE 1,1) respectivamente; en la dimensión que mide la satisfacción con una media de 4,34 (DE 1,2) y de 4,88 (DE 1,08) respectivamente; en la dimensión que mide el orgasmo con una media de 4,01 (DE 1,4) y de 4,69 (DE 1,11) respectivamente y en la puntuación global del FSFI de 22,61 (DE 5,72) y de 25,75 (DE 4,69) respectivamente.

### CONCLUSIONES:

#### 1. Adaptación cultural y validación al contexto español de la versión española del *Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire IUGA-Revised* (PISQ-IR):

- En conclusión, existe una versión adecuadamente adaptada y validada del PISQ-IR, que cumple los criterios psicométricos de factibilidad, validez y fiabilidad para su uso en España, tanto en la práctica clínica como en la investigación.
- Este cuestionario específico para mujeres con disfunciones del suelo pélvico permite profundizar mejor en el impacto de estas disfunciones en la vida sexual de las mujeres que las padecen que un cuestionario genérico.

#### 2. Salud sexual en mujeres con disfunciones del suelo pélvico atendidas en una unidad de referencia especializada en uroginecología:

- A más de la mitad de las mujeres NSA no les molesta nada no tener actividad sexual. En las mujeres NSA, la falta de interés y el no tener pareja son los motivos principales para no tener actividad sexual.
- Un tercio de las mujeres NSA consideran que la DSP que padecen es una de las razones para no tener actividad sexual.
- El temor a la disfunción del suelo pélvico limita la actividad sexual en más de la mitad de las mujeres SA.
- El POP en las mujeres SA es la disfunción con mayor impacto en su salud sexual.
- La IU mixta afecta la salud sexual tanto en las mujeres NSA como en las SA medida con el PISQ-IR.
- Existe una alta prevalencia de dolor durante el coito (dispareunia) en las mujeres de nuestra muestra, por lo que consideramos recomendable preguntar sobre este síntoma de forma sistemática a todas las mujeres que consulten por disfunciones del suelo pélvico.

Scrupore / amb un  
desq / dissimulat  
tot / l'espai que  
t'embotia

GULMINARE



La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social que se relaciona con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia<sup>1</sup>.

Cuando se afecta la salud sexual y se altera la capacidad de las personas para experimentar placer sexual es cuando existe una disfunción sexual, siempre y cuando esta alteración genere malestar y/o preocupación<sup>2</sup>.

Las disfunciones del suelo pélvico (incontinencia urinaria, incontinencia anal y prolapso de órganos pélvicos) son frecuentes y afectan negativamente a la calidad de vida de la mujer, incluida la salud sexual<sup>3</sup>. Hasta el 60% de las mujeres sexualmente activas que consultan al servicio de uroginecología presentan disfunción sexual<sup>4</sup>. Aunque es una patología común, sólo una minoría de uroginecólogos realizan un cribado para la disfunción sexual a todas sus pacientes. La falta de tiempo, el desconocimiento de las opciones terapéuticas y la edad avanzada de la paciente son algunos motivos que contribuyen a que no se registre esta patología en la historia ginecológica de rutina<sup>5,6</sup>. Además de los profesionales de la salud, las pacientes también tienen sus propias barreras que dificultan que expresen de forma espontánea sus síntomas sexuales en la consulta uroginecológica. Los cuestionarios y las escalas son útiles para romper el hielo y que las pacientes reflexionen sobre los diferentes aspectos de su sexualidad, además de desempeñar un papel crucial en la evaluación de la salud sexual femenina<sup>7</sup>.

## 4.1. FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Las fases del ciclo sexual femenino incluyen: interés/deseo (líbido) (interés de tener actividad sexual, incluyendo fantasías o pensamientos sexuales o eróticos), excitación (sensación subjetiva de placer sexual acompañada de cambios fisiológicos, incluyendo vasocongestión genital, lubricación vaginal, aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la frecuencia respiratoria), orgasmo (alcanzando un máximo de placer sexual y la liberación de la tensión sexual, con contracciones rítmicas de los músculos perineales y los órganos reproductivos) y resolución (relajación muscular y una sensación de bienestar general después de la actividad sexual)<sup>8,9,10</sup>.

No obstante, el modelo de respuesta sexual femenina más extendido actualmente es el de Rosemary Basson, que reconoce que la función sexual femenina es más compleja y no sigue un patrón lineal. Incluyendo conceptos como el de la receptividad o motivación hacia la sexualidad, la intimidad emocional, el estímulo sexual en un contexto apropiado y la satisfacción, que se interrelacionan con las diferentes fases del ciclo sexual en un modelo circular. De forma que, para muchas mujeres, las fases pueden variar en la secuencia de solapamiento, de repetición, o estar algunas ausentes durante todos o algunos encuentros sexuales<sup>11,12,13</sup>.

Por otro lado, existen otras dimensiones que intervienen en la función sexual como la presencia de dolor/dispareunia (dolor con las relaciones sexuales) o aspectos más globales como el de la feminidad, la imagen genital y corporal o los aspectos relacionales. Las patologías uroginecológicas como el POP, la IA o la IU pueden provocar que las pacientes se perciban como menos femeninas o con menos atractivo físico y sexual (menos *sexis*). Especialmente en las pacientes con POP, las pacientes perciben sus genitales como "anormales" o "feos" y esto puede afectar a la autoimagen, autoestima y a como se expresa y experimenta la sexualidad.

## 4.2. DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

El concepto de disfunción sexual femenina engloba las alteraciones en el deseo/interés sexual, así como cambios en la psicofisiología que caracterizan el ciclo de la respuesta sexual, que ocurren de manera persistente y recurrente causando malestar y dificultades interpersonales.

Según algunos estudios, hasta un 40 % de las mujeres pueden referir algún problema sexual pero el porcentaje se reduce a un 12 % cuando se trata de mujeres que tienen algún problema sexual que les preocupe<sup>14,15</sup>. En un estudio realizado en 29 países en casi 14000 mujeres de 40 a 80 años que respondieron un cuestionario en persona o por teléfono, los problemas sexuales más comunes fueron falta de interés sexual (del 26 al 43 %) y la incapacidad de conseguir el orgasmo (18 al 41 por ciento)<sup>16</sup>.

El hecho de si los problemas sexuales se asocian a angustia o preocupación es un requisito esencial para el diagnóstico de disfunción sexual femenina actualmente. No obstante, muchos de los estudios existentes no valoran este hecho.

### 4.2.1. Factores de riesgo

La disfunción sexual tiene a menudo una etiología multifactorial<sup>7</sup> puede incluir problemas psicológicos como la depresión o ansiedad, problemas de pareja, estrés, fatiga, falta de privacidad, antecedentes de abusos sexuales, medicación o problemas físicos que hacen la actividad no confortable, como la endometriosis, síndrome genitourinario de la menopausia, etc. La presencia de cualquier problema de salud probablemente afectará a la función sexual no sólo por el problema en sí, sino también por el impacto en el bienestar psicológico. De hecho, en un estudio en 31581 mujeres mayores de 18 años realizado en Estados Unidos, el estudio PRESIDE, la autopercepción de un pobre estado de salud se correlacionaba con los problemas sexuales que producen angustia o preocupación<sup>14</sup>.

El efecto de la **edad** en la función sexual femenina es controvertido<sup>15</sup>. En un estudio de Lindau ST et al, hecho en 1550 mujeres de 57 a 85 años, la salud física presentaba una asociación más fuerte con los problemas sexuales que la edad sola<sup>17</sup>. En el estudio PRESIDE, la presencia de problemas sexuales incrementaban con la edad, no obstante, la prevalencia de los problemas sexuales asociados a angustia o preocupación era más alto en mujeres de 45 a 64 años (15%) y en mujeres de 18 a 44 años (11%), que en mujeres de 65 años o mayores (9%)<sup>14</sup>. Por el contrario, en otro estudio de Castelo-Branco C et al de 2003, en una cohorte de 534 mujeres de entre 40 y 64 años, el riesgo de disfunción sexual incrementaba en el subgrupo de >49 años, así como con la menopausia, llegando a la conclusión que la disfunción sexual afecta a más del 51% de las mujeres de mediana edad sexualmente activas e incrementa con la edad<sup>18</sup>. En cambio, en el estudio National Health and Social Life Survey que incluye 1749 mujeres (de edades entre 18 y 59 años con pareja sexual en el pasado año), la prevalencia de problemas sexuales disminuía con la edad, excepto en el caso de alteraciones en la lubricación vaginal<sup>15</sup>.

Es difícil diferenciar el efecto de la edad por sí misma en la salud sexual de la mujer del efecto de la menopausia y los cambios debidos al envejecimiento.

La **menopausia** se relaciona íntimamente con la edad, y la probabilidad de aparición de problemas sexuales con la menopausia parece depender del tipo de disfunción. Se ha descrito un incremento del riesgo de disfunción sexual en la menopausia (OR: 3.3 CI:1.6-6.9)<sup>18</sup>.

De hecho, la sequedad vaginal y la dispareunia están consistentemente aumentadas después de la menopausia, relacionadas con la disminución de estrógenos en el tejido vaginal<sup>19</sup>.

Además, se ha descrito que síntomas como los cambios de humor, trastornos del sueño o los sudores nocturnos pueden asociarse a disminución de la libido<sup>20</sup>.

Asimismo, la **fatiga** y el **estrés** tienen un impacto negativo especialmente en la libido de la mujer<sup>17</sup>.

Se ha observado que **enfermedades psiquiátricas** como la depresión, la ansiedad y los trastornos psicóticos se relacionan significativamente con los problemas sexuales que producen angustia, por lo que se consideran que son factores de riesgo para la disfunción sexual<sup>14</sup>. Las benzodiazepinas también se relacionan con la disfunción sexual<sup>21</sup>.

Las mujeres con esclerosis múltiple y/o enfermedad de Parkinson tienen mayor riesgo de disfunción sexual<sup>22</sup> y la gravedad de la misma se correlaciona con la gravedad de la **enfermedad neurológica**<sup>23</sup>.

Después del **parto**, a parte de los cambios físicos y hormonales, la fatiga y la constante demanda del recién nacido disminuyen el interés sexual de la mujer. Disfunciones sexuales, incluyendo el trastorno del interés/excitación y la dispareunia, son comunes durante el período posparto. No hay evidencia de diferencias a largo plazo entre mujeres que han tenido un parto vaginal versus las mujeres con cesárea<sup>24, 25</sup>.

Algunas patologías ginecológicas como la **endometriosis** o la **miomatosis uterina** afectan negativamente a diferentes dimensiones de la función sexual. En el caso de la endometriosis, la presencia de dispareunia no es el único determinante de la salud sexual de estas mujeres<sup>26</sup>. El dolor pélvico crónico, el grado de severidad de la enfermedad y la presencia de comorbilidades físicas y mentales afectan la actividad sexual de las mujeres con endometriosis. Igualmente, los miomas uterinos pueden provocar dispareunia, así como sangrado importante que pueden perjudicar la función sexual<sup>27</sup>.

Las mujeres con **cáncer** pueden experimentar disfunción sexual durante o después del tratamiento. Especialmente aquellas mujeres que realizan cirugía pélvica o de mama o aquellas que padecen fallo ovárico prematuro por la quimioterapia<sup>28</sup>.

La toma de **fármacos** como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina puede causar bajo deseo sexual y dificultad en el orgasmo en la mujer<sup>29</sup>.

El efecto de los anticonceptivos orales en la función sexual femenina es controvertido.

En cuanto a la toma de **sustancias** como la nicotina, se ha descrito que puede inhibir la excitación en la mujer<sup>30</sup>. El abuso crónico de alcohol lleva a un estado hipogonadotrope en mujeres y hombres. A parte de los cambios endocrinos, el abuso de sustancias se asocia frecuentemente con una pobre salud física y mental, trastornos en las relaciones de pareja, bajo estatus social y financiero, todos ellos factores con un impacto negativo en la función sexual<sup>31</sup>.

Asimismo, la **relación con la pareja** es un factor determinante para la satisfacción sexual en la sexualidad compartida. En un estudio en Estados Unidos, con una muestra de casi 1000 mujeres de edad entre los 20 y 65 años, los mejores predictores de distrés sexual fueron el estado de bienestar emocional y la relación con la pareja<sup>32-34</sup>.

El antecedente de **abusos sexuales o físicos** es un factor de riesgo para padecer disfunción sexual<sup>18,35</sup>. La mayoría de la violencia sexual tiene lugar en el marco de la pareja<sup>36</sup>.

### 4.2.2. Diagnóstico

La disfunción sexual femenina se diagnostica identificando una serie de criterios diagnósticos a través de la historia médica y sexual<sup>7</sup>. Resulta imprescindible una exploración pélvica en aquellas mujeres que refieren un trastorno de dolor con las relaciones sexuales y sería aconsejable en todas aquellas mujeres con disfunciones sexuales para poder identificar posibles factores etiológicos asociados.

#### 4.2.2.1. Criterios diagnósticos

Las guías de la Asociación Americana de Psiquiatría para disfunciones sexuales exigen que la disfunción sexual sea recurrente o persistente y que cause angustia, preocupación o malestar personal para establecer el diagnóstico de disfunción sexual.

A parte, el problema debe estar presente al menos 6 meses y no tener una mejor explicación por otro diagnóstico.

Las disfunciones sexuales se definen en relación con una o más fases del ciclo de respuesta sexual, aunque en la práctica clínica, es muy infrecuente observar un trastorno que se limite a una sola fase. En los criterios diagnósticos publicados en 2013, varias categorías se combinaron y las definiciones cambiaron respecto a las previas.

Las principales categorías actuales dentro del DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) son principalmente: el trastorno del interés/excitación sexual femenino, el trastorno orgásmico femenino y el trastorno de dolor genito-pélvico/penetración<sup>2</sup>.

### 4.2.2.2. Historia médica

Para diagnosticar en una mujer una disfunción sexual es esencial investigar el grado de preocupación o molestia que este problema le produce. Existe una asociación entre la disfunción sexual femenina y una pobre salud física, mental y deterioro en la calidad de vida. Desde el punto de vista clínico es importante tener en cuenta distintos factores que influyen en la salud sexual; el papel del contexto interpersonal, social y de la salud mental son importantes, pero también lo son la enfermedad crónica y la salud sexual de la pareja. Los efectos de la enfermedad sobre la función sexual pueden ser mediados directamente por los mecanismos fisiológicos o por factores psicológicos relacionados con la enfermedad. El tratamiento en sí de la propia enfermedad puede afectar la función sexual.

La realización de una correcta historia clínica permite la identificación de posibles factores que afectan la sexualidad. La comorbilidad de las mujeres con disfunción sexual es muy común, y en el marco de la evaluación de la disfunción sexual es necesario evaluar factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de esta.

La evaluación de los problemas sexuales debería formar parte de la visita médica de la mujer.

La visita ginecológica debería evaluar síntomas y condiciones que puedan afectar la actividad sexual, incluyendo: Historia de lesiones vulvovaginales o lesiones pélvicas, cáncer o cirugía, historia obstétrica, estado menopáusico (natural, quirúrgica o posterior a quimioterapia), dolor vulvovaginal o pélvico, incontinencia urinaria o anal/prolapso de órganos pélvicos, prurito vulvovaginal, sequedad o flujo, sangrado genital anormal. Además, a parte de las preguntas básicas sobre salud ginecológica, contracepción etc., a todas las mujeres se les debería preguntar abiertamente sobre si tienen alguna preocupación sexual<sup>7,10</sup>.

### 4.2.2.3. Historia sexual

El objetivo de la historia sexual es identificar el problema(s) sexual, trazar posibles factores contribuyentes y clarificar los objetivos del tratamiento tanto de la paciente como de la pareja.

Las preguntas sobre actividad sexual deben ser específicas, puesto que no deben hacerse suposiciones sobre el género de la pareja, ni del número de parejas y sobre lo que la paciente interpreta como actividad sexual.

En el caso de detectar un problema sexual, no se suele disponer del tiempo adecuado para la correcta orientación y tratamiento del problema sexual, por lo que sería aconsejable una visita de seguimiento para completar la historia sexual y tratar adecuadamente los problemas sexuales<sup>7,8,10</sup>.

Como complemento a la historia sexual se pueden utilizar cuestionarios. Los cuestionarios se usan como **Patient-Reported-Outcomes (PROs)** es decir, como informe de la condición de salud del paciente que proviene directamente del paciente, sin interpretación de la respuesta del paciente por parte de un médico o de cualquier otra persona.

## 4.3. SALUD SEXUAL DE LAS PACIENTES CON DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO

El papel de las disfunciones del suelo pélvico en la salud sexual no debe ser subestimado en relación con otros factores que se consideran más relacionados, como son la edad o la menopausia, y es importante considerar el papel que pueden tener los factores anatómicos-biológicos (por ejemplo, cicatrices, etc.) en la respuesta sexual de la mujer. Las disfunciones del suelo pélvico pueden asociarse a disfunción sexual, aunque el mecanismo para su asociación es desconocido y es probablemente multifactorial. Es importante conocer los efectos en la actividad y la función sexual secundario a los problemas uroginecológicos o a los tratamientos aplicados. En las mujeres, la disfunción sexual y las disfunciones del suelo pélvico son problemas frecuentes que disminuyen la calidad de vida. Existe una alta prevalencia de disfunción sexual en las mujeres con disfunciones del suelo pélvico porque la sexualidad es un componente importante de la calidad de vida<sup>37,38</sup>. La prevalencia exacta es difícil de determinar debido a las variadas definiciones de disfunción y porque las pacientes afectadas pueden no pedir tratamiento o informar del problema<sup>39,40</sup>. En un estudio realizado con 450 mujeres atendidas en una unidad de uroginecología, se encontró que hasta un 64 por ciento de ellas presentaban algún grado de disfunción sexual<sup>4</sup>.

Entre las mujeres con disfunciones del suelo pélvico podemos encontrar mujeres que se consideran sexualmente activas y mujeres sexualmente inactivas. La inactividad sexual puede estar relacionada con las disfunciones del suelo pélvico o con otros factores<sup>41,42</sup>. De hecho, en una revisión retrospectiva de las mujeres que se sometían a cirugía uroginecológica, una cuarta parte de las mujeres refirieron evitar la actividad sexual debido a su disfunción del suelo pélvico<sup>43</sup>.

El tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico puede reducir la disfunción sexual. Existen estudios en los que se utilizan cuestionarios validados en los que se refiere mejoría en la función sexual en las mujeres tratadas por patología del suelo pélvico<sup>44,45</sup>. No obstante, la salud sexual de las mujeres puede no cambiar tras el tratamiento y, en algunos casos, empeorar, especialmente tras los tratamientos quirúrgicos. En un estudio cualitativo en 81 mujeres sometidas a cirugía por disfunciones del suelo pélvico, las mujeres calificaron los problemas sexuales postoperatorios como un evento adverso grave<sup>46</sup>.

### 4.3.1. Prolapso de órganos pélvicos

Se ha observado que las mujeres con prolapso de órganos pélvicos (POP) sintomático tienen menos probabilidad de mantener relaciones sexuales y más probabilidad de tener disfunción sexual comparado con las mujeres con prolapso asintomático<sup>47,48,49</sup>.

La función sexual suele empeorar con el incremento de la severidad del prolapso de órganos pélvicos. Las mujeres con prolapso de órganos pélvicos sintomático tienen peores resultados en la función sexual en cuestionarios validados y es menos probable que mantengan relaciones sexuales que las mujeres asintomáticas<sup>50</sup>.

El prolapso de órganos pélvicos tiene un impacto negativo en la función sexual, particularmente en el deseo y la satisfacción sexual. Además, Las mujeres con prolapso de órganos pélvicos tienen más posibilidades de tener dolor con las relaciones durante el coito. Esto puede ser debido a una obstrucción mecánica o por la laxitud de la pared vaginal o ambos y pueden asociar atrofia vulvovaginal<sup>42,47,51</sup>.

Asimismo, las mujeres con prolapso de órganos pélvicos también refieren una pobre imagen corporal<sup>52,53</sup>. En otro estudio en mujeres con prolapso de órganos pélvicos igual o mayor a grado 2, referían sentirse más solas y menos atractivas, y a menudo cambiaban sus prácticas sexuales o las evitaban<sup>54</sup>. En algunos casos, el prolapso lleva a sentimientos de culpa, vergüenza además de la impresión de ser menos atractiva sexualmente<sup>42,51</sup>.

#### 4.3.1.1. Efecto del tratamiento del prolapso de órganos pélvicos en la salud sexual

##### Tratamiento conservador (pesario y/o rehabilitación)

Los tratamientos no quirúrgicos del prolapso de órganos pélvicos pueden mejorar la salud sexual en algunas mujeres. En un estudio observacional en el que se utilizó un cuestionario validado para evaluar la función sexual en las pacientes que usaron el pesario como tratamiento para el prolapso, se observó una mejoría significativa de la función sexual (en concreto del deseo, lubricación y satisfacción sexual) comparado con la función sexual antes del tratamiento<sup>55</sup>. En otro estudio aleatorizado donde se valoró la función sexual con el cuestionario PISQ-IR en usuarias de pesario y el manejo del pesario con relación a la actividad sexual, se observó que no había cambios significativos en la función sexual tras 3 meses de tratamiento en la mayoría de las subescalas salvo en la relacionada con la pareja. La satisfacción con el pesario y la mejoría de la imagen corporal fueron factores que se asociaron a una mejoría de la función sexual. Muchas mujeres se quitaron el pesario durante las relaciones sexuales por preferencias de la pareja<sup>56</sup>.

No obstante, en dos estudios prospectivos que compararon pesario versus tratamiento quirúrgico en mujeres con prolapso, un estudio informó de mejoría similar en la función sexual y el otro encontró que la función sexual fue algo peor con el pesario que con la cirugía<sup>57,58</sup>.

En cuanto a la rehabilitación del suelo pélvico en el prolapso de órganos pélvicos, existe un estudio retrospectivo de cohortes que observó una mejoría del 80% de los síntomas de dolor (incluyendo dolor con la actividad sexual) en aquellas mujeres que completaron al menos cinco sesiones de rehabilitación del suelo pélvico, pero no se evaluó su efecto en la disfunción sexual de forma independiente<sup>59</sup>. Del mismo modo, una revisión sistemática concluye que la rehabilitación beneficia la sintomatología del prolapso en general<sup>60</sup>. En un estudio aleatorizado del grupo de Bö K, cuyo objetivo fue evaluar el efecto de la rehabilitación del suelo pélvico sobre la función sexual en mujeres con prolapso, se observó que la fisioterapia puede mejorar la función sexual en algunas mujeres. Las mujeres que refirieron una mejora en la función sexual demostraron un mayor aumento de la capacidad contráctil y resistencia de la musculatura del suelo pélvico<sup>61</sup>.

##### Tratamiento quirúrgico

La reparación quirúrgica del prolapso generalmente se asocia a una mejoría en la tasa de dispareunia y disfunción sexual<sup>62</sup>. Al utilizar cuestionarios validados para valorar la función sexual antes y después de la cirugía de prolapso genital, y no solo evaluar la dispareunia, la mayoría de los estudios describen una mejoría de la función sexual después de la cirugía<sup>63, 64, 65, 66, 67, 68, 69</sup>. Este hecho probablemente se deba a la mejora de la imagen corporal y al alivio de los síntomas físicos. Los estudios de imagen corporal destacan la naturaleza multifactorial de la salud sexual en mujeres con prolapso y la necesidad de abordar los componentes físicos y mentales de la salud sexual antes de un tratamiento<sup>54, 58, 70</sup>.

En un estudio de cohortes prospectivo realizado en población española de mujeres sexualmente activas (n=170) e inactivas (n=185) que recibieron tratamiento quirúrgico con tejidos propios para resolver su POP, se concluyó que el tratamiento quirúrgico del POP parece tener un impacto positivo sobre la vida sexual de mujeres tanto inactivas como activas sexualmente<sup>66</sup>.

En la misma línea, el meta-análisis de Jha S et al de 2014 de mujeres que se sometieron a cirugía del prolapso con tejidos nativos concluye que existe una mejoría en la función sexual después de la cirugía evaluada con cuestionarios<sup>63</sup>.

La dispareunia, dolor o malestar persistente o recurrente asociado con el intento o la penetración vaginal completa<sup>71</sup>, es común en una de cada cinco mujeres antes de someterse a una cirugía de prolapso. La reparación quirúrgica resuelve la dispareunia en tres de cada cuatro mujeres con bajas tasas de dispareunia de novo<sup>72</sup> (dispareunia que aparece por primera vez tras una cirugía u otras intervenciones)<sup>71</sup>.

En la revisión sistemática de Antosh DD et al de 2020, que incluye 67 estudios realizados hasta 2018 y con 44 estudios aleatorizados que informan de resultados de

función sexual tras diferentes tipos de cirugía de prolapso (incluyendo reparaciones con tejidos nativos, suspensión sacroespinal, suspensión uterosacros, injertos biológicos, mallas transvaginales y colposacropexia) se concluye que la función sexual mejora o se mantiene sin cambios después de todos los tipos de cirugías reconstructivas de POP. La prevalencia de la dispareunia total fue menor después de todos los tipos de cirugía de POP (de un 22% preoperatoriamente a un 15 % posterior a la cirugía) y la dispareunia de novo fue baja, entre el 0 y el 9% salvo la reparación posterior, que no disponía de datos suficientes<sup>73</sup>.

Históricamente, la dispareunia de novo después de la cirugía de POP había sido descrita de un 10% o más, sin embargo, estos altos porcentajes se asociaban a menudo a técnicas antiguas (ej plicatura de los elevadores) o al uso de definiciones de dispareunia no estandarizadas. Con la disponibilidad de medidas de resultado validadas para evaluar los resultados de la función y actividad sexual y definiciones estandarizadas<sup>74</sup>, se puede evaluar mejor la relación entre el POP, la reparación quirúrgica y la dispareunia<sup>72</sup>.

En un estudio reciente donde se estudió la actividad y función sexual mediante el PISQ-IR en mujeres con estadios avanzados de prolapso genital que se operaban mediante una colposacropexia laparoscópica o una malla vaginal, se observó que la mayoría de las mujeres presentaron una mejor actividad y función sexual 2 años después de la intervención, principalmente debido a las subescalas relacionadas con prolapso que mejoraron tanto en mujeres no sexualmente activas como las sexualmente activas. La recuperación de la actividad sexual y la mejora de la función sexual fueron mayores después de colposacropexia laparoscópica en comparación con la malla vaginal, probablemente relacionadas con menos dispareunia postoperatoria<sup>75</sup>.

En la misma línea, en la revisión sistemática de Antosh et al de 2021, donde comparan distintos abordajes del tratamiento quirúrgico del POP concluyen que la dispareunia total es mayor después de malla sintética vaginal que la colposacropexia<sup>76</sup>.

Según el estudio de Lukacz ES et al de 2020 basado en un análisis multivariado secundario de 4 estudios aleatorizados, la dispareunia preoperatoria parece ser el único predictor de la dispareunia postoperatoria<sup>72</sup>.

### 4.3.2. Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria (IU) tiene un impacto negativo en la función sexual. Es probable que esta interferencia, directa o indirectamente, contribuya a que las mujeres eviten tener relaciones sexuales. La forma en que ocurre esta influencia sigue sin estar clara, especialmente cuando se busca comprender los mecanismos involucrados en este resultado. Se ha descrito que entre un 5-38% de mujeres son inactivas sexualmente por

la IU y que entre el 25-38% de las mujeres sexualmente activas restringen su actividad sexual por la IU. Asimismo, se ha descrito una prevalencia de entre el 23 al 56 % de disfunción sexual en mujeres con incontinencia urinaria. En cuanto cuál es el tipo de incontinencia de orina que asocia mayor disfunción sexual, la incontinencia urinaria mixta presenta mayor asociación a disfunción que la incontinencia urinaria de urgencia aislada y ésta mayor asociación a disfunción que la incontinencia urinaria de esfuerzo aislada<sup>77-81</sup>.

La presencia de incontinencia urinaria coital, es decir aquella incontinencia que ocurre durante o después de las relaciones sexuales con coito/penetración influye en la función y actividad sexual. En un estudio multicéntrico se encuentra que una de cada tres mujeres que consulta por incontinencia urinaria o vejiga hiperactiva presentan incontinencia urinaria coital. De estas pacientes con incontinencia urinaria coital, el 40% les provoca un impacto moderado o grande en su calidad de vida, presentando alteraciones en las puntuaciones globales y en todas las dimensiones en el cuestionario de calidad de vida "King's Health Questionnaire". Además, en aquellos ítems específicos de vida sexual y relación de pareja también se observaron alteraciones en las puntuaciones<sup>82</sup>.

#### 4.3.2.1. Efecto del tratamiento de la incontinencia urinaria en la salud sexual

##### Tratamiento conservador y farmacológico

La rehabilitación del suelo pélvico suele mejorar la función sexual según estudios observacionales y aleatorizados<sup>83</sup>. De hecho, se ha observado que la rehabilitación del suelo pélvico en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo mejora el deseo sexual, la habilidad de llegar al orgasmo y se reduce la dispareunia<sup>84</sup>. De igual modo, en un estudio aleatorizado donde se estudiaba el efecto de diferentes terapias para la incontinencia urinaria de esfuerzo (pesario para la incontinencia urinaria, rehabilitación del suelo pélvico más reeducación vesical o combinación de ambas) se concluyó que cuanto más mejoraba la incontinencia más mejoraba la función sexual y se reducía la incontinencia urinaria coital por lo que disminuía el temor a tener pérdidas con la actividad sexual<sup>85</sup>.

Además, se ha observado que la obesidad es un factor independiente asociado al empeoramiento de la función sexual y la incontinencia urinaria<sup>86</sup>. No obstante, en un estudio en mujeres obesas con incontinencia urinaria se estudió el efecto de la pérdida de peso en la función sexual y no se encontró mejoría significativa de la función sexual en el grupo de pérdida de peso respecto al control a pesar de sí encontrarse diferencias en cuanto a la mejoría de la incontinencia urinaria<sup>87</sup>. En cambio, en un estudio reciente en 72 mujeres sometidas a cirugía bariátrica evaluadas con el cuestionario PISQ-IR, se concluye que la función sexual mejora tras un año de la cirugía<sup>88</sup>.

En cuanto a los tratamientos que mejoran la incontinencia urinaria de urgencia (anticolinérgicos y/o betaadrenérgicos) parecen reducir la disfunción sexual presente en las mujeres con este tipo de incontinencia<sup>89</sup>.

### Tratamiento quirúrgico

La mayoría de las mujeres que se someten a una cirugía de incontinencia urinaria de esfuerzo, refieren una mejoría en su función sexual o una función sexual igual a antes de la cirugía<sup>90</sup>. En una revisión sistemática y metanálisis de Lai S et al del 2020, donde se valoraron estudios prospectivos aleatorizados y no aleatorizados que estudiaban la función sexual con el PISQ-12 y el FSFI en pacientes intervenidas con mallas mediouretrales para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, se concluye que la función sexual mejora después de la cirugía<sup>91</sup>.

En un estudio reciente donde se utiliza el PISQ-IR para valorar la función sexual en 171 mujeres sometidas a cirugía con mallas antiincontinencia, se observó que en las mujeres que habían mejorado la continencia también mejoraba su función sexual<sup>92</sup>. Según un metanálisis en el que se detalla la función sexual global y la función orgásmica de las mujeres que se someten a una cirugía con mallas mediouretrales para la incontinencia urinaria, la función sexual global permanece igual o mejora tras la cirugía con malla mediouretral. Por el contrario, la función orgásmica solo mejora en un tercio de los casos, la mayoría no experimenta cambios o refiere un empeoramiento de la función orgásmica<sup>93</sup>.

No obstante, algunas de las mujeres que refieren empeoramiento de la función sexual la tienen sobre todo a expensas de la dispareunia. La dispareunia de novo tras la cirugía de la incontinencia urinaria con mallas mediouretrales se ha descrito alrededor de un 9-15 por ciento<sup>94</sup>.

### 4.3.3. Incontinencia anal

La incontinencia anal (pérdida involuntaria de gases y/o heces) y la incontinencia fecal (pérdida involuntaria de heces, sólidas o líquidas) se asocian a la disfunción sexual.

La asociación de la incontinencia anal con una peor función sexual es consistente en diferentes estudios, aunque se utilicen distintos cuestionarios para su valoración.

Diversos estudios refieren que las mujeres con incontinencia anal tienen la misma actividad sexual, pero presentan menos deseo y satisfacción con la actividad sexual. En un estudio de función sexual en mujeres con incontinencia anal utilizando el PISQ-IR y el FSFI, se encontró que la actividad sexual fue parecida en mujeres con incontinencia anal y las mujeres continentales, pero puntuaban peor en las dimensiones de deseo del FSFI, en la dimensión "calidad de vida global" y la "condición específica" del PISQ-IR. En el estudio de regresión logística, solo la dimensión "condición específica" del PISQ-IR se asoció a incontinencia anal<sup>95,96</sup>.

No existen estudios prospectivos que hayan estudiado la función sexual antes y después de la esfinteroplastia. Existen algunos estudios retrospectivos de mujeres que se han sometido a una esfinteroplastia en los que no se observó mejoría en la función sexual a pesar de la mejoría de la incontinencia. Eran estudios de pequeño tamaño y no se habían

utilizado cuestionarios condición-específicos para la valoración de la función sexual en mujeres con incontinencia anal como el PISQ-IR<sup>97,98</sup>.

### 4.4. EVALUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL

La evaluación de la actividad y de la función sexual en cada nueva visita debería formar parte del contenido habitual de la atención a las pacientes que consultan por disfunciones del suelo pélvico, con el objetivo de poder hacer un cribado que permita identificar a las mujeres con posibles problemas sexuales. Es aconsejable que las preguntas relacionadas con la actividad y la función sexual se hagan durante la entrevista clínica estando la mujer vestida y no durante la exploración física; así evitamos que el hablar de sexualidad produzca un mayor grado de ansiedad y sensación de vulnerabilidad, que el que ya de por sí, para la mayoría de las mujeres, supone la exploración pélvica. Cuanto más cómodo se sienta el médico con la terminología sexual, más sencillo será para la paciente comunicar sus preocupaciones sexuales y discutir las<sup>41,42,99,100</sup>.

Al evaluar la vida sexual de las mujeres que atendemos en la práctica clínica en uroginecología pueden diferenciarse 3 grupos de pacientes con disfunciones del suelo pélvico. El primer grupo con una vida sexual autopercebida como normal; a estas mujeres, durante el proceso de selección del tratamiento de su problema uroginecológico, hay que informarles sobre el posible impacto del tratamiento elegido en su vida sexual y considerar este aspecto en la selección final del tratamiento. Después del tratamiento, el impacto en la actividad y función sexual debe ser una medida más del resultado.

Existe un segundo grupo de mujeres con disfunciones del suelo pélvico con una vida sexual autopercebida como alterada y que les preocupa. En estas pacientes es fundamental determinar qué tipo de disfunción sexual presentan y hasta qué punto la disfunción del suelo pélvico actúa como factor predisponente, precipitante o de mantenimiento de la disfunción sexual identificada (por ejemplo, incontinencia urinaria y trastorno de interés sexual/de la excitación). Finalmente, existe un tercer grupo de mujeres, que serían pacientes que refieren no tener ningún tipo de actividad sexual y en las que debemos investigar si esta inactividad es por causas ajenas al proceso por el que nos consulta (problemas de su pareja, no tiene pareja, etc.) o la consideran relacionada con la disfunción del suelo pélvico por la que consultan (por ejemplo, imposibilidad coital por un prolapso genital muy severo o temor a la incontinencia urinaria coital)<sup>41</sup>.

### 4.5. CUESTIONARIOS VALIDADOS PARA PACIENTES CON DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO

Los síntomas de las disfunciones del suelo pélvico se pueden evaluar de varias maneras. El estudio exhaustivo de la historia clínica es un método importante para evaluar los síntomas de un paciente y su efecto sobre la vida diaria. Sin embargo, en una situación en la que se desee una evaluación estandarizada y reproducible, las historias clínicas pueden no ser suficientes puesto que varían con cada clínico y con el paciente. La forma más válida de medir la presencia, la gravedad y el impacto de un síntoma o condición en las actividades y el bienestar de un

paciente es mediante el uso de cuestionarios autoadministrados psicométricamente robustos. Actualmente, se dispone de un número creciente de cuestionarios para evaluar a las mujeres con disfunciones del suelo pélvico. En general, existen cuestionarios que miden la presencia de síntomas particulares y su severidad (cuestionarios de síntomas), cuestionarios que miden calidad de vida, es decir cómo se siente el individuo respecto su sintomatología y valoran el impacto de esta condición en su actividad diaria incluyendo el bienestar social, psicológico y emocional (cuestionarios de calidad de vida) y cuestionarios que miden la función o actividad sexual. Los cuestionarios utilizados para evaluar problemas de salud pueden ir desde cuestionarios de calidad de vida diseñados ad hoc no validados, hasta cuestionarios diseñados y validados para evaluar el impacto en la calidad de vida de un problema de salud específico y de su tratamiento.

Los cuestionarios se pueden dividir en cuestionarios genéricos o en cuestionarios específicos de la condición (condición-específicos). Los cuestionarios genéricos comparan la función o calidad de vida entre las condiciones, mientras que los cuestionarios específicos de la condición miden las diferencias entre individuos con la misma condición. En general, cuanto más específico sea el cuestionario, más probable será que sea capaz de distinguir pequeñas diferencias entre individuos con la condición dada.

Los cuestionarios en general miden información «subjetiva» de una forma «objetiva». Los cuestionarios se usan como **Patient-reported outcomes (PROs)** para: 1) identificar/diagnosticar individuos con una disfunción; 2) evaluar la severidad de la disfunción; 3) medir la mejoría y/o satisfacción con un tratamiento; y 4) examinar el impacto de la disfunción en la calidad de vida de la paciente y su pareja<sup>41, 99, 100, 101</sup>.

### 4.5.1. Traducción de un cuestionario

Muchos de los cuestionarios utilizados actualmente en la investigación del suelo pélvico han sido validados en poblaciones estadounidenses de habla inglesa y de clase media. La traducción a otras lenguas es necesaria para el uso de estos cuestionarios en investigación y en la población que no habla inglés. La traducción directa por un solo traductor no es suficiente para garantizar que el cuestionario sea tan robusto como el original. Se han descrito otros métodos. El más común es la traducción directa por un grupo bilingüe de "expertos". Este método permite identificar y corregir errores que un solo traductor no puede detectar. Sin embargo, sigue sujeto a un sesgo inherente propio al de la cultura de los traductores bilingües. Los mejores métodos de traducción incluyen el desarrollo simultáneo de un cuestionario en varios idiomas y la traducción inversa del mismo al idioma original. En el método más utilizado de retrotraducción, expertos bilingües traducen el cuestionario original a un idioma seleccionado. Un segundo grupo de expertos bilingües traduce el cuestionario traducido al idioma original y las dos versiones (original y la retrotraducción) se comparan para que sean equivalentes y comprensibles.

El proceso de traducción/retrotraducción puede repetirse hasta que se obtenga un cuestionario representativo del original. Aunque la retrotraducción garantiza que el lenguaje del nuevo cuestionario es representativo del original, el cuestionario traducido debe ser validado la población diana escogida<sup>101</sup>.

### 4.5.2. Validación de los cuestionarios. propiedades de un buen cuestionario

El desarrollo de un cuestionario es un proceso complejo. Suele creerse que la traducción y adaptación de un instrumento reconocido y utilizado en un determinado campo, país e idioma garantiza la conservación de sus propiedades psicométricas; sin embargo, esto generalmente no se cumple, por lo que es necesaria su adaptación sociocultural y más importante aún; su validación.

El criterio de expertos es determinante en la etapa inicial de la construcción y validación de escalas en salud.

Para considerar válida una escala de medición en salud, debe cumplir con una serie de características como la sencillez, la utilidad (viabilidad), la aceptación por parte de los pacientes e investigadores, así como propiedades psicométricas adecuadas, de las que destacan fiabilidad, validez y sensibilidad<sup>99, 101</sup>.

La **factibilidad** evalúa que un cuestionario sea entendible y fácil de implementar. Se puede analizar en función de la tasa de respuesta, en el tiempo medio de cumplimentación y en la respuesta a los ítems del cuestionario.

La **fiabilidad** se refiere a la capacidad de una medida para reproducir resultados similares cuando se repiten las evaluaciones. Es fundamental para garantizar que el cambio detectado por la medida se debe al tratamiento o la intervención y no a un error de medición. Dos aspectos importantes de la fiabilidad son la consistencia interna y la reproducibilidad<sup>102</sup>:

La **consistencia interna** es el grado en que los elementos en el cuestionario se relacionan entre sí, medido por la correlación ítem-total o coeficientes  $\alpha$  de Cronbach<sup>103</sup>. La consistencia interna medida con el  $\alpha$  de Cronbach evalúa la relación entre un conjunto de ítems como grupo. El coeficiente de fiabilidad  $\alpha$  resultante oscila entre 0 (los ítems de escala son totalmente independientes) a 1 (todos los ítems tienen covariancias elevadas). Una  $\alpha$  de Cronbach con puntuación  $> 0,7$  se considera aceptable, de 0,7 a 0,6 dudosa, inferior a 0,6 pobre y por debajo de 0,5 inaceptable<sup>104</sup>.

La **reproducibilidad** determina la variabilidad intra (fiabilidad entre el mismo evaluador) observador e inter (fiabilidad entre evaluadores distintos).

La fiabilidad intra-observador o fiabilidad test-retest se refiere a la repetibilidad del instrumento, es decir, si cuando es aplicado por los mismos evaluadores, con el mismo método, a la misma población y en dos momentos diferentes se obtienen

puntuaciones similares. Para evaluar esta propiedad se puede usar el coeficiente de correlación de Pearson, Spearman o intraclass. El coeficiente de Pearson se utiliza para medir la correlación entre variables cuantitativas, sin embargo, si las variables son cualitativas ordinales, está más indicada la correlación de Spearman-Brown. El tiempo transcurrido entre la primera aplicación de la escala (test) y la segunda (retest) varía según lo que se esté midiendo. Es decir, no debe ser largo, para evitar variaciones en el fenómeno de interés medido y tampoco debe ser muy breve, ya que puede presentarse un “efecto de aprendizaje”, es decir, recordar las respuestas dadas en la primera aplicación. En los dos casos, el valor de la repetibilidad se vería alterado. Una de las dificultades posibles es que algunos sujetos no admiten una segunda aplicación del instrumento.

La fiabilidad inter-observador es el grado de acuerdo que hay entre evaluadores diferentes que valoran a los mismos sujetos, con el mismo instrumento y en la misma ocasión. Esta propiedad no es evaluable en instrumentos donde el mismo individuo es el que proporciona las respuestas (test autocompletados), sin que exista interferencia de los evaluadores en los resultados de este (ej. entrevista). Las limitaciones con esta medición se deben principalmente a la existencia de acuerdo entre los evaluadores por azar y a la presencia de error sistemático (sesgo de información) en alguno de ellos. Para su evaluación, los métodos estadísticos usados son los mismos que para la fiabilidad test-retest<sup>102</sup>.

La **validez** es la capacidad que tiene el instrumento para medir lo que se pretendía medir<sup>99</sup>. La validez podrá evaluarse para todas o algunas de estas dimensiones dependiendo del tipo de escala objeto de la validación. Existen diversas propiedades que componen la validez de un instrumento:

### **Validez de contenido**

La validez de contenido es un proceso en el que se determina la estructura de la escala garantizando que ésta, por medio de sus ítems, abarque todos los dominios de la entidad que se quiere medir confirmando que el fenómeno estudiado esté representado adecuada y totalmente por sus ítems y dominios sin dejar ningún aspecto fuera de la medición. Lo que significa que abarca el espectro real de la entidad, de tal modo que las inferencias surgidas a partir de la puntuación de la escala sean válidas dentro de un amplio rango de circunstancias.

### **Validez de apariencia**

Hace referencia al grado en que los ítems de una escala miden de forma aparente o lógica el constructo que se pretende medir. Para evaluar esta propiedad deben conformarse dos grupos, uno de expertos y otro de sujetos que serán medidos con el instrumento. Ambos analizan la escala y deciden si las preguntas realmente parecen medir lo que se quiere. La validez de apariencia está muy relacionada

con la validez de contenido y podría considerarse como un aspecto de esta. La principal diferencia sería que la validez de apariencia se refiere a la revisión crítica de un instrumento después de que se ha construido, mientras que la mayor parte de la validación del contenido consiste en comprobar que los procedimientos de desarrollo fueron seguidos rigurosamente y documentados<sup>102</sup>.

### **Validez de constructo**

Garantiza que las puntuaciones que resultan de las respuestas del instrumento puedan ser consideradas y utilizadas como una medición válida del fenómeno estudiado. Así, esta propiedad evalúa el grado en que el instrumento refleja adecuadamente la teoría subyacente del fenómeno o constructo que se quiere medir y, en consecuencia, la medida coincide con la de otros instrumentos que evalúan la misma condición. La evaluación de estos atributos o constructos requiere la definición previa del contenido del instrumento que se está validando y la elaboración de un marco teórico-conceptual que permita la interpretación de los resultados obtenidos. La validez de constructo establece cómo una medición de la entidad se relaciona de manera consistente con las hipótesis que se plantean para explicar el constructo teórico que define el fenómeno de interés<sup>102</sup>.

### **Validez estructural**

El grado en que las puntuaciones de un cuestionario son un reflejo adecuado de la dimensionalidad del constructo a medir<sup>103</sup>.

Estadísticamente, la evaluación de esta propiedad puede hacerse mediante el análisis factorial, precisando que inicialmente se use el análisis factorial exploratorio para revelar la estructura interna de ítems y factores (dimensiones) de la escala y posteriormente, el análisis factorial confirmatorio para dar validez a tal estructura factorial soportada en un marco teórico de referencia<sup>102, 103</sup>.

### **Validez convergente**

Es una evaluación cuantitativa de si el cuestionario mide el constructo teórico que pretendía medir. La validez convergente indica si un cuestionario tiene relaciones más fuertes con conceptos o variables similares. Se deben ver relaciones más fuertes con los constructos más estrechamente relacionados y relaciones más débiles en los constructos menos relacionados<sup>99, 102</sup>.

Esta propiedad generalmente se evalúa con coeficientes de correlación de Pearson o Spearman, dependiendo de las características de distribución de los datos<sup>102</sup>.

### **Validez transcultural/Intercultural**

El grado en que el desempeño de los ítems en un cuestionario traducido o culturalmente adaptado es un reflejo adecuado del desempeño de los ítems de la versión original del cuestionario<sup>103</sup>.

## Validez de criterio

Establece el grado en que las puntuaciones obtenidas a partir de una escala son válidas, al compararlas con un estándar o patrón de referencia o gold standard (criterio). En este caso, el nuevo instrumento que se está evaluando debe compararse con una escala existente que sea ampliamente aceptada y que haya demostrado ser el mejor instrumento disponible para la medición del fenómeno de interés. De este modo, se comparan las puntuaciones obtenidas con cada una de las escalas para evaluar si existe una adecuada correlación entre ambas. Siempre que exista un estándar o se disponga de una escala alternativa parecida y que además sea independiente, fiable, válida y por supuesto, que mida la misma condición de interés, se deben seguir los siguientes pasos para evaluar esta propiedad: seleccionar el estándar o su equivalente más adecuado, elegir una muestra representativa de la población objeto de estudio, aplicar la escala en evaluación y obtener una puntuación para cada individuo, evaluar a cada sujeto con el estándar y comparar los resultados obtenidos con ambos instrumentos. Dependiendo del momento en que se realice la comparación de resultados, pueden evaluarse dos características de esta propiedad: la validez concurrente y la validez predictiva.

La **validez concurrente** establece el grado de correlación existente entre los resultados obtenidos por la escala en evaluación y la considerada "criterio" o estándar, cuando ambas son aplicadas simultáneamente. Esta comparación se efectúa estadísticamente mediante coeficientes de correlación de Pearson o de Spearman, dependiendo de las características de distribución de los datos.

La **validez predictiva** evalúa el grado en que la nueva escala de medición es capaz de predecir la puntuación obtenida por el "gold standard" cuando éste no se aplica al mismo tiempo sino en algún punto en el futuro. Estadísticamente, esta comparación se realiza de igual forma que en la validez concurrente<sup>102</sup>.

## Sensibilidad

La sensibilidad es la capacidad de un instrumento para detectar cambios a través del tiempo en la realidad que mide, tanto entre los individuos como en la respuesta de un mismo individuo sobre dicho constructo. Esta propiedad se utiliza en escalas diagnósticas o ensayos clínicos, en los que la sensibilidad al cambio y la especificidad permiten evaluar la respuesta a un tratamiento o intervención; sin embargo, es poco frecuente en estudios con variables como el bienestar, la satisfacción, las percepciones y las actitudes<sup>99,102</sup>.

Cuando un estudio se realiza para demostrar que un cuestionario en particular tiene unas correctas propiedades psicométricas se dice que el cuestionario ha pasado por un proceso de validación<sup>101</sup>.

## 4.5.3. Elección de un cuestionario

Al elegir un cuestionario para su uso en la práctica clínica o en la investigación, el primer paso es determinar si el cuestionario realmente mide lo que se desea que mida. También es esencial una breve revisión del contenido y la estructura del cuestionario. Es importante tener en cuenta el propósito con el que se diseñó originalmente el cuestionario y la población en la que fue validado. Si se quieren utilizar los cuestionarios en poblaciones o contextos clínicos distintos para los que fueron diseñados, sería necesaria un proceso de validación adicional.

El segundo paso es evaluar la fiabilidad, validez y la sensibilidad del cuestionario. El uso de cuestionarios no validados puede proporcionar información engañosa o no detectar cambios clínicos importantes. Siempre que sea posible, es conveniente utilizar un cuestionario ampliamente aceptado y utilizado previamente en la población que se desea evaluar. El paso final es determinar si la longitud y la construcción del cuestionario es factible en la práctica o en investigación. Los cuestionarios largos pueden ser útiles para los estudios de investigación, pero es probable que sean demasiado pesados para ser utilizados eficazmente en la práctica clínica. En general, utilizar sólo una parte de un cuestionario, cambiar el orden o el contenido de un cuestionario se desaconseja puesto que esto puede cambiar sus propiedades psicométricas<sup>99,101</sup>.

## 4.5.4. Cuestionarios para la evaluación de mujeres con disfunciones del suelo pélvico

Existen cuestionarios validados que además de ayudarnos a identificar el tipo de disfunción del suelo pélvico nos permiten valorar la repercusión sobre la calidad de vida.

El "**Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire-EPIQ**" es uno de los primeros cuestionarios validados para el cribado de disfunciones del suelo pélvico en diferentes poblaciones, fue desarrollado en 2005 por Luckacz ES et al<sup>105</sup>. Existe la validación de la versión en español del cuestionario realizada por Espuña Pons M et al en 2009<sup>106</sup>.

El "**Pelvic Floor Distress Inventory-short form 20**" (PFDI-20) y el "**Pelvic Floor Impact Questionnaire-short form 7**" (PFIQ-7) son cuestionarios validados condición-específicos muy utilizados para evaluar disfunciones del suelo pélvico, fueron desarrollados por Barber MD et al en 2005<sup>107</sup>.

Se desarrollaron a partir de su versión original de 46-item PFDI y de la versión original de 93-item PFIQ desarrolladas en el 2001 por los mismos autores<sup>108</sup>. La validación del PFDI-20 y el PFIQ-7 al español se realizó en 2013 por Sánchez-Sánchez B et al<sup>109</sup>.

El "**Incontinence Severity Index**" (ISI) permite evaluar la gravedad de los síntomas de incontinencia de orina en la mujer. Fue desarrollado por Sandvik H et al en 1993<sup>110</sup> y validado al español por Espuña Pons M et al en 2006<sup>111</sup>.

### 4.5.5. Cuestionarios para la evaluación de la salud sexual en mujeres con disfunciones del suelo pélvico

Los cuestionarios autoadministrados son un método discreto y reproducible para evaluar la salud sexual femenina. Tanto clínicos como investigadores reconocen la importancia de la obtención de información de los pacientes sin sesgos y de una manera reproducible.

En el caso de los PROs para la evaluación de la función sexual, los cuestionarios genéricos son más útiles cuando se compara función sexual entre grupos de pacientes, por ejemplo, entre mujeres con cardiopatía y mujeres con incontinencia de orina. Los cuestionarios condición-específicos son imprescindibles para comparar función sexual dentro del mismo grupo, por ejemplo, entre mujeres con incontinencia urinaria y mujeres con prolapso, y son así mismo un instrumento de gran ayuda para medir el impacto que han tenido los tratamientos aplicados en la vida sexual de las mujeres<sup>100</sup>.

El **“Female Sexual Function Index” (FSFI)** desarrollado por Rosen E et al en el año 2000 es un cuestionario genérico de 19 ítems que abarca seis dimensiones de la función sexual: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. El cuestionario fue validado en un estudio multicéntrico con 259 mujeres con y sin disfunción sexual, es fiable y sensible al cambio. El FSFI fue diseñado para utilizarse en aquellos estudios donde se aborda la naturaleza multidimensional de la función sexual femenina en las mujeres sexualmente activas<sup>112</sup>.

En la versión original inglesa se describió un punto de corte de una puntuación total de 26.55 para diferenciar mujeres con y sin disfunción sexual<sup>113</sup>.

Existen diferentes versiones en lengua española desarrolladas en distintos países, en Chile en 2004<sup>114</sup>, en Colombia en 2018<sup>115</sup> y en España en 2019<sup>116</sup> y 2020<sup>117</sup>.

En la primera validación del FSFI en población española (Pérez-Herrezuelo et al) se describe un punto de corte para DSF < 24.95 en mujeres postmenopáusicas. También existe una validación española del FSFI en población femenina con DSP<sup>116</sup>.

Asimismo, existe un estudio sobre la función sexual femenina en población española (de Castilla y León) donde se propone un punto de corte para DSF ≤ 21.7 a partir de la versión del FSFI chilena<sup>118</sup>.

El **“Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire” (PISQ-31)**, fue creado por Rogers et al en 2001 y diseñado inicialmente como un instrumento específico, fiable, válido y autoadministrado para evaluar la función sexual en mujeres con prolapso de órganos pélvicos o incontinencia urinaria. Fue desarrollado en dos fases, una inicial

con 83 pacientes y una posterior con 99 pacientes. Aunque existe una versión en lengua española del cuestionario PISQ-31, ésta ha sido desarrollada en EE. UU. para hispanos residentes en el país. El PISQ (y sus versiones) es el único cuestionario validado de función sexual femenina desarrollado específicamente en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos<sup>119</sup>.

El **“Pelvic Organ Prolapse/urinary Incontinence Sexual Questionnaire short form” (PISQ-12)**, el mismo grupo de autores que desarrolló el PISQ-31 presentó la versión reducida de 12 ítems del mismo cuestionario en 2003. En 2008 Espuña Pons M et al validaron la versión española del PISQ-12<sup>120</sup>.

El **“Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire IUGA-Revised (PISQ-IR)**, fue desarrollado por la “International Urogynecological Association (IUGA)” para proveer de un instrumento válido y fiable para medir la salud sexual en mujeres con disfunciones del suelo pélvico y que permitiera la validación transcultural para ser usado en múltiples lenguas y culturas. El PISQ-IR demostró tener propiedades psicométricas robustas y ser sensible al cambio.

En mujeres con disfunciones del suelo pélvico, el PISQ-IR mejora el rendimiento de los cuestionarios sobre función sexual anteriores (el PISQ original y la versión corta PISQ-12) porque se puede utilizar en mujeres no sexualmente activas y también en aquellas con incontinencia anal. Además, una importante diferencia entre el PISQ-IR y otras medidas específicas de salud sexual en mujeres con disfunciones del suelo pélvico (PISQ y PISQ-12) es que este PISQ revisado por la IUGA evalúa no sólo el impacto en la función sexual de mujeres sexualmente activas, sino que también valora el impacto de la patología del suelo pélvico en la actividad sexual.

La validación inicial de este cuestionario se completó en Estados Unidos y Reino Unido y actualmente el PISQ-IR está disponible para su validación transcultural en diferentes lenguas y países<sup>121, 122</sup>.

Se han realizado varias validaciones transculturales en distintas lenguas del PISQ-IR de las que se dispone artículo de referencia (**tabla 1**).

Por otro lado, existen algunas validaciones lingüísticas (traducciones del cuestionario pendientes de la validación de las propiedades psicométricas del cuestionario) en checo<sup>133</sup>, en coreano<sup>134</sup> y en japonés<sup>135</sup>.

Se ha propuesto un punto de corte de 2.68 en el PISQ-IR “summary score” o puntuación global para distinguir entre mujeres con disfunción sexual en mujeres SA con DSP, con una sensibilidad del 90% y una especificidad del 71%<sup>136</sup>.

Tabla 1: Validaciones transculturales PISQ-IR

Validación	Mujeres SA Número de mujeres	Mujeres NSA Número de mujeres	N
Inglés. Rogers RG et al (2013) <sup>122</sup>	401	188	589
Árabe (Egipto). El Azab AS et al (2015) <sup>123</sup>	142	30	172
Chino. Wang H et al (2015) <sup>124</sup>	65	41	106
Alemán. Trutnovsky G et al (2016) <sup>125</sup>	131	66	197
Húngaro. Farkas B et al (2016) <sup>126</sup>	110	68	178
Árabe (Arabia Saudí). Al-Badr A et al (2017) <sup>127</sup>	152	75	227
Español. Mestre M et al (2017) <sup>128</sup>	150	118	268
Polaco. Grzybowska ME et al (2017) <sup>129</sup>	128	124	252
Holandés. Van Dongen H et al (2018) <sup>130</sup>	159	61	220
Francés. Fotton B et al (2020) <sup>131</sup>	176	105	281
Tailandés. Bunyavejchevin S et al (2022) <sup>132</sup>	134	66	200

The background is an abstract composition of warm, earthy tones. It features a mix of reds, oranges, yellows, and browns, with some cooler blue and green accents. The texture is highly varied, with some areas appearing smooth and others showing significant brushwork, scratches, and layered colors, giving it a rich, tactile quality.

## 5. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

---

## JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

---

En 2008, la “International Urogynecological Association” (IUGA) reunió un panel de expertos de todo el mundo para resumir la literatura sobre salud sexual en mujeres con disfunciones del suelo pélvico y evaluar los instrumentos de medición de la función sexual que se utilizaban hasta el momento. El panel señaló que la mayoría de las herramientas de medición de las disfunciones del suelo pélvico no fueron diseñadas originalmente desde un punto de vista multicultural, lo que limitaba la generalización de su uso.

Como resultado, la IUGA emprendió el proceso de desarrollar un nuevo cuestionario de salud sexual basado en un marco multicultural para proporcionar un instrumento válido y fiable que permitiera utilizar la validación intercultural en múltiples idiomas y culturas: el “Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire IUGA Revised” (PISQ-IR). La validación inicial del PISQ-IR está actualmente disponible para la validación intercultural en una variedad de idiomas y países. El objetivo de nuestro estudio fue realizar la adaptación transcultural y la validación de la versión española del cuestionario PISQ-IR para proporcionar una herramienta válida para medir la salud sexual en mujeres españolas con disfunción del suelo pélvico tanto en la práctica clínica como en la investigación.



## 6. HIPÓTESIS

---

## HIPÓTESIS

---

La versión española del PISQ-IR puede evaluar adecuadamente la salud sexual en las mujeres españolas con disfunciones del suelo pélvico y puede cumplir adecuadas factibilidad, fiabilidad y validez.

Al ser un cuestionario específico puede ser capaz de evaluar con mayor precisión que un cuestionario genérico el impacto de las distintas disfunciones del suelo pélvico en la salud sexual.



## 7. OBJETIVOS

---

## OBJETIVOS

---

1. **Objetivo principal:** Adaptación cultural y validación al contexto español de la versión española del Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire IUGA-Revised (PISQ-IR).

2. **Objetivos secundarios:**

- Valoración de la salud sexual en mujeres con disfunciones del suelo pélvico mediante la aplicación de un cuestionario específico validado (PISQ-IR).
- Valoración de la salud sexual en mujeres sexualmente activas con disfunciones del suelo pélvico mediante la aplicación de un cuestionario genérico validado (FSFI).



## 8. MATERIAL Y MÉTODOS

---

## 8.1. ADAPTACIÓN CULTURAL Y VALIDACIÓN AL CONTEXTO ESPAÑOL DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL PISQ-IR

Siguiendo el protocolo de adaptación cultural y validación de la IUGA (anexo 1), se realizó un estudio transversal observacional en dos etapas:

### a) Adaptación cultural al contexto español del cuestionario PISQ-IR.

**a.1 Traducción:** un panel de expertos bilingües (español/inglés) familiarizados con la metodología de los cuestionarios, disfunciones del suelo pélvico y la evaluación de la función sexual en España, llevaron a cabo una traducción de la versión original del PISQ-IR al español (versión 1 del cuestionario PISQ-IR).

**a.2 Panel de expertos y pacientes:** utilizando un procedimiento “ad-hoc”, un primer panel compuesto por 3 expertos en uroginecología y 10 pacientes, mayores de edad y con patología del suelo pélvico (7 sexualmente activas y 3 sexualmente inactivas) revisaron los ítems de la versión 1 del cuestionario PISQ-IR en términos de importancia y comprensibilidad mediante entrevistas cognitivas siguiendo el protocolo de la IUGA (anexo 1). Durante la entrevista se utilizó el método “verbal probing” o sondeo verbal, que requiere que los participantes completen el cuestionario sin ayuda, seguido de una entrevista focalizada. Los participantes explicaron las razones de sus respuestas a cada ítem y comentaron cualquier ambigüedad, lo que permitió al entrevistador consultar sobre la comprensión e interpretación del cuestionario por parte del participante.

La versión 2 del cuestionario PISQ-IR se diseñó con el análisis cualitativo de las respuestas del primer panel, con cambios menores de la versión 1. La versión 2 del cuestionario PISQ-IR se volvió a evaluar por 10 pacientes con patología del suelo pélvico (sexualmente activas y no sexualmente activas), utilizando la misma metodología que en el primer panel y después del análisis hecho por tres expertos en uroginecología, sólo algún ítem se reformuló. Con estos mínimos cambios, se obtuvo la versión 3 del cuestionario PISQ-IR que se revisó con la misma metodología hasta obtener la versión 4 o versión final del PISQ-IR.

**a.3 Retrotraducción:** La versión 4 del PISQ-IR se tradujo al idioma del cuestionario original (inglés) por un experto lingüista bilingüe (distinto al que realizó la primera traducción) para asegurar la equivalencia conceptual con la versión original inglesa.

**a.4 Aprobación del comité de la IUGA (International Urogynecological Association):** el resultado del proceso se presentó al comité pertinente de la IUGA, el cual sugirió mínimos cambios editoriales. Una vez el comité de la IUGA aprobó la versión final, se consiguió la versión final de la versión española del PISQ-IR.

### b) Evaluación estadística de las propiedades psicométricas de la versión española del PISQ-IR.

Se llevó a cabo un estudio transversal observacional en la unidad de uroginecología del Hospital Universitari del Parc Taulí. Una muestra de 332 pacientes de la Unidad de Uroginecología del Hospital Parc Taulí que cumplían los criterios de inclusión fueron invitadas a participar. De 332 pacientes, 64 no dieron el consentimiento para cumplimentar el cuestionario de actividad y función sexual porque creían que no tenía relación con su patología del suelo pélvico.

Siguiendo el protocolo de la IUGA (anexo 1), la estimación del tamaño de la muestra se basó en el tamaño de muestra necesario para realizar el análisis psicométrico de la escala propuesta. La regla básica en el análisis psicométrico utilizado para el desarrollo y validación de un cuestionario es que se necesitan 5-10 sujetos por ítem que se esté evaluando<sup>137</sup>. Según el protocolo de la IUGA, debían incluirse en el estudio un mínimo de 220 sujetos.

Se recogieron los datos de 268 mujeres de forma consecutiva que consultaron y fueron atendidas en la unidad de Uroginecología, mayores de 18 años, no embarazadas, capaces de leer/escribir y entender el español y con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos, y/o incontinencia urinaria, y/o incontinencia anal. Se excluyeron del estudio las pacientes con diagnóstico de vulvodinia, síndrome de vejiga dolorosa o dolor pélvico crónico (definido como aquel dolor pélvico de más de 6 meses).

Las pacientes firmaron un consentimiento informado (anexo 2) como prerrequisito para participar en el estudio y no recibieron ningún incentivo ni compensación por su participación en el estudio.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital Universitari Parc Taulí (Codi CEIC 2011533).

Los investigadores recogieron el número de paciente y los datos de contacto (anexo 3) independientemente del cuaderno de recogida de datos (anexo 4) para garantizar la confidencialidad de los datos. Los datos recogidos en el cuaderno de recogida fueron: datos demográficos (edad, peso, altura, origen, estado civil, nivel educacional y situación laboral); datos clínicos (número de embarazos, paridad, estado hormonal e historia quirúrgica, tipo de diagnóstico de la patología del suelo pélvico y su tratamiento, comorbilidad y antecedentes médicos); una exploración física (clasificación del prolapso<sup>138</sup>, escala de oxford (tabla 2) y el tipo de musculatura del suelo pélvico (normal, hiperactiva, hipoactiva o no funcionante)<sup>71,139</sup>.

Tabla 2: Escala de Oxford para la valoración de la contractibilidad de la musculatura del suelo pélvico

0/5	Ausencia de contracción
1/5	Contracción muy débil
2/5	Contracción débil
3/5	Contracción moderada, con tensión y mantenida
4/5	Contracción buena. Mantenimiento de la tensión con resistencia
5/5	Contracción fuerte. Mantenimiento de la tensión con fuerte resistencia

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para el diagnóstico clínico de la incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia urinaria urgencia, incontinencia urinaria mixta, incontinencia e incontinencia anal se utilizaron las definiciones estandarizadas de la ICS/IUGA<sup>139</sup>.

La exploración física se realizó con la paciente en litotomía y la valoración del POP fue mediante el sistema POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) descrito por Bump R et al en 1996<sup>138,139</sup>. A parte del cuestionario PISQ-IR (**anexo 5**) se administraron a todas las participantes otros instrumentos (**anexo 6**):

**a)** La versión española de la escala de severidad de Sandvik ISI Incontinence Severity Index<sup>111</sup>. Evalúa la severidad de los síntomas de la incontinencia urinaria en mujeres con dos preguntas: *¿cuál es la frecuencia con la que se le escapa la orina? ¿Qué cantidad cree que se le escapa?* La primera pregunta tiene 4 niveles del 1 al 4 y la segunda pregunta 3 niveles del 1 al 3.

El índice de gravedad se calcula multiplicando el resultado de las dos preguntas y después se categorizan de la siguiente forma: 1 – 2 = leve, 3 - 6 = moderada, 8 – 9 = grave y 12 = muy grave.

**b)** La versión española del Pelvic Floor distress Inventory que consiste en 20 ítems (**PFDI-20**)<sup>109</sup>. Evalúa los síntomas de patología del suelo pélvico y el grado de disconfort que estos causan. Consiste en 20 ítems agrupados en tres dimensiones que recogen los síntomas urinarios (UDI), síntomas de prolapso de órganos pélvicos (POPDI) y síntomas a nivel colon-rectal-anal (CRADI). Cada pregunta tiene una respuesta de “sí” o “no”. Si la respuesta es “sí”, el paciente debe indicar cuánto le han estado molestando los síntomas pélvicos, vesicales o intestinales en los últimos 3 meses en una escala de 4 puntos que va desde “nada” = 0 a “bastante” = 4. Las puntuaciones de la escala se valoran calculando el valor medio de sus respuestas y luego multiplicándolo por 25 para obtener un valor que va de 0 a 100. La suma de las 3 escalas se suma para obtener una puntuación global que va del 0 al 300. A mayor puntuación, más afectación produce la DSP.

**c)** La versión española del “Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire (EPIQ)”. El cuestionario **EPIQ** consta de 22 preguntas que cubren 7 dimensiones (calidad de vida, vejiga hiperactiva, incontinencia anal, dolor i dificultad de vaciamiento, disfunción defectoria, IUE y POP). Para valorar las molestias que provoca el prolapso de órganos pélvicos se utilizó una única pregunta, el ítem 35 del cuestionario<sup>106</sup>. En nuestro estudio también se utilizaron el ítem 21 para valorar la urgencia miccional y el ítem 23 para valorar la nocturia. Las puntuaciones por ítem van del 0= nada a 10= muchísimo.

**d)** La versión española del cuestionario Female Sexual Function Index (FSFI)<sup>114</sup>. Es un instrumento para la evaluación de la función sexual en las mujeres con actividad sexual en las últimas 4 semanas. Consiste en 19 ítems agrupados en 6 subescalas: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. El “**Female Sexual Function Index**” (**FSFI**) es un cuestionario genérico de 19 ítems que abarca seis dimensiones de la función sexual: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones, asignándoles una puntuación que va de 0 a 5 salvo en la dimensión de deseo que va de 1 a 5. La puntuación de cada dimensión se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de las dimensiones. Para eliminar cualquier ambigüedad que pueda surgir de la inclusión de valores igual a cero en el cálculo de las puntuaciones totales, se deben

excluir los cuestionarios que tengan preguntas sin responder, sea por inactividad sexual o no. El uso incorrecto de la categoría cero para calcular las dimensiones y las puntuaciones totales subestimaría las puntuaciones de función sexual. El rango del cuestionario es de 2 a 36. A mayor puntuación mejor sexualidad<sup>140</sup>.

**e)** El **PISQ-IR** es un cuestionario condición-específico, autocumplimentado y multidimensional. El instrumento original consiste en 12 ítems distribuidos en 2 dimensiones, cada una con dos subescalas, para mujeres no sexualmente activas; y de 21 ítems en dos dimensiones, cada una con tres subescalas, para mujeres sexualmente activas (**tablas 3 y 4**)<sup>121, 122</sup>.

El cálculo de las puntuaciones se realizó mediante las instrucciones del artículo de Rockwood TH et al<sup>141</sup> y el de Constantine ML et al<sup>142</sup>. En el primero, se recomienda el cálculo de los resultados mediante el cálculo de las medias o de la suma transformada (en nuestro estudio se calcula la media tanto en mujeres NSA como en las SA); en el segundo, se describe puntuación global o “single summary score” del cuestionario para mujeres sexualmente activas, método válido solo para las mujeres SA.

En la página web de la IUGA “International Urogynecological Association”: <https://www.iuga.org/resources/pisq-ir> se encuentra un excel específico para el cálculo de la media y de la suma transformada del cuestionario.

En las mujeres NSA, las puntuaciones más altas indican un mayor impacto de la condición en la salud sexual (puntuaciones altas negativas). En las mujeres SA, las puntuaciones más altas indican una mejor función sexual (puntuaciones altas positivas).

Tabla 3: Dimensiones y subescalas del cuestionario PISQ-IR en mujeres NSA

		Subescalas	
			Q1 (1= no sexualmente activa)
NSA (No Sexualmente Activas)	Dimensión “Inactividad Sexual”	Subescala Relacionada con la Pareja (PR)	Q2a
			Q2b
		Subescala Condición Específico (CS)	Q2c
			Q2d
			Q2e
	Dimensión “Calidad y Satisfacción”	Subescala Calidad Global (GQ)	Q4a
			Q4b
			Q5a
		Subescala Impacto de la Condición (CI)	Q6
			Q3
		Q5b	
		Q5c	

Tabla 4: Dimensiones y subescalas del cuestionario PISQ-IR en mujeres SA

		Subescalas	Q1 (2= no sexualmente activa)
SA (Sexualmente Activas)	Dimensión "Respuesta sexual"	Excitación/Orgasmo (AO)	Q7
			Q8a
			Q10
			Q11
		Relacionado con la Pareja (PR)	Q13
			Q14a
			Q14b
		Condición Específico (CS)	Q8b
			Q8c
	Q9		
	Dimensión "Calidad, satisfacción y deseo"	Subescala Calidad Global (GQ)	Q19a
			Q19b
			Q19c
			Q20a
		Subescala Impacto de la Condición (CI)	Q18
			Q20b
			Q20c
Q20d			
Subescala Deseo (D)	Q15		
	Q16		
	Q17		

## Estudio estadístico

Se realizó un estudio descriptivo de todas las variables incluidas en el cuaderno de recogida de datos. Se obtuvieron las frecuencias relativas de las variables cualitativas. Se calcularon las medidas de dispersión [desviación estándar] y de tendencia central [media] para las variables cuantitativas. La normalidad de la distribución de las variables fue evaluada por el test de Kolmogorov-Smirnov. Las variables de distribución normal fueron analizadas con test paramétricos, y las que no, con test no paramétricos. En los análisis comparativos de grupos para variables categóricas se utilizó la chi-cuadrado, el test exacto de Fisher y el test de McNemar para tendencia. Las variables continuas fueron analizadas con el test de T-student, el de la U de Mann-Whitney o el test de rangos de Wilcoxon para muestras pareadas.

El nivel de significación se fijó en  $p < 0,05$ . Todos los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 19.

Como la muestra incluida en el estudio ( $n=118$  NSA y  $n=150$  SA) se consideró suficiente para el estudio estadístico propuesto en la metodología del estudio (5-10 casos por ítem), se evaluaron las propiedades psicométricas de la versión en español del PISQ-IR.

La **factibilidad** se analizó mediante el cálculo del porcentaje de no respuesta y los efectos "suelo" y "techo" (el porcentaje de pacientes con puntuaciones mínimas y máximas respectivamente) para cada ítem. El efecto techo corresponde al porcentaje de participantes con la puntuación más alta de cada dimensión. El efecto suelo es el porcentaje de personas con la puntuación más baja de cada dimensión. Se considera que hay este efecto si el porcentaje de respuesta agrupada es superior o igual a 15%.

Para verificar que la **fiabilidad** de la versión en español del PISQ-IR era similar a la de la versión original, se evaluó la consistencia interna utilizando la Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ).

Del mismo modo, en cuanto al estudio estadístico de la **validez** del cuestionario, se realizó el análisis de la validez estructural para comprobar que la estructura factorial de la versión original inglesa del PISQ-IR<sup>121,122</sup> se mantenía en la versión en español, se realizó un análisis factorial (FA), utilizando el análisis principal de componente (PCA) con rotación Varimax y Kaiser, una vez la idoneidad de la muestra fue comprobada (con los tests KMO -Kaiser-Meyer-Olkin- y de esfericidad de Barlett)<sup>143,144</sup>. La mayoría de los ítems se retuvieron en una subescala si el ítem tenía una carga factorial de 0,6 y no cargaba más de 0,4 en los otros factores. Para algunos ítems se utilizó un criterio alternativo; la carga del ítem en el factor primario tenía que ser al menos 0,2 mayor que la carga de los ítems en cualquier otro factor<sup>122</sup>.

Después de explorar la normalidad de la variable y verificar la no normalidad de la distribución (con el test de Kolmogorov-Smirnov), se realizó el análisis de la validez convergente utilizando el coeficiente de correlación no paramétrico de Spearman. Siguiendo el modelo de la validación inglesa<sup>122</sup>, se compararon las subescalas CS (condición-específico) y la CI (impacto de la condición) con las medidas de exploración física (POPQ, tipo de musculatura del suelo pélvico y la capacidad contráctil de la musculatura del suelo pélvico medida con la escala Oxford) y los otros cuestionarios utilizados (pregunta 35 EPIQ, PFDI-20, ISI, FSFI). Se consideró un valor inferior a 0,3 para indicar una correlación débil, de 0,3 a 0,5 para una correlación moderada y mayor a 0,5 para indicar una correlación fuerte<sup>124</sup>.

## 8.2. VALORACIÓN DE LA SALUD SEXUAL DE LA MUESTRA ESTUDIADA

Se describieron los resultados de cada pregunta del PISQ-IR y sus subescalas de las mujeres no sexualmente activas (NSA) y los resultados de cada pregunta del PISQ-IR, sus subescalas y puntuación global de las mujeres las sexualmente activas (SA).

El cálculo de las puntuaciones se realizó mediante las instrucciones del artículo de Rockwood TH et al del 2013<sup>141</sup> y el de Constantine ML<sup>142</sup> y excel específico en <https://www.iuga.org/resources/pisq-ir>. En nuestro estudio, se utiliza la media en las mujeres NSA y la media y la puntuación global (summary score) en las SA.

Tanto para la población de mujeres sexualmente activas, como para las no sexualmente activas, se valoró si existían diferencias significativas en la puntuación con el PISQ-IR según las distintas disfunciones del suelo pélvico (prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria y anal)<sup>71</sup>.

Para obtener otra perspectiva de la función sexual de las mujeres sexualmente activas con DSP se completó el análisis con el FSFI. Se describieron los resultados del FSFI (dimensiones y puntuación global) en las mujeres SA. También se valoró si existían diferencias significativas en la puntuación con el FSFI según las distintas disfunciones del suelo pélvico (prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria y anal) en este grupo de mujeres.

Los resultados se presentan como frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas, y como media y desviación estándar para las continuas. Las variables con distribución normal fueron analizadas con tests paramétricos, y las que no, con tests no paramétricos. En los análisis comparativos de grupos para variables categóricas se utilizó la chi-cuadrado y el test exacto de Fisher, el test de Mc Nemar para tendencia. Las variables continuas fueron analizadas con test de T-student y el test de U de Mann-Whitney.

El nivel de significación se fijó en  $p < 0,05$ . Todos los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 19.

Los resultados se presentan como frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas, y como media y desviación estándar para las continuas. Las variables con distribución normal fueron analizadas con tests paramétricos, y las que no, con tests no paramétricos. En los análisis comparativos de grupos para variables categóricas se utilizó la chi-cuadrado y el test exacto de Fisher, el test de Mc Nemar para tendencia. Las variables continuas fueron analizadas con test de T-student y el test de U de Mann-Whitney. El nivel de significación se fijó en  $p < 0,05$ . Todos los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 19.



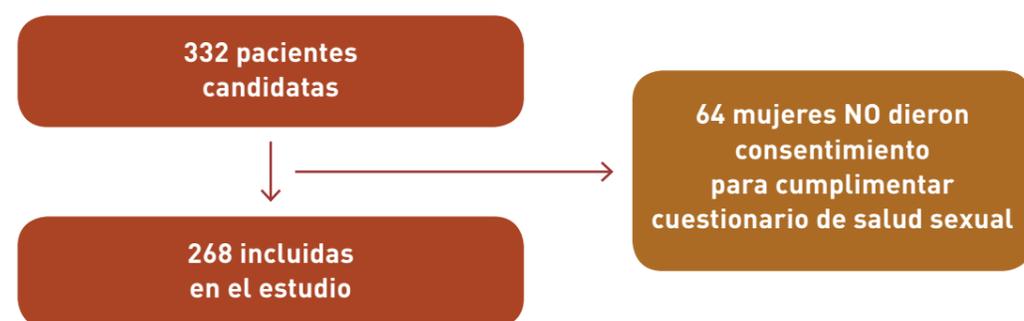
## 9. RESULTADOS

---

## RESULTADOS

Una muestra de 332 pacientes de la Unidad de Uroginecología del Hospital Parc Taulí mayores de 18 años, no embarazadas, capaces de leer/escribir y entender el español y con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos, y/o incontinencia urinaria, y/o incontinencia anal, fueron invitadas a participar en el estudio. De 332 pacientes, 64 no dieron el consentimiento para cumplimentar el cuestionario de salud sexual porque creían que no tenía relación con su patología del suelo pélvico (**Figura 1**).

Figura 1: Flow chart. pacientes incluidas en el estudio



### 9.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Se presentan a continuación las características demográficas y de las DSP que presentaban las pacientes incluidas en el estudio, según si eran no sexualmente activas (NSA) o sexualmente activas (SA).

#### 9.1.1. Características demográficas de la población estudiada

Finalmente, se recogieron los datos de un total de 268 pacientes con una media de edad (DE desviación estándar) de 59 (11,5) años, una media de Índice de Masa Corporal - IMC (DE) de 29,6 (5,6) y una paridad (DE) de 2,6 (1,2) partos.

Se muestran los datos demográficos de ambos grupos (sexualmente activas y no sexualmente activas) en la **Tabla 5**.

Tabla 5: Características demográficas de los grupos de estudio

	No sexualmente activas Media (DE)	Sexualmente activas Media (DE)
N	118	150
Edad (años)	64,9 (10,8)*	54,7 (10)*
IMC	29,9 (5,1)	29,4 (5,9)
Paridad	2,7 (1,2)	2,5 (1,2)

	No sexualmente activas (NSA) n (%)	Sexualmente activas (SA) n (%)
<b>Tipo de parto:</b>		
Todos cesáreas	2 (1,8)*	9 (6)*
Ambos parto vaginal y cesárea	9 (7,1)	9 (6)
Todos partos vaginales	107 (91,1)	132 (88)
Postmenopausia	93,2*	64,7*
<b>Estado civil:</b>		
Casada/en pareja	63 (53,5)*	141 (94)*
Separada	5 (4,2)	6 (4)
Divorciada	8 (6,8)*	1 (0,7)*
Viuda	39 (33)*	2 (1,3)*
Nunca casada	3 (2,5)	-
<b>Cirugía previa:</b>		
Histerectomía	25 (21,2)	21 (14)
Cirugía de prolapso	15 (12,7)	15 (10)
Cirugía antiincontinencia	6 (5,1)	13 (8,7)

\*p<0.05

Las mujeres SA eran significativamente más jóvenes, con una proporción de mujeres con estado civil casadas significativamente superior y presentaban una frecuencia más alta de parto solo por cesárea.

En cambio, las mujeres NSA eran significativamente mayores y con una proporción de viudedad significativamente superior.

## 9.1.2. Síntomas y grado de prolapso de órganos pélvicos (POP)

Según la respuesta afirmativa a la pregunta del cuestionario EPIQ *¿Tiene la sensación de que tiene un bulto en la vagina o de que hay algo que le sale de ella?* El 63,7 % de las mujeres NSA y el 58% de las SA tenían síntoma de POP. Cuando se les preguntó por el grado de molestia de este síntoma en una escala de 0-10, la media (DE) fue de 6,97 (+/- 2.44) en las NSA y de 6,45 (+/-2,74) en las SA. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

En la exploración pélvica, se valoró el grado de POP de toda la muestra y en la tabla 6 se observa la distribución de las pacientes según grado de POP. Se observó que prácticamente 1 de cada dos pacientes en el grupo de NSA y casi 1 de cada 3 pacientes en el grupo de SA presentaban un POP igual o superior a un II grado (**tabla 6**).

Tabla 6: Grado de POP en la exploración pélvica inicial

	NSA	SA
N	118	150
	n (%)	n (%)
0	16 (13,6)	28 (18,6)
I	50 (42,4)	80 (53,3)
II	23 (19,5)	18 (12,1)
III	22 (18,6)	19 (12,7)
IV	7 (5,9)	5 (3,3)

## 9.1.3. Síntomas de incontinencia urinaria (IU), gravedad y tipo en base al diagnóstico clínico

En la muestra estudiada, había 90 pacientes (76.27%) en el grupo de mujeres NSA y 117 pacientes (78%) en el grupo de mujeres SA que referían algún tipo de incontinencia urinaria según el diagnóstico clínico.

En la **tabla 7** se observa la distribución de las pacientes con síntomas de IU en base al diagnóstico clínico en las mujeres NSA y las SA. Destaca una mayor frecuencia de diagnóstico clínico de incontinencia urinaria de urgencia en el grupo de mujeres NSA.

Tabla 7: Diagnóstico clínico de incontinencia urinaria en NSA y SA)

	NSA	SA
N	118	150
	n (%)	n (%)
IUE	19 (16,1)*	38 (25,3)*
IUU	22 (18,6)*	15 (10)*
IUM	49 (41,5)	64 (42,6)

\*p<0.05

IUE= incontinencia urinaria de esfuerzo, IUU=incontinencia urinaria de urgencia, IUM= incontinencia urinaria mixta.

La distribución de las pacientes según la **gravedad** de los síntomas de la IU medida con el cuestionario ISI se muestran en la **tabla 8**. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los distintos niveles de gravedad de la IU entre los dos grupos de estudio.

Tabla 8: Respuestas cuestionario isi categorizadas en NSA y SA

Indice Gravedad Incontinencia Sandvick categorizada	NSA n (%)	SA n (%)
<b>N</b>	<b>90</b>	<b>117</b>
Leve	12 (13,33)	21 (17,94)
Moderada	41 (45,56)	49 (41,88)
Grave	25 (27,78)	38 (32,48)
Muy Grave	12 (13,33)	9 (7,69)

Se investigaron también otros síntomas del tracto urinario inferior, relacionados con la IU. En base a las respuestas a las preguntas del cuestionario EPIQ sugestivas de **vejiga hiperactiva**, se observó que en el grupo de las mujeres NSA, un 77,12 % de urgencia miccional con un grado de molestia en una escala de 0-10 con una media (DE) de 7,05 (+/-2,49). Un 76,67% de las mujeres SA presentaban urgencia miccional con un grado de molestia con media (DE) de 7,23 (+/-2,09). Asimismo, el 83,9% de las mujeres NSA presentaban nocturia con un grado de molestia con media (DE) de 5.65 (+/- 3.05). En el grupo de mujeres SA, un 73.33% presentaban nocturia con un grado de molestia con media (DE) de 6.5 (+/- 2,8). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

## 9.1.4. Síntomas de incontinencia anal en la población estudiada según diagnóstico clínico

En la muestra estudiada, en las mujeres NSA, había 37 mujeres (31,36% del total de NSA) con incontinencia anal de las que 20 pacientes (16,95% del total de NSA) tenía solo incontinencia fecal según el diagnóstico clínico. En las mujeres SA, había 42 (28% del total de SA) con incontinencia anal de las que 23 pacientes (15,33% del total de SA) tenía solo incontinencia fecal según el diagnóstico clínico. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio.

## 9.1.5. Evaluación global del impacto de las disfunciones del suelo pélvico en la población estudiada

Cuando se mide de forma global, mediante el cuestionario "Pelvic Floor Distress Inventory" (PFDI-20), el impacto las disfunciones del suelo pélvico en las pacientes incluidas en este estudio, se observa un impacto moderado y sin diferencias significativas entre los dos grupos de estudio. En la **tabla 9** podemos observar que el mayor impacto lo generan los síntomas anorectales, seguidos de los síntomas de prolapso y que el menor impacto lo producen los síntomas urinarios.

Tabla 9: Respuestas cuestionario PFDI-20 categorizadas en NSA y SA

PFDI-20	NSA Media (DE)	SA Media (DE)
Escala POPDI-6 (0-100) (Pelvic Organ Distress Inventory)	38,91 (26,77)	31,78 (27,41)
Escala CRADI-8 (0-100) (Colorectal-Anal Distress Inventory)	40,33 (23,76)	42,07 (22,44)
Escala UDI-6 (0-100) (Urinary Distress Inventory)	18,09 (21,72)	16,29 (22,51)
<b>PFDI-20 Puntuación total (0-300)</b>	97,34 (53,69)	90,15 (55,65)

## 9.2. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL PISQ-IR

Las propiedades psicométricas que se analizaron fueron la factibilidad, la fiabilidad y la validez del cuestionario.

### Factibilidad

La **factibilidad** del estudio demostró que un 98,3% de las mujeres no sexualmente activas (NSA) y el 94,7% de las mujeres sexualmente activas (SA) respondieron todos los ítems del cuestionario.

En el grupo de las NSA, 116 de 118 mujeres completaron todos los ítems del cuestionario, las dos restantes dejaron una pregunta Q6- y tres ítems -pregunta Q4a, pregunta Q4b y la pregunta Q6- sin responder respectivamente. En el grupo de SA, 142 pacientes de 150 completaron todos los ítems, las 8 mujeres restantes dejaron un ítem -pregunta Q11- (2 mujeres), tres ítems -pregunta Q14a, pregunta Q14b, pregunta Q14c- (1 mujer) y cuatro ítems -pregunta Q11, pregunta Q13, pregunta Q14a, pregunta Q14b, pregunta Q14c- (4 mujeres) sin responder. En 1 caso, no se obtuvo respuesta en ninguno de los ítems. No se encontraron efectos suelo y techo relevantes.

Igual que en la validación original, los resultados de los grupos de mujeres no sexualmente activas y las sexualmente activas se presentan por separado.

### Fiabilidad

En cuanto la **consistencia interna**, los coeficientes de  $\alpha$  de Cronbach fueron 0,79 y 0,91 para las escalas totales de las NSA y las SA. Para las subescalas individuales, la  $\alpha$  de Cronbach osciló entre 0,54 (subescala SA-CS) a 0,91 (subescalas NSA-CI y SA-GQ). Todas las subescalas mostraron buenos niveles de consistencia interna, excepto para uno de ellos (SA-CS) cuyo valor fue inferior al nivel de 0,6 (**tabla 10**).

Tabla 10: Fiabilidad: Consistencia interna

	Cronbach's $\alpha$ (PISQ-IR Español)	IC (95%)*	p	Cronbach's $\alpha$ (PISQ-IR Inglés)
<b>NSA GENERAL (ALL ITEMS)</b>	0.79	[0.902- 0.944]	0.000	0.83
<b>NSA-PR</b>				
<b>NSA-CS</b>	0.67	[0.627- 0.782]	0.000	0.79
<b>NSA-GQ</b>	0.87	[0.829- 0.906]	0.000	0.91
<b>NSA-CI</b>	0.91	[0.879- 0.936]	0.000	0.83
<b>SA GENERAL (ALL ITEMS)</b>	0.91	[0.885- 0.929]	0.000	
<b>SA-AO</b>	0.71	[0.627- 0.782]	0.000	0.74
<b>SA-PR</b>	0.63	[0.514- 0.725]	0.000	0.77
<b>SA-CS</b>	0.54	[0.402- 0.658]	0.000	0.63
<b>SA-GQ</b>	0.91	[0.881- 0.930]	0.000	0.91
<b>SA-CI</b>	0.90	[0.865- 0.920]	0.000	0.85
<b>SA-D</b>	0.79	[0.721-0.841]	0.000	0.75

AO= Excitación y Orgasmo; PR=Relacionado con la Pareja; CS=Condición Específico; GQ=Calidad Global; CI=Impacto de la Condición; D=Deseo.

## RESULTADOS

### Validez

Una vez las medidas de adecuación de la muestra fueron probadas (mediante Kaiser-Meyer-Olkin y el test de esfericidad de Barlett), la **validez estructural** se evaluó mediante análisis factorial utilizando el análisis por componentes principales con Varimax y rotación de Kaiser. Los factores de carga de los ítems y el porcentaje de la varianza explicados para cada uno de los componentes se muestran en la **tabla 11** y **12** para NSA y SA respectivamente.

La estructura factorial mostró un esquema grupal similar a la versión original inglesa.

En el grupo de **mujeres no sexualmente activas (NSA)**, emergieron dos subescalas de cada una de las dimensiones. En la dimensión "Inactividad Sexual", este análisis identificó dos factores que agruparon preguntas relacionadas a razones específicas de la condición (NSA-CS) y relacionadas con la pareja (NSA-PR) para la inactividad sexual respectivamente. Para la dimensión de "Calidad y Satisfacción" también se obtuvieron dos factores que agruparon ítems relativos a la calidad global (NSA-GQ) e impacto de la condición (NSA-CI) a excepción del ítem 6.

Para mujeres **sexualmente activas (SA)**, el análisis de factores mostró tres factores para cada dimensión. En la dimensión de "Respuesta sexual", los tres factores agruparon ítems sobre excitación/orgasmo (SA-AO), relacionados con la pareja (SA-PR) y a condiciones específicas (SA-CS) respectivamente. En la dimensión calidad, satisfacción y deseo, los tres factores identificados agruparon preguntas relativas a calidad global (SA-GQ), impacto de la condición (SA-CI) y deseo (SA-D). Las puntuaciones de los factores de carga, siempre por encima de 0,4, demostraron una agrupación conceptual similar a la de la versión en inglés original.

Tabla 11: Validez estructural. análisis por componentes principales en mujeres NO sexualmente activas

DIMENSION: Inactividad Sexual	Escala 1: NSA-CS-Condición-Específico	Escala 2: NSA-PR-Relacionado con la Pareja
<b>Razón Condición Específica para la Inactividad Sexual</b>		
Problemas de vejiga y/o intestinales y/o prolapso	0.40	
Por mis otros problemas de salud	0.79	
Por dolor	0.81	
<b>Razón Relacionadas con la Pareja para la Inactividad Sexual</b>		
No tengo pareja		0.54
No tengo interés		0.88

DIMENSION: Calidad y Satisfacción	Escala 3: NSA-GQ-Calidad Global	Escala 4: NSA-CI-Impacto de la Condición
<b>Calidad Global (GQ)</b>		
<b>Por favor, rodee en cada una de las siguientes escalas el número (del 1 al 5) que mejor represente cómo se siente usted respecto a su vida sexual</b>		
Satisfecha.....Insatisfecha	0.89	
Adecuada.....Inadecuada	0.91	
<b>En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo</b>		
"Me siento frustrada por mi vida sexual"	0.72	
En general, ¿en qué medida le molesta no tener actividad sexual?		0.87
<b>Impacto de la Condición (CI)</b>		
¿Cuánto limita su actividad sexual el TEMOR a tener escapes de orina y/o heces y/o la sensación de bulto en la vagina (ya sea vejiga, recto o útero caídos)?		0.70
<b>En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo</b>		
"Me siento sexualmente inferior debido a mi incontinencia y/o prolapso"		0.74
"Me siento enfadada por el impacto que la incontinencia y/o prolapso tienen en mi vida sexual"		0.68

## RESULTADOS

Tabla 12: Validez estructural. Análisis por componentes principales en mujeres sexualmente activas

DIMENSION: Respuesta Sexual	Escala 1: SA-A0	Escala 2: SA-PR	Escala 3: SA-CS
<b>Excitación y Orgasmo (A0)</b>			
¿Con qué frecuencia se siente estimulada sexualmente (excitada físicamente o "está caliente") durante la actividad sexual?	0.86		
Cuando tiene actividad sexual, ¿con qué frecuencia se siente satisfecha?	0.87		
¿Cómo son sus orgasmos ahora respecto a los orgasmos que ha tenido en el pasado?	0.72		
¿Con qué frecuencia siente dolor durante las relaciones sexuales con coito?	0.41		
<b>Relacionado con la Pareja (PR)</b>			
¿Con qué frecuencia tiene su pareja algún problema que la limite a usted en su actividad sexual?		0.52	
¿Tiene su pareja una influencia positiva o negativa en el deseo sexual que usted siente?		0.74	
¿Tiene su pareja una influencia positiva o negativa en la frecuencia de su actividad sexual?		0.86	
<b>Condición-específico</b>			
Cuando tiene actividad sexual, ¿con qué frecuencia siente vergüenza?			0.74
Cuando tiene actividad sexual, ¿con qué frecuencia siente temor?			0.78
¿Con qué frecuencia tiene escapes de orina y/o escapes de heces con cualquier tipo de actividad sexual?			0.64

Tabla 12: Validez estructural. Análisis por componentes principales en mujeres sexualmente activas

DIMENSION: Calidad, Satisfacción y Deseo	Escala 4: SA-GQ	Escala 5: SA-CI	Escala 6: SA-D
<b>Calidad Global (GQ)</b>			
¿Qué representa mejor como se siente respecto a su vida sexual (Adecuada...Inadecuada)?	0.85		
¿Qué representa mejor como se siente respecto a su vida sexual (Satisfecha....Insatisfecha)?	0.86		
¿Qué representa mejor como se siente respecto a su vida sexual (Segura....Insegura)?	0.77		
Me siento frustrada por mi vida sexual (Muy de acuerdo/Muy en desacuerdo)	0.73		
<b>Impacto de la Condición (CI)</b>			
¿Cuánto limita su actividad sexual el temor a tener escapes de orina y/o heces y/o la sensación de bulto en la vagina (prolapso)?		0.86	
"Me siento sexualmente inferior debido a mi incontinencia y/o prolapso"		0.89	
"Me siento avergonzada por mi vida sexual"		0.63	
"Me siento enfadada por el impacto que la incontinencia y/o el prolapso tienen en mi vida sexual"		0.89	
<b>Deseo (D)</b>			
Cuando tiene actividad sexual, ¿con qué frecuencia siente que quiere más?			0.86
¿Con qué frecuencia tiene usted deseo sexual?			0.79
¿Cómo evaluaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?			0.73

## RESULTADOS

Los resultados de **validez convergente** se presentan en la **tabla 13** para mujeres sexualmente activas y para mujeres no sexualmente activas.

Para mujeres sexualmente activas, los factores específicos de la condición e impacto de la condición (SA-CS y SA-CI) no mostraron correlación con medidas de exploración física y mostraron una asociación moderada con los cuestionarios ISI y el PFDI -20 (-0,346 para SA-CS en ISI, y -0,363 para SA-CI y PFDI). Sin embargo, las correlaciones fueron más altas con los cuestionarios de función sexual (FSFI puntuación total), especialmente para subescalas 1 -SA-AO- (0,809), 4 -SA-GQ- (0,75) y 6 -SA-D- (0,674).

En el caso de las mujeres sexualmente inactivas, ninguna de las medidas de exploración física mostró correlación significativa con los dos factores condición-específicos (NSA-CS y NSA-CI).

Los cuestionarios que mejor se correlacionaron fueron el ítem 35 del cuestionario EPIQ con ambas escalas NSA-CS (0,358) y NSA-CI (0,394) y el PFDI-20 también con NSA-CS (0,336) y NSA-CI (0,294).

Tabla 13: Validez convergente: correlación con otros instrumentos o medidas

Sexualmente Activas	DIMENSION: Respuesta Sexual			DIMENSION: Calidad, Satisfacción y Deseo		
	subescala 1: SA-AO	subescala 2: SA-PR	subescala 3: SA-CS	subescala 4: SA-GQ	subescala 5: SA-CI	subescala 6: SA-D
<b>Medidas exploración física</b>						
POPQ			0.145		0.012	
Tono del Suelo Pélvicode salud			0.084		-0.11	
Escala Oxford			-0.141		0.01	
<b>Cuestionarios condición específicos</b>						
ISI			-0.346(**)		-0.158	
PFDI-20			-0.167(*)		-0.363(**)	
EPIQ (item#35)			0.014		-0.241(*)	

Tabla 13: Validez convergente: correlación con otros instrumentos o medidas)

Sexualmente Activas	DIMENSION: Respuesta Sexual			DIMENSION: Calidad, Satisfacción y Deseo		
	subescala 1: SA-AO	subescala 2: SA-PR	subescala 3: SA-CS	subescala 4: SA-GQ	subescala 5: SA-CI	subescala 6: SA-D
<b>Cuestionario Función Sexual</b>						
FSFI- Deseo	0.639(**)			0.528(**)		0.871(**)
FSFI- Excitación	0.742(**)			0.677(**)	0.363(**)	
FSFI- Lubricación	0.552(**)					
FSFI- Orgasmo	0.694(**)					
FSFI- Satisfacción		0.469(**)	0.334(**)	0.785(**)		
FSFI- Dolor	0.416(**)		0.028		0.252(**)	
FSFI- Puntuación Total	0.809(**)	0.428(**)	0.271(**)	0.750(**)	0.390(**)	0.674(**)

No Sexualmente Activas (NSA)	DIMENSION: Inactividad Sexual	DIMENSION: Calidad y satisfacción
	subescala 1: NSA-CS	subescala 4: NSA-CI
<b>Medidas Exploración Física</b>		
POPQ	0.107	0.118
Tono Suelo Pélvico	-0.13	-0.131
Escala Oxford	0.162	0.134
<b>Cuestionarios Condición Específicos</b>		
ISI	0.244 (*)	0.177
PFDI-20	0.336(**)	0.294 (**)
EPIQ (item#35)	0.358(**)	0.394(**)

\*p< 0.05 nivel; \* p< 0.01 nivel.

AO= Excitación y Orgasmo; PR=Relacionado con la Pareja; CS=Condición Específico; GQ=Calidad Global; CI=Impacto de la Condición; D=Deseo. AI: Incontinencia Anal. POPQ: Pelvic Organ Prolapse Quantification. ISI: Incontinence Severity Index. PFDI-20: Pelvic Floor Distress Inventory short form. EPIQ item 35: Epidemiology of Prolapse and Incontinence question 35. FSFI: Female Sexual Function Index.

## 9.3. SALUD SEXUAL DE LA MUESTRA ESTUDIADA SEGÚN EL CUESTIONARIO PISQ-IR EN MUJERES NO SEXUALMENTE ACTIVAS (NSA)

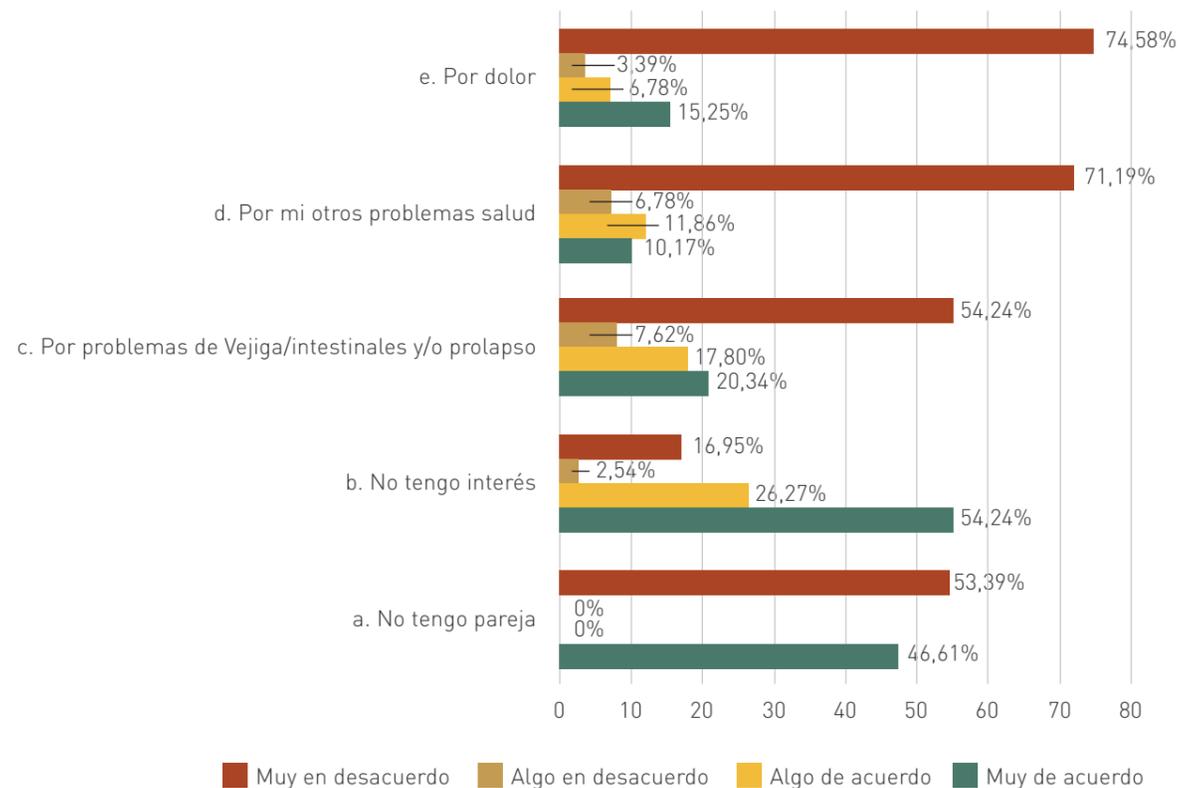
A continuación, se presentan los resultados de salud sexual de las mujeres NSA según las diferentes preguntas del cuestionario PISQ-IR.

### 9.3.1. Respuestas del cuestionario PISQ-IR en mujeres NSA

Las mujeres que respondieron a la pregunta Q1 “Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación actual” respondiendo la opción 1= “Sin ningún tipo de actividad sexual”, fueron consideradas no sexualmente activas (NSA). Un total de 118 mujeres contestaron esta opción, un 44,02% de las mujeres reclutadas para nuestro estudio.

En cuanto a las “razones para no tener actividad sexual”, la pregunta Q2, la razón más frecuente para no tener actividad sexual fue no tener interés, seguida de la ausencia de pareja en casi la mitad de las NSA. Las disfunciones del suelo pélvico representaron la tercera causa para no tener actividad, afectando a más del tercio de las NSA. Por otro lado, también destaca que casi una cuarta parte de las pacientes estaban de acuerdo en mayor o menor medida en que el dolor era uno de los motivos para no tener actividad sexual (gráfico 1).

Gráfico 1: Razones para no tener actividad sexual (pregunta Q2)



En lo que respecta a la “limitación de la actividad sexual por la DSP”, la pregunta Q3, destaca que más de un tercio (un 36.3%) refirieron que el temor a tener escapes de orina y/o heces y/o la sensación de bulto en vagina limitaba en mayor o menor medida su actividad sexual (un 23, 7% mucho, un 7,6% algo y un 5% un poco). Una mujer no contestó esta pregunta.

En respuesta a la pregunta Q4, “rodee en cada una de las siguientes escalas el número (del 1 al 5) que mejor represente cómo se siente usted respecto a su vida sexual”, las respuestas siguieron la distribución de la tabla 14. Si observamos la distribución de las respuestas a esta pregunta, destaca que un tercio de las mujeres presentaban un grado alto/medio de insatisfacción y consideraban su vida sexual inadecuada.

Tabla 14: Vida sexual (pregunta Q4)

	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	
<b>Satisfecha</b>	18 (15,38%)	18 (15,38%)	40 (34,2%)	17 (14,53%)	24 (20,51%)	<b>Insatisfecha</b>
<b>Adecuada</b>	13 (11,11%)	31 (26,49%)	27 (23,08%)	25 (21,37%)	21 (17,95%)	<b>Inadecuada</b>

En respuesta a la pregunta Q5, “En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones”, las respuestas se resumen en la tabla 15. En las respuestas a estas tres preguntas se observa una coherencia con el hecho de que un tercio sientan frustración con su vida sexual, se sientan sexualmente inferiores y enfadadas por el impacto de las disfunciones del suelo pélvico en su vida sexual.

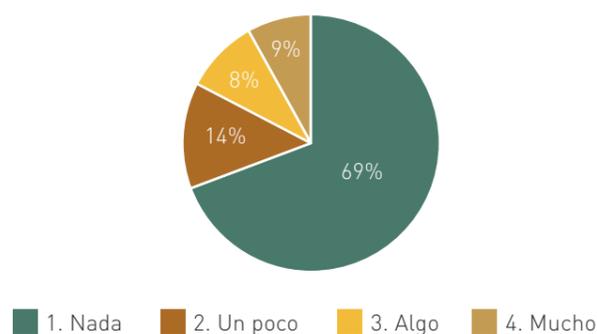
Tabla 15: Respuestas pregunta Q5

	a. Me siento frustrada por mi vida sexual n (%)	b. Me siento sexualmente inferior debido a mi incontinencia y/o POP n (%)	c. Me siento enfadada por el impacto que la incontinencia y/o el POP tienen en mi vida sexual n (%)
<b>1. Muy de acuerdo</b>	18 (15,25%)	14 (11,86%)	12 (10,17%)
<b>2. Algo de acuerdo</b>	17 (14,42%)	19 (16,1%)	20 (16,95%)
<b>3. Algo en desacuerdo</b>	14 (11,86%)	11 (9,32%)	10 (8,47%)
<b>4. Muy en desacuerdo</b>	69 (58,47%)	74 (62,72%)	76 (64,41%)

## RESULTADOS

La falta de actividad sexual no parece suponer una molestia para la mayoría de las mujeres (**gráfico 2**-pregunta Q6). No obstante, a una de cada 10 mujeres la inactividad sexual le molesta mucho.

Gráfico 2: Respuestas a la pregunta 6.  
¿En qué medida le molesta no tener actividad sexual?



### 9.3.2. Resultados según subescalas del cuestionario PISQ-IR

En cuanto los resultados de las subescalas en el global de las NSA, la media del PISQ-IR de la subescala NSA-PR (relacionado con la pareja) fue de 2,8 (DE 1,1), la media en la subescala NSA-CS (condición-específico) fue de 1,8 (DE 0,9), la media del PISQ-IR de la subescala NSA-GQ (calidad global) fue de 2,4 (DE 1) y la media en la subescala NSA-CI (impacto de la condición) fue de 1,8 (DE 1,1).

### 9.3.3. Salud sexual de la muestra estudiada según cuestionario PISQ-IR en mujeres NSA con incontinencia urinaria

A continuación, se analiza la existencia de diferencias en el cuestionario PISQ-IR según la presencia o no de los diferentes tipos de incontinencia urinaria.

En la muestra de pacientes no sexualmente activas, de las 90 mujeres que presentaban síntomas de IU, un 21,1% de ellas presentaban incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), un 24,4% presentaba incontinencia urinaria de urgencia y un 54,4 % presentaba una incontinencia urinaria mixta (IUM).

Los resultados del análisis mediante el PISQ-IR de las posibles diferencias en la actividad y comparando las mujeres sin IU y con IU según tipo (incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia urinaria de urgencia e incontinencia urinaria mixta) se observan en las **tablas 16-18**. Destaca el hecho de que las diferencias se encontraron en todas las subescalas (menos la de pareja) cuando se compararon las mujeres con y sin IU de urgencia y en la subescala NSA-GQ (calidad global), de las mujeres con y sin IU Mixta. No se observaron diferencias entre las mujeres con y sin IUE.

Tabla 16: Resultados subescalas PISQ-IR según incontinencia urinaria de esfuerzo

	No IUE Media (DE)	IUE Media (DE)	Significación estadística (p)
<b>NSA- PR</b>	2,83 (1)	2,5 (1,26)	0,06
<b>NSA-CS</b>	1,66 (0,77)	1,78 (0,9)	0,185
<b>NSA-GQ</b>	2,4 (1,01)	2,42 (1,04)	0,822
<b>NSA-CI</b>	1,8 (1,06)	1,8 (1,2)	0,645

IUE= Incontinencia urinaria de esfuerzo; PR=Relacionado con la Pareja; CS=Condición Específico; GQ=Calidad Global; CI=Impacto de la Condición

Tabla 17: Resultados subescalas PISQ-IR según incontinencia urinaria de urgencia

	No IUU Media (DE)	IUU Media (DE)	Significación estadística (p)
<b>NSA- PR</b>	2,73 (1,07)	2,97 (0,93)	0,389
<b>NSA-CS</b>	1,4 (0,63)	1,84 (0,91)	<b>0,04</b>
<b>NSA-GQ</b>	1,9 (0,7)	2,51 (1,04)	<b>0,002</b>
<b>NSA-CI</b>	1,48 (0,9)	1,89 (1,1)	<b>0,01</b>

IUU= Incontinencia urinaria de urgencia; PR=Relacionado con la Pareja; CS=Condición Específico; GQ=Calidad Global; CI=Impacto de la Condición

Tabla 18: Resultados subescalas PISQ-IR según incontinencia urinaria mixta

	No IUM Media (DE)	IUM Media (DE)	Significación estadística (p)
<b>NSA- PR</b>	2,82 (1,14)	2,72 (0,91)	0,588
<b>NSA-CS</b>	1,57 (0,76)	2,02 (0,97)	0,06
<b>NSA-GQ</b>	2,22 (0,93)	2,65 (1,07)	<b>0,021</b>
<b>NSA-CI</b>	1,69 (1,03)	2 (1,12)	0,128

IUM= Incontinencia urinaria mixta; PR=Relacionado con la Pareja; CS=Condición Específico; GQ=Calidad Global; CI=Impacto de la Condición

### 9.3.4. Salud sexual de la muestra estudiada según el cuestionario PISQ-IR en mujeres NSA con incontinencia anal

Al explorar si existían diferencias significativas en el resultado del PISQ-IR entre las pacientes con incontinencia anal y las que no tenían incontinencia anal, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (**tabla 19**). Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre aquellas mujeres que solo referían incontinencia fecal y las que no la referían (**tabla 20**).

Tabla 19: Resultados subescalas PISQ-IR según incontinencia anal

	No I. anal Media (DE)	I. anal Media (DE)	Significación estadística (p)
<b>NSA- PR</b>	2,72 (1,06)	2,9 (1,02)	0,929
<b>NSA-CS</b>	1,73 (0,9)	1,84 (0,85)	0,558
<b>NSA-GQ</b>	2,34 (1,05)	2,53 (0,911)	0,155
<b>NSA-CI</b>	1,77 (1,11)	1,77 (1)	0,096

I anal= Incontinencia anal; PR= relacionado con la pareja; CS= condición-específico; GQ=calidad global; CI= impacto de la condición.

Tabla 20: Resultados subescalas PISQ-IR según incontinencia fecal

	No I. fecal Media (DE)	I. fecal Media (DE)	Significación estadística (p)
<b>NSA- PR</b>	2,82 (1,059)	2,59 (1,04)	0,448
<b>NSA-CS</b>	1,72 (0,86)	1,98 (0,96)	0,755
<b>NSA-GQ</b>	2,33 (1,02)	2,7 (0,92)	0,472
<b>NSA-CI</b>	1,75 (1,05)	2,12 (1,176)	0,242

I fecal= Incontinencia fecal, PR= relacionado con la pareja, CS= condición- específico, GQ=calidad global, CI= impacto de la condición

### 9.3.5. Salud sexual de la muestra estudiada según el cuestionario PISQ-IR en mujeres NSA con prolapso de órganos pélvicos

Analizando la existencia de diferencias en el cuestionario PISQ-IR según la sensación de bulto vaginal o no (ítem valorado con la pregunta pregunta 35 del cuestionario EPIQ), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes subescalas (**tabla 21**).

Al explorar si existían diferencias entre las pacientes NSA con prolapso inferior a segundo grado y aquellas con prolapso igual o mayor a segundo grado, según la exploración física mediante el POP-Q, no se encontraron diferencias significativas (**tabla 22**).

Tabla 21: Resultados subescalas PISQ-IR según pregunta EPIQ específica de prolapso

	Sensación bulto vaginal	No sensación bulto vaginal	Significación estadística (p)
<b>NSA- PR</b>	2,75 (1,13)	2,84 (0,9)	0,796
<b>NSA-CS</b>	2,56 (0,69)	2,34 (0,76)	0,18
<b>NSA-GQ</b>	2,33 (0,98)	2,49 (1,06)	0,431
<b>NSA-CI</b>	2,39 (0,47)	2,29 (0,42)	0,643

PR= relacionado con la pareja; CS= condición- específico; GQ=calidad global; CI= impacto de la condición

Tabla 22: Resultados subescalas PISQ-IR según grado del prolapso órganos pélvicos en la exploración pélvica

	Prolapso inferior II grado Media (DE)	Prolapso igual o mayor a II grado Media (DE)	Significación estadística (p)
<b>NSA- PR</b>	2,81 (1,03)	2,7 (1,11)	0,769
<b>NSA-CS</b>	2,38 (0,68)	2,3 (0,75)	0,308
<b>NSA-GQ</b>	2,37 (1,05)	2,46 (0,9)	0,284
<b>NSA-CI</b>	2,4 (0,49)	2,29 (0,499)	0,336

PR= relacionado con la pareja; CS= condición- específico; GQ=calidad global; CI= impacto de la condición

## 9.4. SALUD SEXUAL DE LA MUESTRA ESTUDIADA SEGÚN EL CUESTIONARIO PISQ-IR EN MUJERES SEXUALMENTE ACTIVAS (SA)

A continuación, se presentan los resultados de salud sexual de las mujeres SA según las diferentes preguntas del cuestionario PISQ-IR.

### 9.4.1. Respuestas del cuestionario PISQ- IR

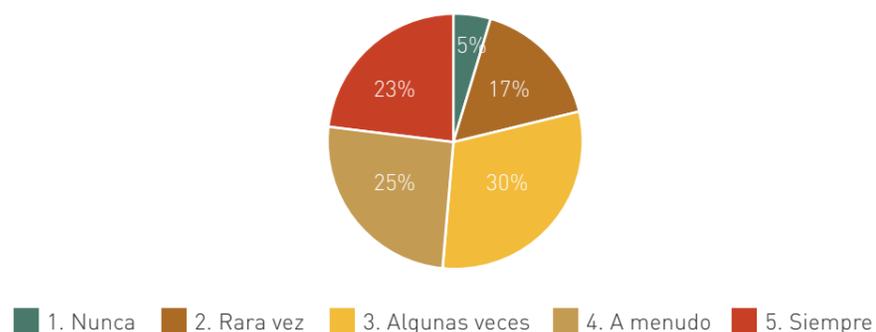
A continuación, se presentan los resultados de salud sexual de las mujeres que se consideraron sexualmente activas (SA) porque respondieron la opción 2 = “sexualmente activa, con o sin pareja” de la pregunta Q1 del PISQ-IR, “cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación actual”. En total, 150 mujeres refirieron ser SA, lo que supone un 55,97 % de la muestra estudiada. La mayoría, un 96,7 % de las mujeres sexualmente activas referían tener pareja sexual (pregunta Q12) mientras que solo 5 mujeres (un 3.3 %) refirieron ser sexualmente activas, pero sin pareja.

Sobre la pregunta Q 17 que hace referencia al deseo/interés sexual, “¿Cómo evaluaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?”, el 39 % de las pacientes refirieron que lo consideraban bajo o muy bajo/ninguno.

Por lo que corresponde a la frecuencia de deseo sexual, pregunta Q16, casi la mitad (un 47%) de las pacientes refirieron que tenían deseo sexual semanalmente.

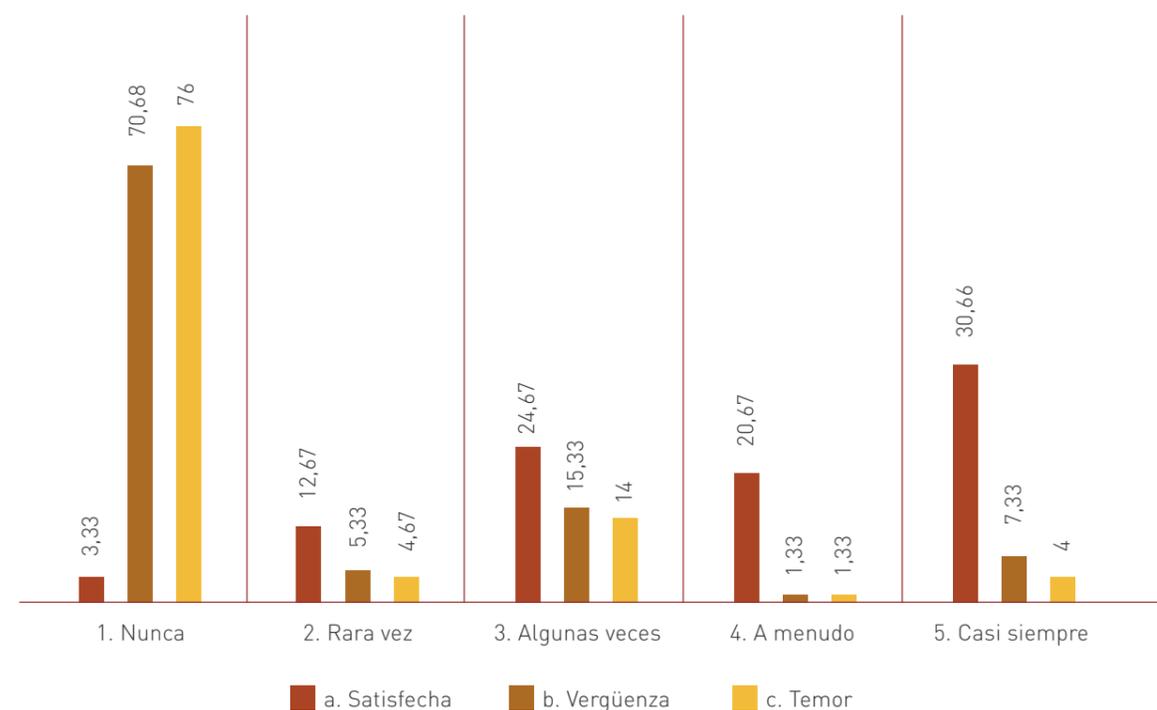
En el gráfico 3, se observa la distribución de las mujeres SA según la respuesta a la pregunta Q7, ¿con qué frecuencia se siente estimulada (excitada físicamente o “está caliente”) durante la actividad sexual? Casi una cuarta parte de las mujeres refirieron que nunca o rara vez y prácticamente la mitad a menudo o siempre.

Gráfico 3: Excitación durante la actividad sexual



En cuanto a las sensaciones que las mujeres SA activas experimentaban durante la actividad sexual, en el gráfico 4, observamos las respuestas a la pregunta Q8, “cuando tiene actividad sexual, ¿con qué frecuencia experimenta cada una de las siguientes sensaciones?”. Destaca el hecho que la mayoría contestaron que nunca experimentaban vergüenza o temor, aunque casi la cuarta parte del total sí que experimentaban estas sensaciones en mayor o menor medida. Destaca la distribución de la muestra en base a la satisfacción, no llegando al 40% las mujeres que consideraron que su actividad sexual era casi siempre satisfactoria (gráfico 4).

Gráfico 4: Experimentación de “satisfecha, vergüenza y temor” en la actividad sexual



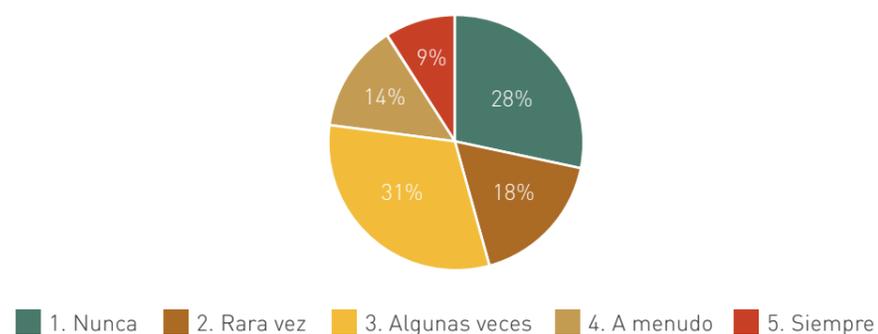
Referente a las repuestas a la pregunta Q10, “¿cómo son sus orgasmos ahora respecto a los orgasmos que ha tenido en el pasado?” Un 69% de las mujeres refirieron que menos o mucho menos intensos y solo un 9 % refirieron que más intensos.

En cuanto a las respuestas de la pregunta Q15, “Cuando tiene actividad sexual, ¿con qué frecuencia siente que quiere más?” Más de la mitad de las mujeres contestaron que nunca o rara vez.

## RESULTADOS

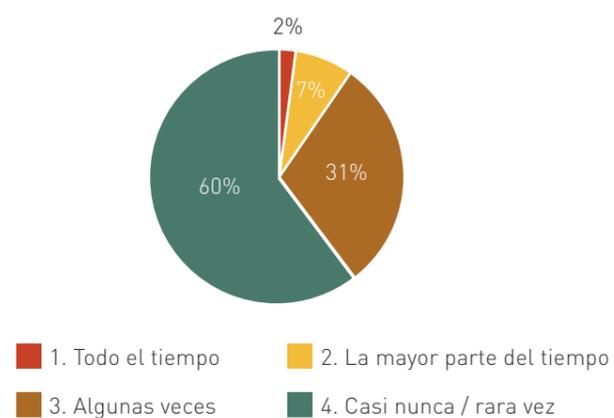
Al preguntar a las pacientes sobre con qué frecuencia sentían dolor durante las relaciones sexuales con coito (penetración), pregunta Q11, más de la mitad de las pacientes refirieron dispareunia con más o menos frecuencia (desde algunas veces a siempre) (**gráfico 5**).

Gráfico 5: Dispareunia



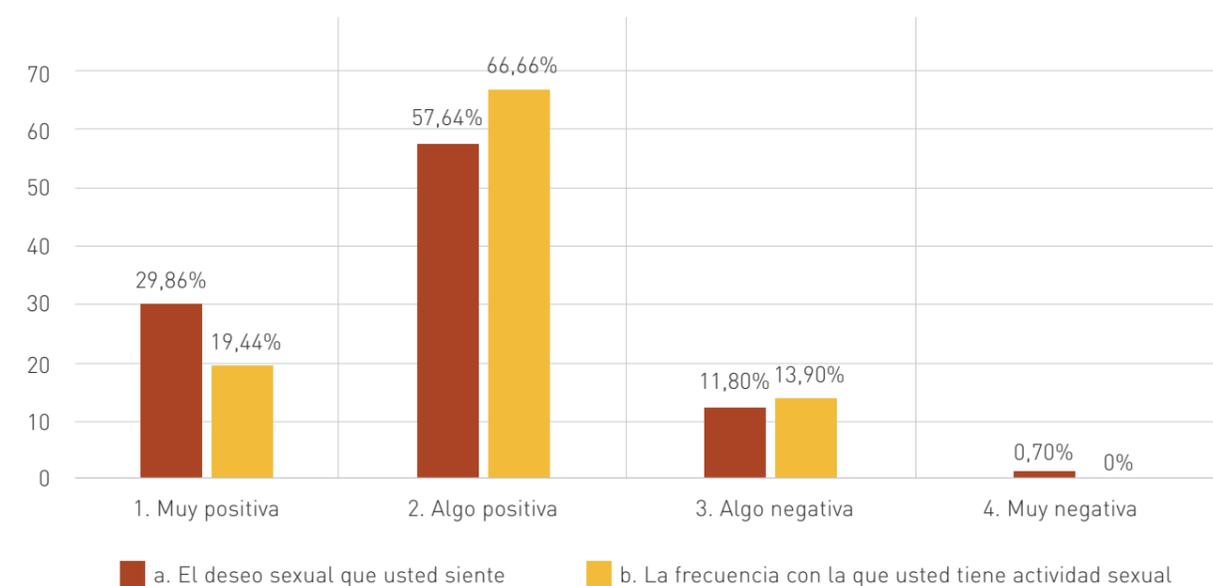
Con relación a la frecuencia de problemas sexuales de la pareja (falta de excitación, de deseo, de erección) que limitaran la actividad de la paciente, pregunta Q13, un 40 % de las mujeres con pareja referieron que su pareja tenía algún problema sexual en mayor o menor medida (**gráfico 6**).

Gráfico 6: Pareja con problemas (falta de excitación, de deseo, de erección)



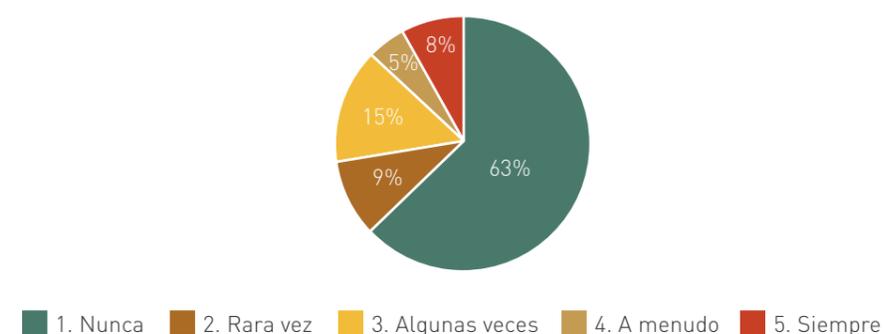
En consideración a la influencia de la pareja en el deseo y en la frecuencia de la actividad sexual, pregunta Q14, destaca que un 11,8 % de las mujeres respondieron que su pareja influenciaba de forma algo negativa en el deseo sexual que sentían y un 13,9 % de forma negativa en la frecuencia con la que tenían actividad sexual (**gráfico 7**).

Gráfico 7: Influencia de la pareja en el deseo y en la frecuencia actividad sexual



La proporción de mujeres SA que refirieron tener escapes de orina y/o escapes de heces, en menor o mayor medida, en cualquier tipo de actividad sexual fue del 37%, pregunta Q9 (**gráfico 8**).

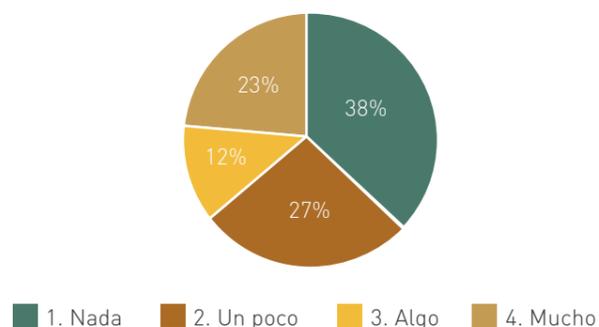
Gráfico 8: Escapes de orina y/o heces con la actividad sexual



## RESULTADOS

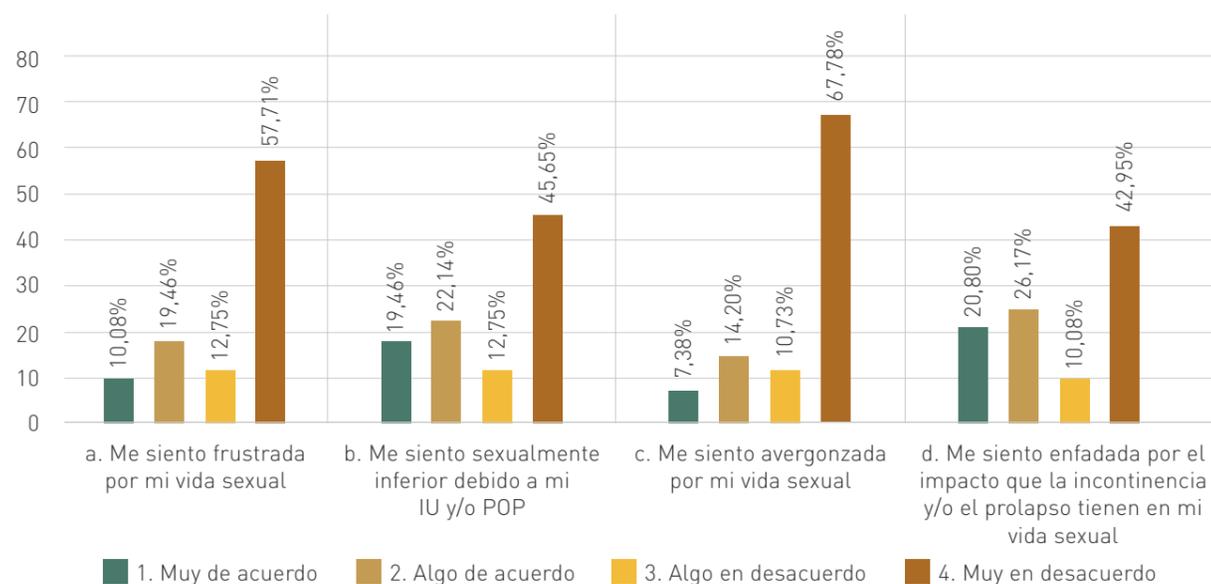
En cuanto en qué medida limitaba la actividad sexual el temor a la disfunción del suelo pélvico, pregunta Q18, un 62 % de las mujeres SA contestaron que les limitaba en mayor o menor medida (**gráfico 9**).

Gráfico 9: Limitación actividad sexual por temor a disfunción del suelo pélvico



En lo que respecta a la afectación de las DSP en la vida sexual de las pacientes, pregunta Q20, el 29,52 % de las mujeres se sentía frustrada en mayor o menor medida por su vida sexual. El 41,6 % de las mujeres SA se sentía sexualmente inferior en mayor o menor medida debido a la incontinencia y/o el prolapso. Por otro lado, el 46,97 % de las mujeres SA se sentían enfadadas en mayor o menor medida por el impacto de la incontinencia y/o el prolapso genital tenía en su vida sexual (**gráfico 10**).

Gráfico 10: Afectación de la DSP en la vida sexual



Respecto a la pregunta Q19, "rodee en cada una de las siguientes escalas el número (del 1 al 5) que mejor represente cómo se siente usted respecto a su vida sexual", la **tabla 23** resume las respuestas. Si observamos la distribución de las respuestas a esta pregunta, una cuarta parte de las mujeres presentaban un grado alto/medio de insatisfacción, consideraba su vida sexual inadecuada y se sentían inseguras.

Tabla 23: Cómo se siente usted respecto a su vida sexual

	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	
<b>Satisfecha</b>	36 (24,16%)	46 (30,87%)	32 (21,47%)	21 (14,11%)	4 (9,39%)	<b>Insatisfecha</b>
<b>Adecuada</b>	30 (20,13%)	50 (33,56%)	36 (24,16%)	21 (14,1%)	12 (8,05%)	<b>Inadecuada</b>
<b>Segura</b>	40 (26,85%)	40 (26,85%)	27 (18,12%)	27 (18,12%)	15 (10,06%)	<b>Insegura</b>

### 9.4.2. Resultados según subescalas y puntuación global del cuestionario PISQ-IR

Al calcular los valores de la media del PISQ-IR por cada subescala, la media del PISQ-IR en la subescala SA-AO (excitación y orgasmo) fue 3,3 (DE 0,8). En la subescala SA-PR (relacionado con la pareja), la media del PISQ-IR fue de 3,3 (DE 0,5). En la subescala SA-CS (condición- específico) la media fue de 4,3 (DE 0,9). La media del PISQ-IR en la subescala SA-GQ (calidad global) fue de 3,4 (DE 1,1). En la subescala de SA-CI (impacto de la condición) la media fue 2,9 (DE 1). En la subescala de SA-D (deseo) la media fue de 2,6 (DE 0,9).

### 9.4.3. Salud sexual de la muestra estudiada según el cuestionario PISQ-IR en mujeres SA con incontinencia urinaria

Al hacer la comparativa mediante las distintas subescalas del PISQ-IR entre pacientes con los distintos tipos de incontinencia urinaria y las que no presentaban incontinencia, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las pacientes con IUE y las que no; tampoco entre las pacientes con IUU y las que no.

En cambio, se encontraron diferencias significativas entre las mujeres con IUM y las que no, en las subescalas SA-CS (condición-específico), en la subescala SA-CI (impacto de la condición) y en la puntuación global (**tablas 24-26**).

Tabla 24: Resultados subescalas y puntuación global PISQ-IR según incontinencia urinaria de esfuerzo

	No IUE Media (DE)	IUE Media (DE)	Significación estadística (p)
SA-AO	3,34 (0,85)	3,18 (0,85)	0,225
SA-PR	3,24 (0,47)	3,27 (0,8)	0,705
SA-CS	4,33 (0,85)	4,23 (0,9)	0,533
SA-GQ	3,37 (1,06)	3,36 (1,12)	0,904
SA-CI	2,89 (1)	3,09 (1)	0,231
SA-D	2,62 (0,88)	2,68 (1,04)	0,766
<b>Puntuación global</b>	3,25 (0,62)	3,31 (0,66)	0,698

IUE= Incontinencia urinaria de esfuerzo; AO= Excitación y Orgasmo; PR=Relacionado con la Pareja; CS=Condición-Específico; GQ=Calidad Global; CI=Impacto de la Condición; D=Deseo.

Tabla 25: Resultados subescalas y puntuación global PISQ-IR según incontinencia urinaria de urgencia

	No IUU Media (DE)	IUU Media (DE)	Significación estadística (p)
SA-AO	3,22 (0,85)	3,2 (0,51)	0,924
SA-PR	3,2 (0,48)	2,2 (0,4)	0,938
SA-CS	4,6 (0,74)	4,27 (0,87)	0,075
SA-GQ	3,55 (1,12)	3,35 (1,12)	0,477
SA-CI	3,13 (1,03)	2,92 (1)	0,435
SA-D	2,62 (0,94)	2,7 (0,81)	0,63
<b>Puntuación global</b>	3,28 (0,62)	3,45 (0,818)	0,3

IUU= Incontinencia urinaria de urgencia; AO= Excitación y Orgasmo; PR=Relacionado con la Pareja; CS=Condición-Específico; GQ=Calidad Global; CI=Impacto de la Condición; D=Deseo.

Tabla 26: Resultados subescalas y puntuación global PISQ-IR según incontinencia urinaria mixta

	No IUM Media (DE)	IUM Media (DE)	Significación estadística (p)
SA-AO	3,29 (0,78)	3,13 (0,87)	0,339
SA-PR	3,22 (0,47)	3,29 (0,48)	0,582
SA-CS	4,48 (0,79)	4,07 (0,9)	<b>0,001</b>
SA-GQ	3,46 (1,03)	3,25 (1,13)	0,27
SA-CI	3,11 (0,93)	2,71 (1,05)	<b>0,017</b>
SA-D	2,63 (0,92)	2,64 (0,94)	0,911
<b>Puntuación global</b>	3,36 (0,59)	3,14 (0,66)	<b>0,041</b>

IUM= Incontinencia urinaria mixta; AO= Excitación y Orgasmo; PR=Relacionado con la Pareja; CS=Condición-Específico; GQ=Calidad Global; CI=Impacto de la Condición; D=Deseo.

#### 9.4.4. Salud sexual de la muestra estudiada según el cuestionario PISQ-IR en mujeres SA con incontinencia anal

En cuanto a las pacientes que presentaban incontinencia anal y fecal, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las distintas subescalas del PISQ-IR entre el grupo de pacientes con incontinencia anal y las que no, ni entre las pacientes con incontinencia fecal y las que no (**tablas 27 y 28**).

Tabla 27: Resultados subescalas y puntuación global PISQ-IR según incontinencia anal

	No I anal Media (DE)	I anal Media (DE)	Significación estadística (p)
SA-AO	3,18 (0,84)	3,34 (0,77)	0,23
SA-PR	3,26 (0,44)	3,21 (0,56)	0,65
SA-CS	4,32 (0,89)	4,26 (0,79)	0,71
SA-GQ	3,36 (1,1)	3,39 (1,01)	0,99
SA-CI	2,94 (0,98)	2,94 (1,06)	0,99
SA-D	2,57 (0,92)	2,8 (0,91)	0,14
<b>Puntuación global</b>	3,4 (0,5)	3,3 (0,61)	0,43

I anal= Incontinencia anal; AO= Excitación y Orgasmo; PR=Relacionado con la Pareja; CS=Condición-Específico; GQ=Calidad Global; CI=Impacto de la Condición; D=Deseo.

Tabla 28: Resultados subescalas y puntuación global PISQ-IR según incontinencia fecal

	No I fecal Media (DE)	I fecal Media (DE)	Significación estadística (p)
SA-AO	3,24 (0,82)	3,14 (0,83)	0,56
SA-PR	3,27 (0,45)	3,13 (0,6)	0,22
SA-CS	4,34 (0,84)	4,09 (0,93)	0,14
SA-GQ	3,4 (1,07)	3,19 (1,06)	0,33
SA-CI	2,96 (0,99)	2,81 (1,05)	0,54
SA-D	2,63 (0,93)	2,63 (0,92)	0,96
<b>Puntuación global</b>	3,29 (0,63)	3,14 (0,61)	0,247

I fecal= Incontinencia fecal; AO= Excitación y Orgasmo; PR=Relacionado con la Pareja; CS=Condición-Específico; GQ=Calidad Global; CI=Impacto de la Condición; D=Deseo.

**9.4.5. Salud sexual de la muestra estudiada según el cuestionario PISQ-IR en mujeres SA con con prolapso de órganos pélvicos**

Al explorar si existían diferencias significativas entre las pacientes que tenían sensación de bulto en la vagina (pregunta específica del cuestionario EPIQ) y las que no, se encontraron diferencias significativas entre las mujeres que referían sensación de bulto vaginal y las que no, en las subescalas SA-AO, SA-PR, SA-GQ, SA-CI y las SA-D. Asimismo, al comparar si existían diferencias con la puntuación global también se encontraron diferencias significativas (tabla 29).

Tabla 29: Resultados subescalas y puntuación global PISQ-IR según pregunta epiq específica de prolapso

	Sensación bulto vaginal Media (DE)	No sensación bulto vaginal Media (DE)	Significación estadística (p)
<b>SA- AO</b>	3,01 (0,86)	3,52 (0,66)	<b>0,001</b>
<b>SA-PR</b>	3,14 (0,48)	3,39 (0,438)	<b>0,003</b>
<b>SA-CS</b>	4,36 (0,83)	4,23 (0,89)	0,216
<b>SA-GQ</b>	3,2 (1)	3,6 (1)	<b>0,025</b>
<b>SA-CI</b>	2,72 (1)	3,24(0,92)	<b>0,001</b>
<b>SA-D</b>	2,42 (0,93)	2,93 (0,84)	<b>0,002</b>
<b>Puntuación global</b>	3,13 (0,64)	3, 46 (0,57)	<b>0,001</b>

AO= Excitación y Orgasmo; PR=Relacionado con la Pareja; CS=Condición-Específico; GQ=Calidad Global; CI=Impacto de la Condición; D=Deseo

Al comparar las mujeres sexualmente activas con prolapso igual o mayor de segundo grado y las que tenían prolapso inferior a segundo grado según POP-Q, no se encontraron diferencias significativas en las subescalas SA-AO, SA-PR, SA-CS, SA-CI del PISQ-IR. No obstante, se encontraron diferencias significativas en la subescala SA-D y con la puntuación global (tabla 30).

Tabla 30: Resultados subescalas y puntuación global PISQ-IR según POPQ inferior o igual/mayor a ii grado

	POP-Q inferior II Media (DE)	POP-Q = o mayor II Media (DE)	Significación estadística (p)
<b>SA- AO</b>	3,27 (0,81)	3 (0,89)	0,71
<b>SA-PR</b>	3,26 (0,49)	3,18 (0,43)	0,373
<b>SA-CS</b>	4,27 (0,74)	4,47 (0,73)	0,271
<b>SA-GQ</b>	3,41 (1,06)	3,17 (1,14)	0,326
<b>SA-CI</b>	2,89 (0,85)	2,97 (1,02)	0,515
<b>SA-D</b>	2,69 (0,94)	2,28 (0,83)	<b>0,043</b>
<b>Puntuación global</b>	3,42 (0,6)	3,19 (0,63)	<b>0,021</b>

AO= Excitación y Orgasmo; PR=Relacionado con la Pareja; CS=Condición-Específico; GQ=Calidad Global; CI=Impacto de la Condición; D=Deseo

**9.5. SALUD SEXUAL DE LA MUESTRA ESTUDIADA SEGÚN EL CUESTIONARIO FSFI EN MUJERES SEXUALMENTE ACTIVAS (SA)**

A continuación, se presentan los resultados de salud sexual de las mujeres SA según las puntuaciones del cuestionario genérico FSFI.

En un esfuerzo por evitar el uso de las categorías cero para el cálculo correcto de la puntuación del FSFI, no se calculó la puntuación global del FSFI en las mujeres NSA en las mujeres que no habían sido sexualmente activas dentro del periodo de referencia del cuestionario, 4 semanas. De hecho, en nuestra muestra, todas las mujeres NSA refirieron no haber sido sexualmente activas en las últimas 4 semanas.

**9.5.1. Resultados según dimensiones y puntuación global del cuestionario FSFI**

A continuación, se presentan los resultados de salud sexual de las mujeres SA según las diferentes dimensiones del cuestionario FSFI y su puntuación global. Dos pacientes no contestaron el FSFI por lo que se analizaron las respuestas de 148 pacientes (tabla 31).

Tabla 31: Respuestas cuestionario FSFI en mujeres SA

SEXUALMENTE ACTIVAS-SA	Media	DE
<b>FSFI. Deseo</b>	3,41	1,15
<b>FSFI. Excitación</b>	3,68	1,22
<b>FSFI. Lubricación</b>	4,16	1,43
<b>FSFI. Satisfacción</b>	4,46	1,24
<b>FSFI. Orgasmo</b>	4,23	1,42
<b>FSFI. Dolor</b>	4,07	1,92
<b>FSFI. Puntuación total</b>	24,01	6,11

**9.5.2. Salud sexual de la muestra estudiada según el cuestionario FSFI en mujeres SA con incontinencia urinaria**

Al hacer la comparativa mediante las dimensiones del FSFI entre pacientes con los distintos tipos de incontinencia urinaria y las que no presentaban incontinencia, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes con IUE y las que no; tampoco entre las pacientes con IUU y las que no, ni en las pacientes con IUM y las que no (tabla 32 -34).

Tabla 32: Resultados dimensiones y puntuación global FSFI según incontinencia urinaria de esfuerzo

	No IUE Media (DE)	IUE Media (DE)	Significación estadística (p)
<b>FSFI-Deseo</b>	3,3 (1,1)	3,16 (1,12)	0,6
<b>FSFI-Excitación</b>	3,83 (1,3)	3,7 (1,09)	0,574
<b>FSFI-Lubricación</b>	4,2 (1,32)	4,2 (1,32)	0,285
<b>FSFI-Satisfacción</b>	4,68 (1,25)	4,53 (1,16)	0,45
<b>FSFI-Orgasmo</b>	4,42 (1,5)	4,25(1,26)	0,261
<b>FSFI-Dolor</b>	3,95 (0,55)	3,76 (0,75)	0,276
<b>FSFI-Puntuación global</b>	24,38 (5,8)	23,67 (5,42)	0,28

IUE= Incontinencia urinaria de esfuerzo; FSFI=Female Sexual Function Index

Tabla 33: Resultados dimensiones y puntuación global FSFI según incontinencia urinaria de urgencia

	No IUU Media (DE)	IUU Media (DE)	Significación estadística (p)
<b>FSFI-Deseo</b>	3,09 (1,06)	3,2 (1,12)	0,795
<b>FSFI-Excitación</b>	3,9 (0,92)	3,751 (1,17)	0,645
<b>FSFI-Lubricación</b>	4,43 (1,19)	4,26 (1,34)	0,718
<b>FSFI-Satisfacción</b>	4,89 (0,768)	4,53 (1,21)	0,407
<b>FSFI-Orgasmo</b>	4,33 (1,04)	4,29 (1,35)	0,792
<b>FSFI-Dolor</b>	3,84 (0,57)	3,8 (0,72)	0,922
<b>FSFI-Puntuación global</b>	24,5 (4,15)	23,86 (5,65)	0,793

IUU= Incontinencia urinaria de urgencia; FSFI=Female Sexual Function Index

Tabla 34: Resultados dimensiones y puntuación global FSFI según incontinencia urinaria mixta

	No IUM Media (DE)	IUM Media (DE)	Significación estadística (p)
<b>FSFI-Deseo</b>	3,19 (1,04)	3,2 (1,2)	0,96
<b>FSFI-Excitación</b>	3,76 (1,18)	3,77 (1,104)	0,88
<b>FSFI-Lubricación</b>	4,31 (1,3)	4,23 (1,37)	0,808
<b>FSFI-Satisfacción</b>	4,61 (1,19)	4,5 (1,17)	0,534
<b>FSFI-Orgasmo</b>	4,3 (1,38)	4,29 (1,26)	0,765
<b>FSFI-Dolor</b>	3,87 (0,68)	3,72 (0,75)	0,241
<b>FSFI-Puntuación global</b>	24,07 (5,43)	23,73 (5,67)	0,613

IUM= Incontinencia urinaria mixta; FSFI=Female Sexual Function Index

### 9.5.3. Salud sexual de la muestra estudiada según el cuestionario FSFI en mujeres SA con incontinencia anal

En cuanto a las pacientes que presentaban incontinencia anal y fecal, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las distintas subescalas del PISQ-IR entre el grupo de pacientes con incontinencia anal y las que no, ni entre las pacientes con incontinencia fecal y las que no (**tabla 35 y 36**).

Tabla 35: Resultados dimensiones y puntuación global FSFI según incontinencia anal

	No I anal Media (DE)	I anal Media (DE)	Significación estadística (p)
<b>FSFI-Deseo</b>	3,2 (1,14)	3,17 (1,01)	0,62
<b>FSFI-Excitación</b>	3,79 (1,17)	3,68 (1,06)	0,707
<b>FSFI-Lubricación</b>	4,39 (1,31)	3,93 (1,36)	0,072
<b>FSFI-Satisfacción</b>	4,52 (1,21)	4,71 (1,09)	0,428
<b>FSFI-Orgasmo</b>	4,31 (1,37)	4,24 (1,19)	0,506
<b>FSFI-Dolor</b>	3,77 (0,77)	3,92 (0,49)	0,595
<b>FSFI-Puntuación global</b>	24 (5,75)	23,69 (4,81)	0,584

I anal: Incontinencia anal; FSFI=Female Sexual Function Index

Tabla 36: Resultados dimensiones y puntuación global FSFI según incontinencia fecal

	No I fecal Media (DE)	I fecal Media (DE)	Significación estadística (p)
<b>FSFI-Deseo</b>	3,24 (1,13)	2,88 (0,88)	0,236
<b>FSFI-Excitación</b>	3,82 (1,17)	3,37 (0,87)	0,146
<b>FSFI-Lubricación</b>	4,37 (1,31)	3,6 (1,23)	0,443
<b>FSFI-Satisfacción</b>	4,59 (1,18)	4,24 (1,27)	0,602
<b>FSFI-Orgasmo</b>	4,34 (1,34)	3,95 (1,14)	0,263
<b>FSFI-Dolor</b>	3,81 (0,74)	3,82 (0,46)	0,937
<b>FSFI-Puntuación global</b>	24,17	22,06	0,15

I fecal: Incontinencia fecal; FSFI=Female Sexual Function Index

## 9.5.4. Salud sexual de la muestra estudiada según el cuestionario FSFI en mujeres SA con con prolapso de órganos pélvicos

Al explorar si existían diferencias significativas entre las pacientes que tenían sensación de bulto en la vagina (pregunta específica del cuestionario EPIQ) y las que no, se encontraron diferencias significativas entre las mujeres que referían sensación de bulto vaginal y las que no, en las dimensiones del FSFI y en la puntuación global del FSFI (**tabla 37**).

Tabla 37: Resultados dimensiones y puntuación global FSFI según pregunta EPIQ específica de prolapso

	Sensación de bulto vaginal Media (DE)	No sensación de bulto vaginal Media (DE)	Significación estadística (p)
<b>FSFI-Deseo</b>	2,96 (1,13)	3,53 (1)	<b>0,03</b>
<b>FSFI-Excitación</b>	3,5 (1,1)	4,06 (1,08)	<b>0,009</b>
<b>FSFI-Lubricación</b>	3,99 (1,4)	4,67 (1,1)	<b>0,045</b>
<b>FSFI-Satisfacción</b>	4,34 (1,2)	4,88(1,08)	<b>0,008</b>
<b>FSFI-Orgasmo</b>	4,01 (1,4)	4,69 (1,11)	<b>0,003</b>
<b>FSFI-Dolor</b>	3,74 (0,74)	3,9 (0,66)	0,213
<b>FSFI-Puntuación global</b>	22,61 (5,72)	25,75 (4,69)	<b>0,001</b>

FSFI=Female Sexual Function Index

Al comparar las mujeres sexualmente activas con prolapso igual o mayor de segundo grado y las que tenían prolapso inferior a segundo grado según POP-Q, no se encontraron diferencias significativas en las distintas dimensiones del FSFI ni con la puntuación global del FSFI (**tabla 38**).

Tabla 38: Resultados dimensiones y puntuación global FSFI según POPQ inferior o igual/mayor a II grado

	POP-Q inferior II Media (DE)	POP-Q = o mayor II Media (DE)	Significación estadística (p)
<b>FSFI-Deseo</b>	3,24 (1,14)	2,94 (0,95)	0,269
<b>FSFI-Excitación</b>	3,82 (1,16)	3,51 (1,04)	0,267
<b>FSFI-Lubricación</b>	4,33 (1,36)	4,11 (1,06)	0,487
<b>FSFI-Satisfacción</b>	4,61 (1,17)	4,32 (1,2)	0,313
<b>FSFI-Orgasmo</b>	4,38 (1,35)	3,8 (1,15)	0,079
<b>FSFI-Dolor</b>	3,8 (0,75)	3,9 (0,46)	0,568
<b>FSFI-Puntuación global</b>	24,19 (5,68)	22,6 (4,61)	0,237

FSFI=Female Sexual Function Index



## 10. DISCUSIÓN

---

### 10.1. ADAPTACIÓN CULTURAL Y VALIDACIÓN AL CONTEXTO ESPAÑOL DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL PELVIC ORGAN PROLAPSE/INCONTINENCE SEXUAL QUESTIONNAIRE IUGA-REVISED (PISQ-IR)

El PISQ-IR, versión revisada de la IUGA, tiene como principal diferencia a las otras medidas de salud sexual en mujeres con disfunciones del suelo pélvico (PISQ, PISQ-12), que evalúa no solo el impacto en la función sexual en mujeres sexualmente activas si no también el impacto de las disfunciones del suelo pélvico en la actividad sexual. En nuestro grupo de estudio casi la mitad de las mujeres incluidas se consideraban no sexualmente activas.

La validación de la versión en español del PISQ-IR permite disponer de un cuestionario específico para evaluar la actividad y función sexual en mujeres con distintas disfunciones del suelo pélvico (incontinencia urinaria/anal y con síntomas de prolapso de órganos pélvicos). Esta versión validada y adaptada de la versión original inglesa del PISQ-IR reúne las propiedades psicométricas de factibilidad, fiabilidad y validez requeridas para su uso en España y permite su utilización tanto en mujeres sexualmente activas como inactivas, ya sea en la práctica clínica o en la investigación clínica.

#### 10.1.1. Especificidades en cuanto al tamaño muestral, adherencia al protocolo y proporción de NSA y SA.

La adherencia a un protocolo preciso de traducción y adaptación transcultural es fundamental para garantizar que la nueva versión del cuestionario tenga un comportamiento equivalente a la original. En cuanto a la traducción y adaptación cultural del cuestionario original PISQ-IR, en nuestro estudio se siguió el protocolo recomendado por la IUGA (anexo 1). Para valorar la calidad metodológica de los estudios de las propiedades de medida de los instrumentos de calidad de vida, el grupo COSMIN (COnsensus-bases Standards for the selection of health Measurements Instruments)<sup>103</sup> recomienda evaluar que en la traducción de un cuestionario participen traductores independientes entre sí, que los ítems sean traducidos y retrotraducidos y que la traducción sea revisada por un comité.

El número total de mujeres incluidas (268) en este estudio superó en 40 el mínimo recomendado en el protocolo de la IUGA (220 pacientes). Por detrás de la validación inglesa original<sup>122</sup> con 589 mujeres y la francesa con 281 mujeres, nuestro estudio es el que incluye mayor número de mujeres. La validación árabe (Egipto)<sup>123</sup> con 172 mujeres, la china (chino mandarín)<sup>124</sup> con 106 mujeres, la alemana<sup>121</sup> con 197 mujeres, la húngara<sup>126</sup> con 178 mujeres y la tailandesa<sup>132</sup> con 200 mujeres, no incluyeron el mínimo recomendado por la IUGA.

La proporción de mujeres no sexualmente activas fue elevada en nuestro estudio (118 de 268 mujeres, un 44 %)<sup>128</sup>, siendo más alta que la validación inglesa (188 de 589 mujeres, un 32 %)<sup>122</sup>, la árabe (de Egipto) (30 de 172 mujeres, un 17, 44 %)<sup>123</sup>, la china –chino mandarín– (41 de 106 mujeres, un 38 %)<sup>124</sup>, la alemana (66 de 197 mujeres, un 33, 5 %)<sup>121</sup>, la húngara (68 mujeres de 178, un 38,2 %)<sup>126</sup>, la árabe (de Arabia Saudí) (75 de 227 mujeres,

un 33 %)<sup>127</sup>, la holandesa (61 de 220, un 37,7 %)<sup>130</sup>, la francesa (105 de 281 mujeres que contestaron la pregunta sobre actividad sexual, un 37 %)<sup>131</sup> y la tailandesa<sup>132</sup> (66 de 200 mujeres, un 33%). En cambio, en la validación polaca la proporción fue mayor (128 de 252 mujeres, un 49,2%)<sup>129</sup>. La inclusión para la validación al español de una muestra con un alto porcentaje de mujeres que no se consideraban sexualmente activas, nos permite disponer de una medida apta para evaluar el impacto de las DSP en la actividad y función sexual, aunque no se consideren sexualmente activas en el momento de su valoración inicial.

Una de las limitaciones de nuestro estudio fue el número de mujeres que no dieron su consentimiento (64 de 332 pacientes) a participar en el estudio y cumplimentar el cuestionario de salud sexual. La mayoría de las que no dieron su consentimiento fue porque creyeron que su salud sexual no tenía relación con la disfunción del suelo pélvico que padecían y por la que consultaban. Esto sugiere la necesidad de información/formación a las mujeres que nos consultan por DSP sobre el impacto de estas disfunciones en su salud sexual y la posibilidad de mejoría con los tratamientos.

#### 10.1.2. Especificidades en cuanto a los aspectos psicométricos de la validación al español del PISQ-IR en relación con otros estudios de validación que siguieron el mismo protocolo

En relación con los aspectos psicométricos de la validación destaca el hecho de que la factibilidad del PISQ-IR en español resultó ser alta, ya que el 98,3% de las mujeres NSA y el 94,7% de las mujeres SA cumplimentaron todos los ítems del cuestionario. La tasa de no respuesta constituye un problema considerable en los cuestionarios autoadministrados. El hecho que las participantes en nuestro estudio de validación tuvieran que cumplimentar varios cuestionarios podría haber sido uno de los motivos de que no lo cumplimentaran el 100% de las mujeres incluidas. En el estudio sobre la validación alemana del PISQ-IR las tasas de no respuesta al ítem oscilaron entre el 2 y el 40% en mujeres sexualmente activa<sup>125</sup>. En la validación holandesa<sup>130</sup>, las tasas de no respuesta en las mujeres SA fueron menores del 10% excepto para la subescala condición específica y la tasa de no respuesta en las mujeres NSA varió del 16 al 42 %. En la validación francesa<sup>131</sup>, también encontraron tasas de no respuesta del 5% (pregunta 6) al 30% (preguntas 2d y 2e) en las mujeres no sexualmente activas y del 0% (pregunta 18) al 15% (pregunta 8b y 8c) y del 1% para ítems del SA-AO al 13% para ítems de la subescala SA-CS.

En toda investigación clínica se detectan valores perdidos, estos deben ser reportados y en la medida de lo posible, deberían investigarse las razones. No obstante, en los estudios de validación, la relación entre los valores perdidos y el resultado del estudio puede ser menos clara y, por lo tanto, probablemente haya menos posibilidad de sesgo<sup>145</sup>. En nuestro estudio, las dificultades que pudieran surgir por falta de comprensión de algunas de las preguntas (debido a un bajo nivel educativo o a la falta de entendimiento de algunas palabras o frases del cuestionario) se solventaron mediante el método de

entrega controlada de los cuestionarios (autocumplimentación del cuestionario pero con la disponibilidad de un profesional para resolver dudas que pudieran surgir en el momento de la cumplimentación del cuestionario) puesto que la entrega controlada no interfiere con la autocumplimentación y provee al sujeto con la oportunidad de tener una persona competente que pueda resolver dudas. Este método de cumplimentar el cuestionario (entrega controlada), con la posibilidad de ayuda por parte de una persona cualificada para poder responder a las dudas desde la paciente puede haber incrementado artificialmente las tasas de respuesta. Sin embargo, se decidió utilizar este método para reducir los problemas derivados de barreras culturales (dificultad de las mujeres para hablar sobre estos temas con el médico) o falta de comprensión de las preguntas.

Por lo que respecta a la fiabilidad, al evaluar la consistencia interna, los coeficientes de  $\alpha$  de Cronbach fueron similares a la validación original inglesa (0,83 para las NSA y 0,83 para las SA en la validación inglesa y de 0,79 y 0,91 en las escalas totales de las NSA y la SA en la validación española). Aunque el valor de la  $\alpha$  de Cronbach es elevado en ambos grupos, el valor es más bajo en las mujeres NSA. En cuanto a las subescalas, en la validación española, todas ellas mostraron buen nivel de consistencia interna, salvo tres con  $\alpha$  de Cronbach inferior a 0,7, la SA-CS con  $\alpha$  de Cronbach de 0,54, la SA-PR con  $\alpha$  de Cronbach de 0,63 y la NSA-CS de 0,67. La validación inglesa la SA-CS también presentó un valor inferior a 0,7, con un resultado de 0,63. De hecho, la mayoría de las versiones existentes presentan una consistencia interna aceptable. La validación china (mandarín)<sup>124</sup> presenta valores de la  $\alpha$  de Cronbach  $<0.7$  en NSA-AO 0,69, NSA-CS 0,65, SA-CS 0,6 y SA-CI 0,69. La validación alemana<sup>125</sup> presenta valores de la  $\alpha$  de Cronbach  $<0.7$  en NSA-CS de 0,64 y la SA-D de 0,69. Asimismo, la validación polaca<sup>129</sup> presenta valores de la  $\alpha$  de Cronbach inferiores a 0,7 en las subescalas NSA-CS (0,651) y la SA-PR (0,605). La validación húngara<sup>126</sup> presenta valores de  $\alpha$  de Cronbach  $<0.7$  en las subescalas SA-AO 0,67, SA-PR 0,61, SA-CS 0,67 y NSA-PR 0,41. La validación árabe (de Arabia Saudí)<sup>127</sup> presenta valores de  $\alpha$  de Cronbach  $<0.7$  en las subescalas de NSA-CS 0,58, SA-AO 0,43, SA-CS 0,59. La validación holandesa<sup>130</sup> presenta todos los valores de la  $\alpha$  de Cronbach por encima de 0,7 salvo NSA-CS 0,61, SA-AO 0,65, SA-D 0,68. La validación francesa<sup>131</sup> presenta todos los valores de la  $\alpha$  de Cronbach  $>0,7$  salvo NSA-PR  $\alpha$  de Cronbach de 0,55, NSA-CS 0,62, SA-AO 0,66, SA-CS 0,69, SA-D 0,66. La validación más reciente, la tailandesa<sup>132</sup>, presenta todos los valores de la  $\alpha$  de Cronbach  $>0,7$  salvo la NSA-GQ 0,49, la NSA-PR 0,69, la SA-AO 0,63 y la SA-D 0,69. No obstante, la validación árabe (de Egipto)<sup>123</sup> presenta una pobre consistencia interna para todas las subescalas de las mujeres NSA donde todas las subescalas presentan una  $\alpha$  de Cronbach inferior a 0,7 (NSA-CS  $<0$ , NSA-PR 0,4, NSA-GQ 0,59 y NSA-CI 0,47).

La dificultad en tener un adecuado “gold standard” es uno de los problemas más comunes en los estudios de validación de cuestionarios, lo que impide la validez de criterio. En estos casos, la validez de constructo debe ser evaluada, con el análisis factorial de la estructura (validez estructural) y con la asociación con otras herramientas de medida similares (validez convergente).

La validez convergente se evaluó siguiendo el modelo de la validación inglesa, calculando los coeficientes de correlación entre los resultados del PISQ-IR en las subescalas CS (condición específico) y la CI (impacto de la condición) y las medidas clínicas (POP-Q, tipo de musculatura del suelo pélvico y la capacidad contráctil medida con la escala de Oxford) así como con los resultados de otros cuestionarios condición específicos (ISI, PFDI-20, ítem 35 del cuestionario EPIQ) y el FSFI (cuestionario genérico de función sexual). No obstante, hay que hacer la consideración que diversos autores han encontrado que no existe asociación entre la función sexual y los datos del examen físico, como el grado de POP, pero si encuentran una relación clara entre la percepción de la imagen corporal y el nivel de angustia causado por una condición determinada<sup>53, 54</sup>.

En nuestro estudio, se estudió la correlación de las medidas físicas con las subescalas relacionadas con la patología (CS – condición específico y CI-impacto de la condición) igual que se realizó en la validación original inglesa. Las puntuaciones de las subescalas CS y las puntuaciones de CI no obtuvieron significación estadística en los coeficientes de correlación con medidas clínicas. Estos resultados son similares a los obtenidos en la validación árabe (Arabia Saudí)<sup>127</sup> y los obtenidos en la validación holandesa<sup>130</sup>, donde tampoco se observaron resultados estadísticamente significativos en las correlaciones de los resultados del cuestionario de las mujeres NSA y las SA con las medidas clínicas. No obstante, en la validación original inglesa<sup>122</sup>, se encontró una correlación significativa, aunque débil y solo en las mujeres sexualmente activas, solo entre el estadio de POP-Q y los resultados de SA-CS y SA-CI. En la validación china (chino mandarín)<sup>124</sup>, donde se analizaron también las otras subescalas del cuestionario, se encontró una correlación significativa débil entre la subescala SA-D y el grado de prolapso medido mediante POP-Q. En la validación alemana<sup>125</sup>, se correlacionó moderadamente el estadio de POP-Q con SA-CI y la escala Oxford con SA-AO y SA-CI con una correlación débil. En la validación húngara<sup>126</sup>, la subescala SA-CS tuvo una correlación débil con el grado de prolapso medido con el POP-Q. En la validación al polaco<sup>129</sup>, se encontró una correlación débil con la subescala NSA-PR y la NSA-GQ de las mujeres NSA con el POP-Q y la escala Oxford, pero no en las subescalas CI ni en la CS; tampoco encontraron correlación estadísticamente significativa en las mujeres SA entre las medidas del POP-Q o la escala Oxford y las subescalas del PISQ-IR. En la validación tailandesa<sup>132</sup>, no se presentan datos sobre la correlación de las medidas físicas con el PISQ-IR.

En cuanto al estudio de correlaciones con medidas específicas de condición (PFDI-20, ISI, EPIQ) en mujeres NSA, en nuestro estudio se encontraron correlaciones moderadas en la dirección esperada (mayor puntuación PFDI-20 peor resultado en el PISQ-IR) entre las puntuaciones PFDI-20 y las puntuaciones de la subescala NSA-CS y las puntuaciones de la subescala NSA-CI, entre la pregunta EPIQ (presencia sensación de bulto en vagina peor resultado en el PISQ-IR) y las puntuaciones de la subescala NSA-CI y de la NSA-CS y entre el ISI y las puntuaciones de la subescala NSA-CS (mayor gravedad de la incontinencia urinaria peor resultado PISQ-IR). En las mujeres SA, se encontraron correlaciones

moderadas en la dirección esperada entre las puntuaciones de la subescala SA-CS y las puntuaciones del ISI (mayor gravedad de la incontinencia urinaria peor resultado PISQ-IR) y también una correlación débil con el PFDI-20 y la SA-CS. Asimismo, también se encontraron correlaciones moderadas en la dirección esperada entre la subescala SA-CI y el PFDI-20 (mayor puntuación PFDI-20 peor resultado PISQ-IR) y la subescala SA-CI y la pregunta específica de prolapso del cuestionario EPIQ. Las correlaciones observadas fueron débiles o moderadas, lo que concuerda con los resultados encontrados en la versión original del cuestionario y otras versiones lingüísticas del PISQ-IR, en las cuales los resultados no siempre alcanzaron significación estadística.

En la validación china<sup>124</sup>, se utilizó el pad-test como medida específica de incontinencia y no se utilizó ni el PFDI-20 ni la pregunta específica de prolapso del EPIQ como en la validación original inglesa. En esta validación, se encuentra una correlación significativa débil en las mujeres SA entre el pad-test y la subescala SA-CI. En las mujeres NSA, se encuentran correlaciones significativas moderadas entre el pad-test y la NSA-CS y la NSA-CI. .

En cuanto la validación alemana<sup>125</sup>, en esta se utiliza la escala KHQ (The Kings Health Questionnaire) para valorar la incontinencia urinaria encontrando correlaciones moderadas-altas en las mujeres NSA entre el KHQ y las subescalas NSA-CS, NSA-CI. En las mujeres SA, encuentran correlaciones significativas moderadas entre el KHQ y las subescalas SA-CS, SA-GQ y SA- CI. No utilizan el PFDI-20, ni el ISI ni el EPIQ para la valoración de las disfunciones del suelo pélvico.

La validación húngara<sup>126</sup> utiliza el PFDI-20 para valorar la incontinencia urinaria y el prolapso genital, no analiza el ISI ni el EPIQ, encontrando correlación moderada en las mujeres NSA entre el PFDI-20 y la subescala NSA-GQ. En las mujeres SA, encuentra correlaciones moderadas significativas entre el PFDI-20 y las subescalas SA- AO y la SA-CI.

Destaca el hecho que en la validación árabe (Arabia Saudí)<sup>127</sup>, en mujeres NSA encontraron correlaciones altas significativas entre el ISI y las subescalas NSA-CI probablemente debido a una alta proporción de mujeres con UI en la población investigada. Sin embargo, no encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre el PFDI-20 ni la pregunta referente al prolapso genital del EPIQ. En las mujeres SA, encontraron correlaciones moderadas-altas significativas entre el ISI y las subescalas SA-CS y SA-CI igual que la validación española. Asimismo, también encontraron correlaciones moderadas entre el PFDI-20 y las subescalas SA-CS y SA-CI. No obstante, no encontraron correlación significativa entre la pregunta específica de prolapso del EPIQ y las distintas subescalas del PISQ-IR.

En cuanto al estudio de correlaciones del PISQ-IR con otras medidas específicas de la condición, en la validación polaca<sup>129</sup>, en mujeres NSA se encontraron correlaciones significativas moderadas entre las puntuaciones PFDI-20 y las puntuaciones NSA-CI y NSA-CS y entre la pregunta EPIQ con puntuaciones NSA-GQ y NSA-CI, pero en cambio, no encontraron correlaciones significativas entre el ISI y las distintas subescalas del

PISQ-IR. En las mujeres SA se encontraron correlaciones negativas significativas débiles-moderadas entre las puntuaciones PFDI-20 y SA-AO, SA-PR, SA-CS, SA-GQ, SA-CI y con la puntuación global o "summary score". Respecto la pregunta EPIQ, se encontró una correlación débil con SA-D. En cuanto la correlación con el ISI, se hallaron correlaciones significativas débiles-moderadas con SA-CS y SA-CI, igual que la validación española. En la validación polaca se utilizaron también otros cuestionarios de calidad de vida, el SF-36 y el KHQ, destacando que las puntuaciones de percepción de salud general del KHQ se correlacionaron negativamente con SA-AO, SA-GQ y SA-CI.

Respecto la correlación con otros instrumentos en la validación holandesa<sup>130</sup>, en las mujeres NSA se hallaron correlaciones significativas moderadas entre el PFDI-20 y las subescalas NSA-GQ y la NSA-CI y correlaciones significativas moderadas-altas entre la subescala UDI-6 (impacto de los síntomas urinarios del PFD-20) y las subescalas NSA-PR, NSA-GQ y la NSA-CI. En las mujeres SA, encontraron correlaciones débiles-moderadas entre la parte del CRADI-8 (disfunción colorrectal-anal) del PFDI-20 y la subescala SA-CS y SA-CI y la puntuación total del PFDI-20 y la SA-CI, así como las subdivisiones del cuestionario PFDI-20, el CRADI-8 (disfunción colorrectal-anal), el UDI-6 (síntomas urinarios) y el POPDI-6 (síntomas de prolapso) y la subescala SA-CI.

La validación francesa<sup>131</sup>, no especifica la significación estadística del estudio de correlaciones con otros instrumentos en el artículo de la validación, aunque describe correlaciones moderadas en la dirección esperada entre la puntuación global del PFDI-20 y las subescalas SA-CS y SA-CI y correlaciones débiles entre la puntuación global PFDI-20 y las subescalas NSA-CS y NSA-CI.

En la validación tailandesa<sup>132</sup> solo se estudia la correlación con el PFDI-20, encontrándose correlaciones leves o moderadas entre la puntuación global del PFDI-20 y las subescalas SA-CS, SA-CI y NSA-CI.

Cabe destacar que la validación árabe (Egipto)<sup>123</sup> no realizó el estudio de validez, por lo que no se estudió la correlación con medidas clínicas ni con otros instrumentos.

El hecho de haber utilizado distintos cuestionarios a los recomendados en el protocolo de la IUGA para la validación del PISQ-IR (anexo 1) en algunas de las validaciones existentes, puede responder a la no disponibilidad de la versión validada al idioma de la validación del cuestionario recomendado para explorar las correlaciones con el PISQ-IR.

El cuestionario general que evalúa la función sexual, el FSFI, se utilizó para la validez convergente entre las mujeres SA en nuestro estudio de validación de la versión española del PISQ-IR.

Como era de esperar, existió una fuerte asociación con medidas de función sexual (puntuación del FSFI), en mujeres activas sexualmente y para las subescalas orgasmo, calidad global y deseo. Todas las puntuaciones de la subescala de PISQ-IR en las mujeres SA se correlacionaron significativamente con la puntuación total de FSFI. El análisis de

correlaciones entre las mismas dimensiones de los dos cuestionarios y la comparación de aspectos similares de la vida sexual reveló que la versión española de PISQ-IR generó resultados estadísticamente significativos similares a los de la versión original. Las puntuaciones SA-AO obtuvieron una correlación fuerte con las puntuaciones de las dimensiones de deseo, excitación, lubricación, orgasmo del FSFI y la puntuación global del FSFI y una correlación moderada con la dimensión de dolor del FSFI. Las puntuaciones de la subescala SA-PR se correlacionaron moderadamente con las puntuaciones de la dimensión satisfacción FSFI y la puntuación global. Las puntuaciones del SA-CS se correlacionaron moderadamente con las puntuaciones FSFI de satisfacción y con la puntuación global del FSFI débilmente. Las puntuaciones de SA-GQ se correlacionaron fuertemente con las puntuaciones FSFI de satisfacción y la puntuación global del FSFI. Las puntuaciones de SA-CI se correlacionaron con las puntuaciones de FSFI excitación y la puntuación global del FSFI moderadamente y dolor débilmente. Las puntuaciones SA-D se correlacionaron fuertemente con las puntuaciones del dominio FSFI Deseo y la puntuación global.

Asimismo, tanto en la validación china<sup>124</sup>, alemana<sup>125</sup>, húngara<sup>126</sup>, árabe (Arabia Saudí)<sup>127</sup>, la polaca<sup>129</sup>, la holandesa<sup>130</sup>, la francesa<sup>131</sup> y la tailandesa<sup>132</sup> presentaron correlaciones de moderadas a fuertes del FSFI en distintas subescalas del PISQ-IR en las mujeres SA.

En cambio, la validación árabe (Egipto)<sup>123</sup> no estudió la validez convergente.

En cuanto a la validez estructural, el análisis factorial demostró que la estructura de la versión española es similar a la versión original inglesa salvo el ítem 6. Asimismo, la validación húngara<sup>126</sup> también presenta la misma estructura factorial que la versión original inglesa salvo el ítem 15. En las validaciones china (mandarín)<sup>124</sup> y árabe (Arabia Saudí)<sup>127</sup> se realiza el análisis de la estructura factorial sin especificar diferencias respecto a la inglesa en los artículos de la validación. En las validaciones árabe (Egipto)<sup>123</sup>, alemana<sup>125</sup>, polaca<sup>129</sup>, holandesa<sup>130</sup> y la tailandesa<sup>132</sup> no se describe el estudio del análisis de la estructura factorial.

En cambio, en la validación francesa, se encontraron varias diferencias en la estructura del cuestionario: el ítem 3 de la NSA-CI, los ítems 1 y 4 de la NSA-GQ, el ítem 2d de la NSA-CS, los ítems 7 y 11 de la SA-AO y el ítem 9 de la SA-CS.

El PISQ-IR no tiene límite de tiempo impuesto para la valoración de la actividad/función sexual y es la entrevistada quien decide si se considera sexualmente activa o no, mientras que, para el FSFI, que se utilizó como criterio de validez, las preguntas corresponden a las últimas 4 semanas, que podrían haber sido una fuente de discrepancias en la actividad sexual autoevaluada. En la práctica clínica diaria, parece aconsejable dejar la autoevaluación de la actividad sexual al paciente en lugar de imponer el criterio de tiempo. En la puntuación FSFI, incluso una sola respuesta de "0" es suficiente para incluir a una paciente en el grupo de NSA, mientras que según el PISQ-IR, una encuestada puede considerarse sexualmente activa incluso si, por ejemplo, no tiene pareja, lo que permite

una perspectiva más amplia de la vida sexual.

Aunque los resultados obtenidos demostraron unas correctas propiedades psicométricas de la versión española del PISQ-IR, sería necesario llevar a cabo nuevos estudios para evaluar otras dimensiones de la validación como son la fiabilidad test-retest y la sensibilidad, que se establecieron en la publicación original.

Una de las limitaciones de nuestro estudio es no haber podido medir la sensibilidad al cambio estudiando la actividad y función sexual en aquellas mujeres a las que se les realizaba un tratamiento conservador o quirúrgico para su DSP, para poder obtener conclusiones respecto los cambios en cuanto la actividad y función sexual de nuestra muestra.

La validación original en inglés del cuestionario<sup>122</sup>, así como también la validación árabe (Egipto)<sup>123</sup>, china<sup>124</sup>, húngara<sup>126</sup>, polaca<sup>129</sup>, francesa<sup>131</sup> y tailandesa<sup>132</sup> muestran estabilidad a lo largo del tiempo, sin elementos que demuestren diferencias entre la prueba y la repetición.

Ahora bien, la validación holandesa<sup>130</sup> no especifica el análisis test-retest. Asimismo, la validación alemana<sup>125</sup> y la árabe (Arabia Saudí)<sup>127</sup>, tampoco evalúan el análisis test-retest ni la sensibilidad.

Las validaciones en árabe, húngaro, alemán y polaco tampoco realizaron la valoración de la sensibilidad en el estudio de validación inicial. No obstante, en un estudio reciente de Grzybowska M<sup>146</sup>, se analiza la sensibilidad del cuestionario PISQ-IR y del FSFI, concluyendo que el PISQ-IR y el FSFI son herramientas sensibles al cambio, útiles para investigar los efectos del tratamiento en las mujeres sexualmente activas (ambos cuestionarios) y en las no sexualmente activas (solo el PISQ-IR) con disfunciones del suelo pélvico.

## 10.2. SALUD SEXUAL DE LA MUESTRA ESTUDIADA

### 10.2.1. Características específicas de las mujeres estudiadas en relación con estudios de validación del PISQ-IR y otros

Analizando las características de nuestra muestra, destaca que las mujeres SA eran significativamente más jóvenes que las NSA. Esto es consistente con la literatura, con el hecho de que la edad sigue estando relacionada con la actividad y función sexual<sup>66</sup>. Además, las mujeres SA tenían una proporción de mujeres con estado civil casadas significativamente superior que las NSA, mientras que las NSA presentaban una proporción de viudedad significativamente superior. Factor para destacar, puesto que la relación con la pareja es un factor determinante para la satisfacción sexual en la sexualidad compartida<sup>32-34</sup>. Del mismo modo, en el grupo de mujeres SA había una proporción significativamente menor de mujeres menopáusicas. Hecho que concuerda con los datos de la literatura, donde se describe que la menopausia se relaciona íntimamente con la edad, y la probabilidad de aparición de problemas sexuales con la menopausia parece depender del tipo de disfunción, existiendo un aumento del riesgo de disfunción sexual en la menopausia<sup>18</sup>.

Asimismo, en cuanto la proporción de prolapso genital en la población estudiada se observó que casi la mitad de las pacientes NSA presentaban un prolapso de segundo grado o mayor (según el POP-Q) y en el grupo SA solo un tercio. En la validación inglesa no se especifica la proporción de prolapso en el grupo de NSA respecto la SA, describiéndose en algo más del tercio de la muestra prolapso de segundo grado o mayor. En la validación tailandesa<sup>132</sup>, casi una tercera parte de las pacientes NSA presentaban un prolapso de segundo grado o mayor (según el POP-Q) y en el grupo SA una cuarta parte. En la validación china<sup>124</sup> se describe prolapso de II grado o mayor en algo más de un tercio de las NSA y en menos de una cuarta parte de las SA. En la validación árabe (Arabia Saudí)<sup>127</sup> la proporción de prolapso genital de II grado o mayor de la población estudiada fue menor, no llegando a la cuarta parte de la población estudiada. Por el contrario, en las validaciones húngara<sup>126</sup>, alemana<sup>125</sup>, holandesa<sup>130</sup> y polaca<sup>129</sup>, la proporción de mujeres con prolapso de II grado o mayor era superior, superando la mitad de la población en las tres últimas.

En la muestra estudiada, más de tres cuartas partes de las pacientes tanto NSA como SA presentaban algún tipo de incontinencia urinaria según el diagnóstico clínico. Asimismo, todas las validaciones existentes describen que más de la mitad de la población estudiada presenta algún tipo de incontinencia

En nuestro estudio de validación de la versión española<sup>128</sup>, se incluyó un porcentaje más alto de pacientes con incontinencia anal que otras validaciones (un 31.36% en NSA, de las cuales un 16,9 % tenían incontinencia fecal y un 28% en las SA, de las cuales un 15,3% tenían incontinencia fecal). La holandesa (donde no describió incontinencia anal en NSA e incluyeron un 3,1 % de mujeres con incontinencia anal en las SA)<sup>130</sup>, la alemana (incluyeron un 3 % de mujeres con incontinencia anal en las NSA y un 5 % en las SA)<sup>125</sup>. En la validación tailandesa describen un 4,55% de mujeres con incontinencia fecal en las mujeres NSA y un 1,49% de mujeres con incontinencia fecal en las SA, no describiendo datos del porcentaje de incontinencia anal en cada grupo. La validación árabe (Egipto)<sup>123</sup>, la china<sup>124</sup> y la húngara<sup>126</sup> no incluyeron incontinencia anal. Esta elevada proporción de mujeres con incontinencia anal en nuestra muestra nos permite afirmar que el PISQ-IR español ha sido validado en una población de mujeres con incontinencia anal.

### 10.2.2. Salud sexual en las pacientes incluidas en relación con estudios de validación del PISQ-IR y otros

En nuestro estudio, casi la mitad de las mujeres NSA contestó que la razón de no tener actividad era el no tener pareja y más de la mitad estaba muy de acuerdo en que el motivo para no tener actividad sexual era que no tenían interés. Al 69 % de las mujeres NSA no les molestaba nada no tener actividad sexual. Esto concuerda con los resultados de Constantine et al<sup>142</sup> que sugieren que el factor principal asociado a la falta de actividad

en mujeres con POP, incontinencia urinaria y/o incontinencia anal es la falta de interés, apuntando que estas mujeres no están insatisfechas por su inactividad, por lo que otros factores relacionados con la patología no son tan importantes.

Por otro lado, dos de cada diez mujeres consideraron que sus problemas de salud eran uno de los motivos para su inactividad sexual. Las disfunciones del suelo pélvico también formaban parte de los motivos para no ser sexualmente activa ya que un 38,12 % de las mujeres NSA estaban algo o muy de acuerdo en que sus problemas de vejiga/intestinales y/o prolapso eran una de las razones para no tener actividad sexual. En el estudio de Anglès-Acedo S et al de 2019 donde se estudia una población con prolapso candidato a cirugía, se encontró un porcentaje similar (un 42,3% de las mujeres NSA). En nuestra muestra de mujeres SA, destaca que en un 62 % de las pacientes, la DSP limitaba en mayor o menor medida su actividad sexual. De forma parecida, el estudio de Anglès-Acedo S et al 2019<sup>66</sup> encontró que en un 44% de las pacientes SA la DSP limitaba en mayor o menor medida su actividad sexual.

Estos hallazgos están en la línea de publicaciones previas en las que se encontró que tanto el POP como la IU tienen un impacto en la salud sexual de la mujer y pueden ser una de las razones para la inactividad sexual<sup>48, 50</sup>.

Asimismo, casi una cuarta parte de las mujeres NSA estaba muy de acuerdo o algo de acuerdo en que el dolor era el motivo de no mantener actividad sexual.

Desde el punto de vista de la presencia o no de disfunción sexual en nuestro grupo de pacientes SA, se ha utilizado la puntuación global de las dos escalas utilizadas en este estudio y que permiten este cálculo (PISQ-IR y FSFI). Para el PISQ-IR y sin separar por dimensiones y subescalas, calculando el "single summary score" o puntuación global, el valor de la media del PISQ-IR en el grupo de mujeres sexualmente activas fue de 3,3 En el artículo de Grzybowska ME<sup>136</sup>, utilizando el análisis de la curva ROC, se determinó que un PISQ-IR Summary Score o puntuación global de 2,68 era el punto de corte óptimo para distinguir entre mujeres disfuncionales y no disfuncionales (AUC = 0,85), lo que permitía diagnosticar la disfunción sexual en mujeres SA con disfunciones del suelo pélvico con 90% de sensibilidad y 71% de especificidad. Según esta medida, globalmente nuestras pacientes no constituyen una muestra con disfunción sexual femenina (DSF).

Utilizando como medida el FSFI en nuestra muestra, la puntuación global de las mujeres sexualmente activas fue de 24.9. Según el punto de corte descrito en la versión original inglesa del FSFI<sup>113</sup>, una puntuación total de 26.55 diferencia mujeres con y sin disfunción sexual. Según la puntuación total del FSFI obtenida en nuestra muestra, correspondería a disfunción sexual. No obstante, si utilizáramos el punto de corte propuesto por Royo FC et al en una población española de DSF  $\leq$  21,7<sup>118</sup>, la puntuación total media del FSFI de nuestra muestra SA no correspondería a DSF. Dado que con el PISQ-IR nuestra población no puede ser considerada con DSF, parecería razonable utilizar el punto de corte del FSFI propuesto por Royo FC et al en nuestra muestra.

En la línea de las publicaciones revisadas<sup>47,49,52</sup>, en nuestro estudio se observó que las pacientes sexualmente activas que respondían que notaban sensación de prolapso presentaban peores puntuaciones en el PISQ-IR y en el FSFI. La evaluación del impacto del **prolapso** con ambos cuestionarios mostró que esta es una patología que puede afectar todas las dimensiones de la sexualidad de las mujeres que lo padecen. El FSFI se trata de un cuestionario genérico por lo tanto útil para comparar la función sexual entre grupos de pacientes distintos. El cuestionario PISQ-IR es un cuestionario condición-específico lo que permite poder comparar función sexual dentro del mismo grupo, en nuestro caso, mujeres con disfunciones del suelo pélvico. En este sentido, con el PISQ-IR hemos podido detectar diferencias significativas entre las pacientes SA que referían sensación de prolapso y las que no y, asimismo, hemos podido detectar el impacto de disfunciones más específicas como la IUM en nuestra población a diferencia del FSFI que no ha detectado diferencias en este grupo de mujeres.

Las subescalas del PISQ-IR en las que se observaron diferencias estadísticamente significativas en las mujeres que referían prolapso fueron la subescala de excitación y orgasmo, la relacionada con la pareja, la de calidad global, la de impacto de la condición y la del deseo. En lo que respecta al FSFI, las dimensiones donde se detectaron diferencias fueron la de deseo, excitación, lubricación, satisfacción y orgasmo. De hecho, en la literatura, se ha descrito que un mayor POP tiene una mayor influencia en la imagen corporal genital y la salud sexual, lo que se refleja en las dimensiones del deseo y la satisfacción. El hecho de tener prolapso de órganos pélvicos está conectado con cómo la mujer se siente con su imagen corporal genital y cómo cree que son de atractivos para su pareja<sup>58</sup>. Las mujeres con prolapso tienen una imagen negativa de su vagina, lo que les provoca una inseguridad acerca de la experiencia sexual de su pareja. Las preocupaciones acerca de la presencia de prolapso durante la actividad sexual, la incomodidad del prolapso y la reducción de las sensaciones genitales son las razones principales para la reducción del deseo, excitación y dificultad para alcanzar el orgasmo en mujeres con prolapso. El impacto del prolapso en la imagen corporal fue inicialmente reconocido por Jelovsek y Barber<sup>52</sup> e investigaciones posteriores demostraron una correlación entre el empeoramiento de la imagen corporal y la disminución de la función sexual<sup>58</sup>. Las propias mujeres perciben los problemas de imagen corporal como uno de los factores más importantes que alteran su vida sexual<sup>147</sup>. El impacto negativo del prolapso genital en la sexualidad femenina está relacionado tanto con la percepción de la imagen corporal, como con los cambios anatómicos derivados de esta patología<sup>54</sup>. No obstante, la presencia de prolapso solo explica parcialmente una función sexual deteriorada en las mujeres con disfunciones del suelo pélvico<sup>75</sup>. Otros determinantes de la disfunción sexual incluyen entre otros, la edad, la dispareunia, la atrofia y los problemas relacionados con la pareja.

En cuanto a la **incontinencia urinaria**, en nuestra muestra de mujeres estudiada, las mujeres que referían IUM presentaban peores puntuaciones en el PISQ-IR que las mujeres que no presentaban IUM. Esto concuerda con los hallazgos de un estudio observacional en 883 mujeres sexualmente activas, en el que se observó que la incontinencia urinaria de urgencia se asociaba a una lubricación sexual disminuida y más dolor con las relaciones y que las mujeres que referían incontinencia urinaria mixta presentaban menos satisfacción sexual<sup>148</sup>. Asimismo, en nuestra muestra, se encontraron correlaciones moderadas en el sentido esperado entre el índice de gravedad de la incontinencia urinaria, a mayor gravedad, peores puntuaciones en las subescalas SA-CS, SA-CI en las mujeres SA y en las subescalas NSA-CS y NSA-CI en las mujeres NSA.

En nuestro estudio, al comparar en las pacientes NSA que presentaban **incontinencia anal** respecto a las que no, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En las SA tampoco se encontraron diferencias significativas. Los mismos resultados se observaron al comparar pacientes con incontinencia fecal y las que no en ambos grupos de mujeres, NSA y SA. En cambio, en un análisis secundario de la validación inglesa del PISQ-IR<sup>149</sup>, de 872 mujeres reclutadas encontraron 90 mujeres (10%) que refirieron incontinencia anal, mientras que la actividad sexual fue similar, entre las mujeres con incontinencia anal y las que no, las subescalas de FSFI deseo ( $p=0,016$ ), PISQ-IR CI ( $p=0,03$ ) y GQ ( $p=0,046$ ) fueron peor en las mujeres con incontinencia anal. Al realizar el estudio de regresión logística y controlar otros factores de confusión, solo encontraron que las pacientes con incontinencia anal puntuaban peor en la subescala CI. En otro estudio sobre la asociación entre la incontinencia fecal y la actividad y función sexual, se utilizó el PISQ-12<sup>95</sup> y se observó que, en el análisis multivariante, la incontinencia anal no se asociaba con la actividad sexual pero sí con peores puntuaciones en el cuestionario. EL PISQ-12 no obstante, no está validado en población con incontinencia anal, contrariamente al PISQ-IR.

Uno de los hallazgos que consideramos importante es la prevalencia de **dispareunia** en las mujeres SA de población estudiada. Por otro lado, en las mujeres NSA, una de cada cuatro refería estar de acuerdo en mayor o menor medida en que el dolor era una de las razones por no mantener actividad sexual. En la misma línea, en el estudio prospectivo de Anglès-Acedo S et 2019 donde se valoraba una cohorte de mujeres con POP sintomático igual o mayor de II grado sometidas a cirugía, en la población basal de NSA, un 25.3 % de mujeres NSA referían que el dolor en el coito era motivo de su inactividad sexual. La alta prevalencia de dispareunia en mujeres de nuestra muestra nos lleva a concluir que resulta indispensable abordar esta disfunción previamente a cualquier opción terapéutica posterior.

Es muy importante no infraestimar el impacto de las disfunciones del suelo pélvico en la función y actividad sexual puesto que mujeres con disfunción del suelo pélvico severa pueden decidir convertirse en mujeres no sexualmente activas<sup>66</sup>.



11. CONCLUSIONES

---

### **11.1. ADAPTACIÓN CULTURAL Y VALIDACIÓN AL CONTEXTO ESPAÑOL DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL PELVIC ORGAN PROLAPSE/INCONTINENCE SEXUAL QUESTIONNAIRE IUGA-REVISED (PISQ-IR)**

- En conclusión, existe una versión adecuadamente adaptada y validada del PISQ-IR, que cumple los criterios psicométricos de factibilidad, validez y fiabilidad para su uso en España, tanto en la práctica clínica como en la investigación.
- Este cuestionario específico para mujeres con disfunciones del suelo pélvico permite profundizar mejor en el impacto de estas disfunciones en la salud sexual de las mujeres que las padecen que un cuestionario genérico.

### **11.2. SALUD SEXUAL EN MUJERES CON DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO ATENDIDAS EN UNA UNIDAD DE REFERENCIA ESPECIALIZADA EN UROGINECOLOGÍA**

- A más de la mitad de las mujeres NSA no les molesta nada no tener actividad sexual. En las mujeres NSA, la falta de interés y el no tener pareja son los motivos principales para no tener actividad sexual.
- Solo un tercio de las mujeres NSA consideran que la DSP que padecen es una de las razones para no tener actividad sexual.
- El temor a la disfunción del suelo pélvico limita la actividad sexual en más de la mitad de las mujeres SA.
- El POP en las mujeres SA es la disfunción con mayor impacto en su salud sexual.
- La IU mixta afecta la salud sexual tanto en las mujeres NSA como en las SA medida con el PISQ-IR.
- Existe una alta prevalencia de dispareunia en las mujeres de nuestra muestra, por lo que consideramos recomendable preguntar sobre este síntoma de forma sistemática a todas las mujeres que consulten por DSP.



## 12. BIBLIOGRAFÍA

---

1. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva. 2006.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014. ISBN: 978-84-9835-810-0
3. Lawrence JM, Lukacz ES, Nager CW, Hsu JW, Lubner KM. Prevalence and co-occurrence of pelvic floor disorders in community-dwelling women. *Obstet Gynecol.* 2008;111(3):678-85.
4. Pauls RN, Segal JL, Silva WA, Kleeman SD, Karram MM. Sexual function in patients presenting to a urogynecology practice. *Int Urogynecol J.* 2006;17(6):576-80.
5. Roos AM, Thakar R, Sultan AH, Scheer I. Female sexual dysfunction: Are urogynecologists ready for it? *Int Urogynecol J.* 2009;20(1):89-101.
6. Thakar R. Review of current status of female sexual dysfunction evaluation in urogynecology. *Int Urogynecol J.* 2009;20 Suppl 1: S27-31.
7. Hatzichristou D, Kirana PS, Banner L, Althof SE, Lonnee-Hoffmann RAM, Dennerstein L, et al. Diagnosing Sexual Dysfunction in Men and Women: Sexual History Taking and the Role of Symptom Scales and Questionnaires. *J Sex Med.* 2016;13(8):1166-82.
8. Domoney C. Sexual function in women: what is normal?. *Int Urogynecol J.* 2009;20 Suppl 1: S9-17.
9. Kinsey A, Pomeroy W, Martin C, Gebhard P, Brown J, Christenson C et al. *Sexual Behavior in the Human Female.* Philadelphia: Saunders; 1953.
10. Kingsberg S, Althof SE. Evaluation and treatment of female sexual disorders. *Int Urogynecol J.* 2009;20 (suppl 1):S33-43.
11. Masters W, Johnson V. *Human sexual response.* Boston: Little Brown; 1966.
12. Kaplan H. *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy.* New York: Brunner/Mazel; 1979.
13. Basson R. The female sexual response: A different model. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(1):51-65.
14. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: Prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008;112(5):970-8.
15. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *J Am Med Assoc.* 1999;281(6):537-44.
16. 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(1):39-57.
17. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. *N Engl J Med.* 2007;357(8):762-74.
18. Castelo-Branco C, Blumel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Haya J et al. Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy. *J Obstet Gynaecol.* 2003;23(4):426-30.
19. Dennerstein L, Alexander JL, Kotz K. The menopause and functioning: a review of the population-based studies. *Annu Rev Sex Res* 2003, 14:64.
20. Reed SD, Newton KM, LaCroix AZ, Grothaus LC, Ehrlich K. Night sweats, sleep disturbance, and depression associated with diminished libido in late menopausal transition and early postmenopause: baseline data from the Herbal Alternatives for Menopause Trial (HALT). *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(6):593.e1-593.e7.
21. Lydiard RB, Howell EF, Laraia MT, Ballenger JC. Sexual side effects of alprazolam. Vol. 144, *American Journal of Psychiatry.* Am J Psychiatry; 1987. p. 254-5.
22. Drulovic J, Kisic-Tepavcevic D, Pekmezovic T. Epidemiology, diagnosis and management of sexual dysfunction in multiple sclerosis. *Acta Neurol Belg.* 2020;120(4):791-797.
23. Rees PM, Fowler CJ, Maas CP. Sexual function in men and women with neurological disorders. *Lancet;* 2007. 369: 512-25.
24. Aydin M, Cayonu N, Kadihasanoplu M, Irlkilata L, Atilla MK, Kendirci M. Comparison of Sexual Function in Pregnant and Non-Pregnant women. *Urol J.* 2015;12:2339.
25. Handa VL. Sexual function and Childbirth. *Semin Perinatol.* 2006;30:253.
26. Pluchino N, Werger JM, Petignat P, Tal R, Bolmont M, Taylor H, Bianchi-Demicheli F. Sexual function in endometriosis patients and their partners: effect of diseases and consequences of treatment. *Hum Reprod update* 2016; 22(6):762-774.
27. Millheiser LS, Helmer AE, Quintero RB, Westphal LM, Milki AA, Lathi RB. Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study. *Fertil Steril.* 2010;94(6):2022-5.
28. Ros C, España M. Impact of cervical cancer treatment on micturition and sexual function. *Actas Urol Esp.* 2013;37: 40-6.
29. Ekselius L, Von Knorring L. Effect on sexual function of long-term treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in depressed patients treated in primary care. *J Clin Psychopharmacol.* 2001;21(2):154-60.
30. Harte CB, Meston CM. The inhibitory effects of nicotine on physiological sexual arousal in nonsmoking women: Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled, cross-over trial. *J Sex Med.* 2008;5(5):1184-97.
31. Alcohol, drugs and sexual function: a review. Peugh J, Belenko S. *J Psychoactive Drugs.* 2001;33(3):223-32.
32. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about Sex: A National Survey of Women in Heterosexual Relationships. Vol. 32, *Archives of Sexual Behavior.* Arch Sex Behav; 2003. p. 193-208.

33. Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause*. 2006;13(1):46-56.
34. Dennerstein L, Lehert P, Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertil Steril*. 2005;84(1):174-80.
35. Lutfey KE, Link CL, Litman HJ, Rosen RC, McKinlay JB. An examination of the association of abuse (physical, sexual, or emotional) and female sexual dysfunction: results from the Boston Area Community Health Survey. *Fertil Steril*. 2008;90(4):957-64.
36. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization: Italy. 2013.
37. Weber AM, Walters MD, Schover LR, Mitchinson A. Sexual function in women with uterovaginal prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 1995;85(4):483-7.
38. Rogers GR. Sexual function in women with pelvic floor disorders. *Can Urol Assoc J* 2013;7(9-10):S199-201.
39. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA*. 2008;300(11):1311-6.
40. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Fairley CK. What is the true prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? *J Sex Med*. 2008; 5(4): 777-87.
41. Mestre M, Lleberia J, Pubill J, Espuña-Pons M. Questionnaires in the assessment of sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Act Urol Esp*. 2015; 39:175-82.
42. Roos AM, Thakar R, Sultan AH, Burger CW, Paulus AT. Pelvic floor dysfunction: women's sexual concerns unraveled. *J Sex Med*. 2014.; 11:743-52.
43. Edenfield AL, Levin PJ, Dieter AA, Amundsen CL, Siddiqui NY. Sexual Activity and Vaginal Topography in Women with Symptomatic Pelvic Floor Disorders. *J Sex Med*. 2015;12(2):416-23.
44. Rogers RG, Kammerer-Doak D, Darrow A, Murray K, Qualls C, Olsen A et al. Does sexual function change after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse? A multicenter prospective study. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195(5).
45. Kammerer-Doak D. Assessment of sexual function in women with pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2009; 20 (Suppl 1): S45-50.
46. Dunivan GC, Sussman AL, Jelovsek JE, Sung V, Andy UU, Ballard A et al. Gaining the patient perspective on pelvic floor disorders' surgical adverse events. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;220(2):185.e1-185.e10.
47. Athanasiou S, Grigoriadis T, Chalabalaki A, Protopapas A, Antsaklis A. Pelvic organ prolapse contributes to sexual dysfunction: A cross-sectional study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(6):704-9.

48. Novi JM, Jeronis S, Morgan MA, Arya LA. Sexual function in women with pelvic organ prolapse compared to women without pelvic organ prolapse. *J Urol*. 2005;173(5):1669-72.
49. Handa VL, Cundiff G, Chang HH, Helzlsouer KJ. Female sexual function and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol*. 2008;111(5):1045-52.
50. Rogers RG, Villarreal A, Kammerr-Doak D, Qualls C. Sexual function in women with and without urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2001;12:361-365.
51. Zielinski R, Miller J, Low LK, Sampsel C, Delancey JO. The relationship between pelvic organ prolapse, genital body image, and sexual health. *Neurourol Urodyn*. 2012;31(7):1145-8.
52. Jelovsek JE, Barber MD. Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(5):1455-61.
53. Lowenstein L, Gamble T, Deniseiko Sanses T V., Van Raalte H, Carberry C, Jakus S et al. Sexual function is related to body image perception in women with pelvic organ prolapse. *J Sex Med*. 2009;6(8):2286-91.
54. Lowder JL, Ghetti C, Nikolajski C, Oliphant SS, Zyczynski HM. Body image perceptions in women with pelvic organ prolapse: A qualitative study. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;204(5):441.e1-441.e5.
55. Kuhn A, Bapst D, Stadlmayr W, Vits K, Mueller MD. Sexual and organ function in patients with symptomatic prolapse: are pessaries helpful? *Fertil Steril*. 2009;91(5):1914-8.
56. Meriwether K V., Komesu YM, Craig E, Qualls C, Davis H, Rogers RG. Sexual Function and Pessary Management among Women Using a Pessary for Pelvic Floor Disorders. *J Sex Med*. 2015;12(12):2339-49.
57. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH, Oliver RS. Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2011;22(3):273-8.
58. Lowenstein L, Gamble T, Sanses TVD, Van Raalte H, Carberry C, Jakus S et al. Changes in sexual function after treatment for prolapse are related to the improvement in body image perception. *J Sex Med*. 2010;7:1023-8.
59. Starr JA, Drobnis EZ, Lenger S, Parrot J, Barrier B, Foster R. Outcomes of a comprehensive nonsurgical approach to pelvic floor rehabilitation for urinary symptoms, defecatory dysfunction, and pelvic pain. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2013;19(5):260-5.
60. Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011. 7;(12):CD003882.
61. Brækken IH, Majida M, Ellström Engh M, Bø K. Can Pelvic Floor Muscle Training Improve Sexual Function in Women with Pelvic Organ Prolapse? A Randomized Controlled Trial. *J Sex Med*. 2015;12(2):470-80.
62. Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2013.

63. Jha S, Gray T. A systematic review and meta-analysis of the impact of native tissue repair for pelvic organ prolapse on sexual function. *Int Urogynecol J*. 2015; 26:321-7.
64. Handa VL, Zyczynski HM, Brubaker L, Nygaard I, Janz NK, Richter HE et al. Sexual function before and after sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197(6):629.e1-629.e6.
65. Glavind K, Larsen T, Lindquist ASI. Sexual function in women before and after surgery for pelvic organ prolapse. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(1):80-5.
66. Anglès-Acedo S, Ros-Cerro C, Espuña-Pons M, Valero-Fernandez EM. Sexual activity and function of women with severe pelvic organ prolapse subjected to a classical vaginal surgery. A Multicentre study. *Actas Urol Esp*. 2019;43(7):389-95.
67. Thakar R, Chawla S, Scheer I, Barrett G, Sultana AH. Sexual function following pelvic floor surgery. *Int J Gynecol Obstet*. 2008;102(2):110-4.
68. Komesu YM, Rogers RG, Kammerer-Doak DN, Barber MD, Olsen AL. Posterior repair and sexual function. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197(1):101.e1-101.e6.
69. Ulrich D, Dwyer P, Rosamilia A, Lim Y, Lee J. The effect of vaginal pelvic organ prolapse surgery on sexual function. *Neurourol Urodyn*. 2015;34(4):316-21.
70. Lowder JL, Ghetti C, Moalli P, Zyczynski H, Cash TF. Body image in women before and after reconstructive surgery for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2010;21(8):919-25.
71. Rogers RG, Pauls RN, Thakar R, Morin M, Kuhn A, Petri E et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2018; 37:1220-1240.
72. Lukacz ES, Sridhar A, Chermansky CJ, Rahn DD, Harvie HS, Gantz MG et al. Sexual Activity and Dyspareunia 1 Year After Surgical Repair of Pelvic Organ Prolapse. *Obstet Gynecol*. 2020;136(3):492-500.
73. Antosh DD, Shunaha KF, Meriwether KV, Kanter G, Dieter AA, Mamik MM et al. Changes in Sexual Activity and Function After Pelvic Organ Prolapse Surgery: A Systematic Review. *Obst Gynecol*. 2020;136(5):922-931.
74. Rogers RG, Pauls RN, Thakar R, Morin M, Kuhn A, Petri E et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2018;37(4):1220-1240. DOI: 10.1002/nau.23508
75. Anglès-Acedo S, Ros-Cerro C, Escura-Sancho S, Palau-Pascual MJ, Bataller-Sánchez E, Espuña-Pons M et al. Sexual activity and function in women with advanced stages of pelvic organ prolapse, before and after laparoscopic or vaginal mesh surgery. *Int Urogynecol J*. 2021; 32 (5):1157-1168.
76. Antosh DD, Dieter AA, Balk EM, Kanter G, Shunaha KF, Meriwether KV et al. Sexual function after pelvic organ prolapse surgery: a systematic review comparing different approaches to pelvic floor repair. *Am J Obstet Gynecol*. 2021; 225(5):475.
77. Duralde E, Rowen T. Urinary incontinence and Associated Female Sexual dysfunction. *Sex Med Rev*. 2017; 5 (4); 470-485.
78. Robson L, Fernandes D, Parente I, Lira do Nascimento S, Veras A, Viana S et al. The impact of Urinary Incontinence on Sexual Function: a systematic Review. *Sex Med Rev*. 2020; 8 (3):393-402.
79. Zahariou A, Karamouti M, Tyligada E, Papaioannou P. Sexual function in women with overactive bladder. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2010; 16 (1): 31-36.
80. Coksuer H, Ercan CM, Haliloglu B, Yucel M, Cam C, Kabaca C et al. Does urinary incontinence subtype affect sexual function? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011;159:213.
81. Cameron AP, Smith AR, Lai HH, Bradley CS, Liu AB, Merion RM et al. Bowel function, sexual function, and symptoms of pelvic organ prolapse in women with and without urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2018;37(8):2586-96.
82. Espuña M, Puig M. Coital urinary incontinence: impact on quality of life as measured by the King's Health Questionnaire. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008; 19(5):621-5.
83. Zahariou AG, Karamouti MV, Papaioannou PD. Pelvic floor muscle training improves sexual function of women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2008;19(3):401-6.
84. Beji NK, Yalcin O, Erkan HA. The effect of pelvic floor training on sexual function of treated patients. *Int Urogynecol J*. 2003;14(4):234-8.
85. Handa VL, Whitcomb E, Weidner AC, Nygaard I, Brubaker L, Bradley CS et al. Sexual function before and after nonsurgical treatment of stress urinary incontinence. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2011;17(1):30-5.
86. Pace G, Silvestri V, Gualá L, Vicentini C. Body mass index, urinary incontinence, and female sexual dysfunction. *Menopause*. 2009;16(6):1188-92.
87. Huang AJ, Stewart AL, Hernandez AL, Shen H, Subak LL. Sexual Function Among Overweight and Obese Women With Urinary Incontinence in a Randomized Controlled Trial of an Intensive Behavioral Weight Loss Intervention. *J Urol*. 2009;181(5):2235-42.
88. Treacy PJ, Mazoyer C, Falagario U, Iannelli A. Sexual Activity After Bariatric Surgery: A Prospective Monocentric Study Using the PISQ-IR Questionnaire. *J Sex Med*. 2019;16(12):1930-7.
89. Balzarro M, Rubilotta E, Mancini V, Trabacchin N, Oppeduzzi L, Li Marzi V et al. Impact of Overactive Bladder-Wet Syndrome on Female Sexual Function: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sex Med Rev*. 2019; 7(4):565-574.
90. Glass Clark SM, Huang Q, Sima AP, Siff LN. Effect of Surgery for Stress Incontinence on Female Sexual Function. *Obstet Gynecol*. 2020;135(2):352-60.
91. Lai S, Diao T, Zhang W, Seery S, Zhang Z, Hu M et al. Sexual Function in Women With Stress Urinary Incontinence After Mid-Urethral Sling Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Randomized and Non-Randomized Studies. *J Sex Med*. 2020;17(10):1956-70.

92. Horosz E, Zwierzchowska A, Pomian A, Majkusiak W, Tomasik P, Barcz E. Impact of Midurethral Sling Implantation on Sexual Function in Women with Stress Urinary Incontinence. *J Clin Med*. 2020;9(5):1538.
93. Szell N, Komisaruk B, Goldstein SW, Qu X (Harvey), Shaw M, Goldstein I. A Meta-Analysis Detailing Overall Sexual Function and Orgasmic Function in Women Undergoing Midurethral Sling Surgery for Stress Incontinence. *Sex Med*. 2017; 5(2):e84-93.
94. Jang HC, Jeon JH, Kim DY. Changes in sexual function after the midurethral sling procedure for stress urinary incontinence: Long-term follow-up. *Int Neurourol J*. 2010;14(3):170-6.
95. Cichowski SB, Komesu YM, Dunivan GC, Rogers RG. The association between fecal incontinence and sexual activity and function in women attending a tertiary referral center. *Int Urogynecol J*. 2013;24(9):1489-94.
96. Pauls RN, Rogers RG, Parekh M, Pitkin J, Kammerer-Doak D, Sand P. Sexual function in women with anal incontinence using a new instrument: the PISQ-IR. *Int Urogynecol J*. 2015;26(5):657-63.
97. Trowbridge ER, Morgan D, Trowbridge MJ, Delancey JOL, Fenner DE. Sexual function, quality of life, and severity of anal incontinence after anal sphincteroplasty. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195(6):1753-7.
98. Pauls RN, Silva WA, Rooney CM, Siddighi S, Kleeman SD, Dryfhout V et al. Sexual function following anal sphincteroplasty for fecal incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197(6):618.e1-618.e6.
99. Castro D, Robinson D, Bosch R, Constantine E, Cotteril N, Espuña-Pons M et al. Patient-Reported Outcome Assessment. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. *Incontinence*. 6th Ed. ICUD ICS;2017. p 544-558.
100. Espuña Pons M. Sexual health in women with pelvic floor disorders: Measuring the sexual activity and function with questionnaires - A summary. *Int Urogynecol J*. 2009;20 (Suppl 1). S65-71.
101. Barber MD. Questionnaires for women with pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J*. 2007; 48(4):461-5.
102. Luján-Tangarife JA, Cardona-Arias JA. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. *Arch Med*. 2015;11(3):1.
103. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL et al. The Cosmin study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2010; 63(7):737-745.
104. Frías-Navarro, D (2021). Apuntes de consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida. Universidad de Valencia. España. Disponible en: <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>
105. Lukacz ES, Lawrence JM, Buckwalter JG, Burchette RJ, Nager CW, Lubner KM. Epidemiology of prolapse and incontinence questionnaire: validation of a new epidemiologic survey. *Int Urogynecol J*. 2005;16(4):272-84.

106. Pons ME, Crespo MF, Pascual Amorós MA, Alvarez PR, Soto MP. Spanish validation of the epidemiology of prolapse and incontinence questionnaire-EPIQ. *Actas Urol Esp*. 2009;33(6):646-53.
107. Barber MD, Walters MD, Bump RC. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7).. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(1):103-13.
108. Barber MD, Kuchibhatla MN, Pieper CF, Bump RC. Psychometric evaluation of 2 comprehensive condition-specific quality of life instruments for women with pelvic floor disorders. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;185(6):1388-95.
109. Sánchez-Sánchez B, Torres-Lacomba M, Yuste-Sánchez MJ, Navarro-Brazález B, Pacheco-Da-Costa S, Gutiérrez-Ortega C et al. Cultural adaptation and validation of the Pelvic Floor Distress Inventory Short Form (PFDI-20) and Pelvic Floor Impact Questionnaire Short Form (PFIQ-7) Spanish versions. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2013;170(1):281-5.
110. Sandvik H, Hunskar S, Seim A, Hermstad R, Vanvik A, Bratt H. Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *J Epidemiol Community Health*. 1993;47(6):497-9.
111. Sandvik H, Espuna M, Hunskar S. Validity of the incontinence severity index: Comparison with pad-weighing tests. *Int Urogynecol J*. 2006;17(5):520-4.
112. 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(2):191-205.
113. Wiegel 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):1-20.
114. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Blümel JE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69 (2): 118-125.
115. Vallejo-Medina P, Pérez-Durán C, Saavedra-Roa A. Translation, Adaptation, and Preliminary Validation of the Female Sexual Function Index into Spanish (Colombia). *Arch Sex Behav*. 2018;47(3):797-810.
116. Pérez-Herrezuelo I, Hita-Contreras F, Martínez-Amat A, Aibar-Almazan A, Cruz-Díaz D, Wagensteen R et al. The female sexual function index: reliability and validity in Spanish postmenopausal women. *Menopause* 2019; 26 (4): 401-408.
117. Sánchez-Sánchez B, Navarro-Brazález B, Arranz-Martín B, Sánchez-Méndez Ó, de la Rosa-Díaz I, Torres-Lacomba M. The Female Sexual Function Index: Transculturally Adaptation and Psychometric Validation in Spanish Women.. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(3):994.
118. Royo FC, Redondo CC, Toves LAR, Garcia-Tunon CM, Tejero CG et al. Female Sexual function in Castilla y Leon. Normal Ranges. *Gynecol Obstet (Sunnyvale)*. 2014; 4:240.

119. Rogers RG, Kammerer-Doak D, Villarreal A, Coates K, Qualls C. A new instrument to measure sexual function in women with urinary incontinence or pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(4):552-8.
120. Espuña Pons M, Puig Clota M, González Aguilón M, Zardain PC, Rebollo Álvarez P. Cuestionario para evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia. Validación de la versión española del «Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)». *Actas Urol Esp.* 2008;32(2):211-9
121. Rogers RG, Espuña Pons ME. The Pelvic Organ Prolapse Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J.* 2013;24:1063-4.
122. Rogers RG, Rockwood TH, Constantine ML, Thakar R, Kammerer-Doak DN, Pauls RN et al. A new measure of sexual function in women with pelvic floor disorders (PFD): The Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-Revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J.* 2013;24(7):1091-103.
123. El-Azab AS, Ghoniem GM, Leu SY, Nguyen D V. Arabic validation of the Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-Revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2015;26(8):1229-37.
124. Wang H, Lau HH, Hung MJ, Huang WC, Zheng YW, Su TH. Validation of a Mandarin Chinese version of the pelvic organ prolapse/urinary incontinence sexual questionnaire IUGA-revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J.* 2015;26(11):1695-700.
125. Trutnovsky G, Nagele E, Ulrich D, Aigmüller T, Dörfler D, Geiss I et al. German translation and validation of the Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire-IUGA revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J.* 2016;27(8):1235-44.
126. Farkas B, Tiringier I, Farkas N, Kenyeres B, Nemeth Z. Hungarian language validation of the Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-Revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J.* 2016;27(12):1831-6.
127. Al-Badr A, Al-Juraifani R, Al-Sheikh G, Al-Mandeel H, Al-Dakhyel L, Al-Shahrani N. Validation of the International Urogynecology Association's Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire in Arabic. *Int Urogynecol J.* 2017;28(3):437-45.
128. Mestre M, Lleberia J, Pubill J, Espuña-Pons M. Spanish version of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire IUGA-Revised (PISQ-IR): Transcultural validation. *Int Urogynecol J.* 2017;28(12):1865-73.
129. Grzybowska ME, Piaskowska-Cala J, Wydra DG. Polish translation and validation of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-Revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J.* 2019;30(1):55-64.
130. Van Dongen H, van der Vaart H, Kluivers KB, Elzevier H, Roovers JP, Milani AL. Dutch translation and validation of the pelvic organ prolapse/incontinence sexual questionnaire-IUGA revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J.* 2019;30(1):107-14

131. Fatton B, Hermieu JF, Lucot JP, Debodinance P, Cour F, Alonso S et al. French validation of the Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire-IUGA revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J.* 2021. doi: 10.1007/s00192-020-04625-6. Online ahead of print

132. Bunyavejchevin S, Ruanphoo P. Thai translation and validation of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-Revised (PISQ-IR) and Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). *Int Urogynecol J.* 2022. 2022 Apr 7. doi: 10.1007/s00192-022-05148-y. Online ahead of print.

133. Rušavý Z, Nešalová P, Rinnová E, Smažinka M, Havíř M, Kališ V. Czech linguistic validation of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire - IUGA revised. *Ceska Gynekologie.* 2017;8(2):129-138.

134. Jeong Min Song, In Hye Na, Eun-hee Yoo. Translation and Linguistic Validation of Korean Version of PISQ-IR (Pelvic Organ Prolapse / Urinary Incontinence Sexual Questionnaire - IUGA Revised). *Revista de la Sociedad Coreana de Obstetricia y Ginecología.* 2019;(105) 369-369

135. Tomoe H, Inoue M, Kimoto Y, Nagao K, Homma Y, Takahashi S, Kobayashi M, Ikeda S. Linguistic validation of Japanese version of Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-Revised (PISQ-IR). *Nihon Hinyokika Gakkai Zasshi.* 2014; 105(3):102-11.

136. Grzybowska ME, Futyma K, Wydra D. Identification of the Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire—IUGA Revised (PISQ-IR) Cutoff Scores for Impaired Sexual Function in Women with Pelvic Floor Disorders. *J Clin Med.* 2020; 9(1): 13.

137. Pett MA, Lackey NR, Sullivan JJ. Making sense of factor analysis: the use of factor analysis for instrument development in Health Care research. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc; 2003. 368.

138. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175(1):10-7.

139. Haylen BT, Dirk de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Ash Monga JL et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):4-20.

140. Meston CM, Freihart BK, Handy AB, Lilimnik CD, Rosen RC. Scoring and interpretation of the FSFI: what can be learned from 20 years of use? *J Sex Med.* 2020; 17 (1):17-25.

141. Rockwood TH, Constantine ML, Adegoke O, Rogers RG, McDermott E, Davila GW et al. The PISQ-IR: Considerations in scale scoring and development. *Int Urogynecol J.* 2013;24(7):1105-22.

142. Constantine ML, Pauls RN, Rogers RR, Rockwood TH. Validation of a single summary score for the Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire-IUGA revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J.* 2017;28(12):1901-7.

143. Kline P. Handbook of Test Construction: An Introduction to Psychometric Theory. New York: Methuen; 1986.

## BIBLIOGRAFÍA

---

144. Kline P. An Easy Guide to Factor Analysis. Newbury Park: Sage; 1994.
145. W. De Vet, HC, Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL. Measurement in Medicine. 10th Edition. 2018. Cambridge University Press; 2018.
146. Grzybowska ME, Wydra D. Responsiveness of two sexual function questionnaires: PISQ-IR and FSFI in women with pelvic floor disorders. *Neurourol Urodyn*. 2021; 40 (1):358-366.
147. Roos AM, Thakar R, Sultan AH, Burger CW, Paulus ATG. Pelvic floor dysfunction: women's sexual concerns unraveled. *J Sex Med*. 2014;11 (3)743-52.
148. Su CC, Sun -BY, Jiann BP. Association of urinary incontinence and sexual function on women. *In J Urol* 2015;22:109
149. Pauls RN, Rogers RG, Parekh M, Pitkin J, Kammerer-Doak D, Sand P. Sexual function in women with anal incontinence using a new instrument: the PISQ-IR. *Int Urogynecol J*. 2015; 26:657-663.



**ANEXO 1. DOCUMENTO DEL PROTOCOLO DE LA IUGA PARA REALIZAR  
LA VALIDACIÓN DEL PISQ-IR**

**International Urogynecological Association  
Translation Protocol for the PISQ-R**



**IUGA-Translation Working Group**

Ranee Thakar, M.D., Chair  
Melissa Constantine, Ph.D.  
Montse Espuna, M.D.  
Dorothy Kammer-Doak, M.D.  
Todd Rockwood, Ph.D.  
Rebecca Rogers, M.D

**For More Information**

Phone: +1.954.933.1728  
FAX: +1.954.933.4648  
Email: [elektra@iuga.org](mailto:elektra@iuga.org)  
[www.iuga.org](http://www.iuga.org)

**Introduction**

In 2008, IUGA convened a panel of experts from throughout the world to summarize the literature on the sexual health of women with pelvic floor disorders and evaluate sexual function measurement instruments currently in use internationally (See International Urogynecology Journal, supplement 2009). The panel noted that most instruments were developed in a mono-cultural environment in North America and were subsequently translated into other languages. The majority of pelvic floor disorders instruments were not originally conceived with multi-culturalism directing the process, limiting the scales generalizability when translated. In response to this, IUGA undertook the process of developing a new sexual function scale which would be based in a multi-cultural framework and provide a valid and reliable base instrument for translation and use in multiple languages and cultures.

The initial validation of the new instrument has been completed in the U.S. and U.K. and the IUGA PISQ-R is now ready for translation and validation in other languages. Consistent with the process that has directed the development of this instrument, IUGA has established a set of guidelines for translation of the instrument into other languages. The remainder of this document details the recommend process to translate and validate the instrument in other languages.

**Translation**

The past two decades have seen revolutionary changes in cross and multi-cultural research methods.<sup>1</sup> Historically, translation work focused on establishing ‘linguistic equivalence’. Linguistic equivalence does not always establish “cultural equivalence” and contemporary work has turned its’ focus towards establishing cultural equivalence. An example of this is the following: “Overall, how bothersome is it to you that you are not sexually active?” The critical problem in the translation of this question is not to identify a linguistic substitute for ‘bothersome’ but to convey the cultural meaning of ‘troubling to a person’ tempered with the idea that ‘sexually activity’ is just one aspect of life, which may or may not be important to the individual. Consistent with principles of the importance of cultural equivalence in translation, the following protocol outlines the step by step process that is recommended to translate the IUGA-PISR-R item pool. (See Figure 1 for an overall depiction of the translation process.)

Step One: Identify a translator(s)

Translators should have the following core qualifications:

- Reads/writes English and the target language
- Familiarity with U.S./U.K. sexual norms
- Familiarity with sexual norms of the target culture

In addition, it is recommended that the translator also have and understanding of:

- Medical Issues
  - Pelvic organ prolapse (POP)
  - Urinary (UI)
  - Fecal incontinence (FI)
- Survey methodology/instrument development

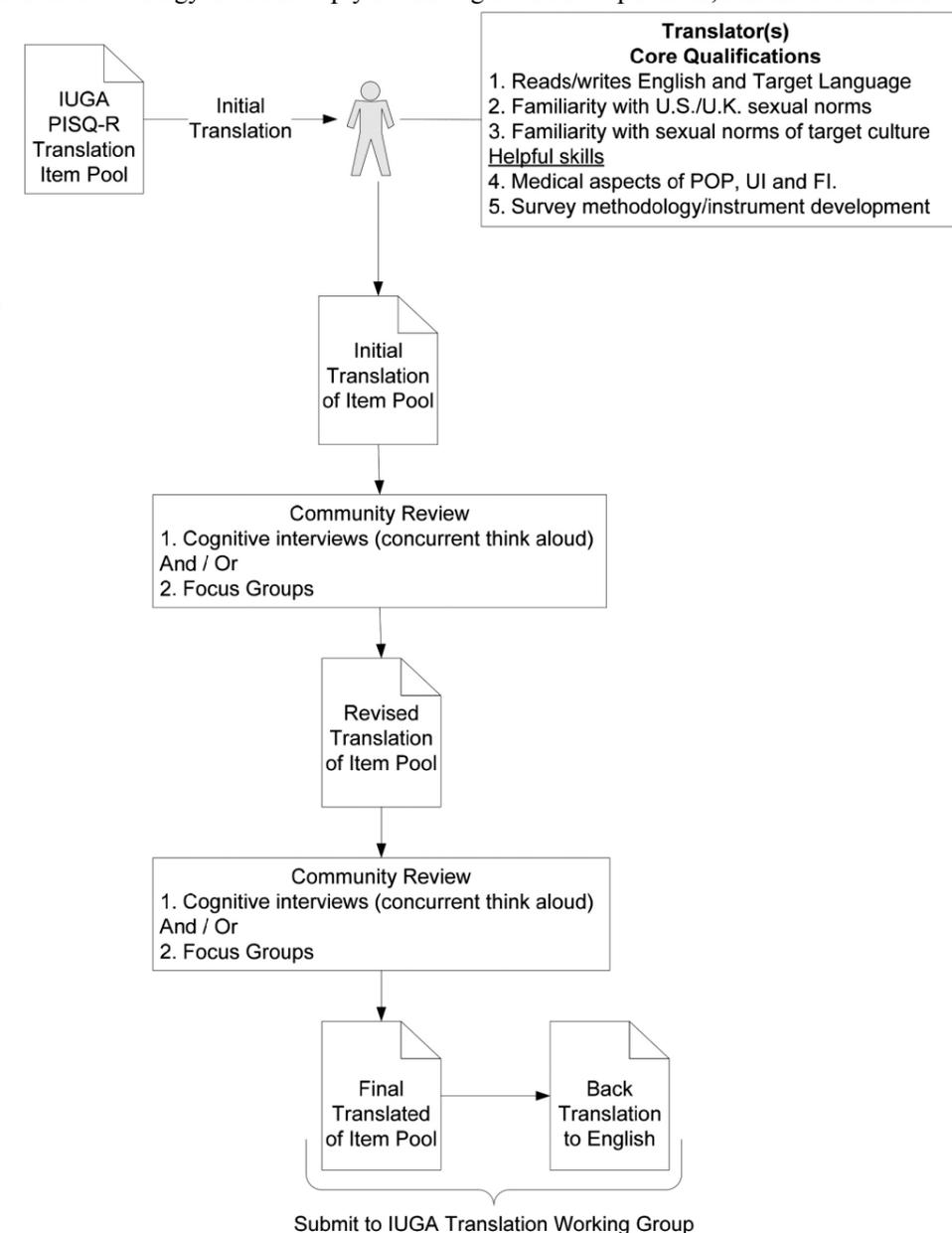
<sup>1</sup> Harkness, J. A., Vijver, F. J. R. v. d., and Mohler, P. P. (2003). "Cross-cultural survey methods." J. Wiley, Hoboken, N.J.  
 Harkness, J. A., Braun, M., Edwards, B., Johnson, T. P., Lyberg, L., Mohler, P. P., Pennell, B.-E., and Smith, T. W. (eds.) (2010). "Survey Methods in Multinational, Multiregional and Multicultural contexts." Wiley, Hoboken, NJ.  
 Vijver, F. J. R. v. d., and Leung, K. (1997). "Methods and data analysis for cross-cultural research / Fons van de Vijver, Kwok Leung." Sage Publications, Thousand Oaks.

Three basic guidelines are used in translating items:

1. The topic of the question should not be changed.
2. If the question is within a particular context that context should be retained
3. The number of response categories and the underlying ‘metric’ of the response categories should remain the same.

The goal in translation is to identify terminology which would convey a specific meaning; in some languages this might be achieved by a simple phrase and in others this may require more detailed elaboration. An example is provided by Q14a in the PISQ R for women who report sexual activity with the use of the term “sexually inferior”. The intent of this terminology is not to imply a meaning of lower importance, but rather a sense of falling short of some prescribed norm, in other words, their sexual status is deficient or substandard.

**Figure 1:  
Recommended  
Translation Process**



The item pool for translation is in Appendix A. For every item we have provided an annotation that identifies the intent of the item as well as additional information around words or terminology that might be particularly problematic in the translation process.

#### Step Two: Community Review

The community review process consists of conducting cognitive interviews with the items proposed for inclusion in the translation followed by any needed item rewording based on evaluation of the cognitive interviews. The purpose of the cognitive interview (CI) is to identify terminology that conveys the intent and meaning of the question, not to establish what the linguistic equivalence for a particular term. Briefly, a cognitive interview can be thought of as a ‘concurrent think aloud’ process; in this process the research subject reads a question and then relates what they think it means. The researcher should ask probing questions, such as “What did you think about when you read the term ‘sexually aroused?’” as necessary.

The cognitive interviews are to be conducted with women who have pelvic floor dysfunction (POP, UI or FI) and are **not** to be administered by the individual(s) who translated the instrument. Cognitive interviews should be conducted in one-on-one sessions. In general, it is recommended that 10 cognitive interviews (CIs) be conducted with the initial translation. One on one interviews are recommended, but the evaluation can be done using with small focus groups (2-4 participants) Table 1 on the next page provides a brief description of the CI process. This is followed by an example of the form used to capture information from the cognitive interviews conducted in the development of the PISQ-R (Table 2), demonstrating the iterative process of CIs. The form identified the initial wording for the item and the subsequent iterations of the item. In our example, the third item under iterative alternatives was the wording adopted for the PISQ-R). We recommend that a similar form be developed for the evaluating the translation.

The CI results are summarized and evaluated for consistency of the responses from the interviews on an item by item basis. The fundamental advantage of the CI is that the interviewer can explain the intent of the item and ask the individual whether the current wording conveys that or what wording would changes would convey that intent. Based on the initial round of CI a revised translation would be created to address any problems that have been identified. (This revision can involve the original translator or be done by the alternate translators.)

The revised translation is then subject to another round of CI with 10 additional subjects. These should **not** be individuals who participated in the first round. With each successive round of cognitive interviewing, it is anticipated that fewer issues will be identified. All items should be subject to two at least two rounds of CI and continue iteratively until no new issues are identified and concerns are addressed.

Once the final wording has been established for each question in the instrument, the questions should be translated back into English. This back translation should **not** be done by the original translator(s), but by another independent translator(s). IUGA asks that the final translation and the back-translation into English be submitted to the Translation Working Group for review

**Table 1: Cognitive Interviewing Basics**

The general purpose of a cognitive interview (CI) is to find out how respondents understand questions, what they are thinking when they try to answer questions and perform the response tasks.

CIs do not need to be conducted by a trained interviewer. Often they are conducted by a member of the research team. The person conducting the CI should be familiar with the objectives of the research and the specific questions asked in the questionnaire.

The basic CI process involves reading the question to the respondent, or having the respondent read the question, then using a strategy to find out what the respondent was thinking during the process. There are two basic strategies; think-aloud and verbal probing. Think-aloud typically requires a fair amount of interviewer training, is often conducted by cognitive psychologists and respondents vary in their ability to perform the think-aloud task. Verbal probing is the recommended CI technique for this study.

Have the respondent go through the process of answering the question. Observe, observe, observe the respondent! Once they have answered the question they should be asked the following:

1. Paraphrase their understanding of the question
2. Define terms used in the question
3. Ask about any uncertainties or confusions they had about what the appropriate answer was
4. How confident they are they gave an accurate answer
5. What process they used to arrive at an answer
6. How easy or hard was it to answer the question easy or hard to answer

If there are any concerns specific to a question prior to the CI, include questions about those concerns. For example, this might be concerns regarding specific word interpretation.

Stay open and receptive to respondent's understanding of the question, use non-leading probes and unbiased phrasing.

If you observe any hesitance or confusion while the respondent is answering the questions, ask about that.

Verbal probing can occur concurrently or retrospectively and there are pros and cons to each method. Given the survey mode for this validation questionnaire is a self-administration, retrospective probing will allow you to identify any issues associated with mode. Therefore, allow the respondent to answer all the questions in the matrix before you begin the verbal probing although the probing should address one question at a time. The following table provides examples of probing questions.

**Table 2: Example of Cognitive Interviewing Form**

Original Question	Questions to Ask/Comments from Interviews done at UMN
<p>How satisfied are you with the variety of sexual activities in your current sex life?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Always                      2 <input type="checkbox"/> Usually                      3 <input type="checkbox"/> Sometimes                      4 <input type="checkbox"/> Seldom                      5 <input type="checkbox"/> Never</p> <p>ITERATIVE ALTERNATIVES:</p> <p>1 How often are you satisfied with the variety of sexual activities in your sex life?                      2 How often are you satisfied with the variety of sexual activities in your sex life?                      3 How satisfied are you with the variety of sexual activities in your current sex life?</p> <p>5. Alternatives:                      _____                      _____                      _____</p> <p>6. Other Comments                      _____                      _____</p>	<p>1. What does the question mean to you?                      _____                      _____</p> <p><i>Respondents point out difficulty of thinking about the 'frequency' of satisfaction - indicated a preference for directly asking about 'satisfaction.'</i></p> <p>2. What kind of things did you think about when answering the question?                      _____                      _____</p> <p><i>Intercourse most frequently cited - seems that 'variety of sexual activities' is not prompting full range: could put either with a partner or by yourself in parents after '... sexual activities'</i></p> <p>3. Did the phrase current sex life - have an impact in what you considered?                      _____                      _____</p> <p><i>Indicate that 'current' really didn't cause them to focus on 'recent' most used an 'average of past few months regardless of the presence of current'</i></p> <p>4. Do the response choices make sense?                      _____                      _____</p> <p><i>Indicate that a satisfaction metric would be better. (Very satisfied-Very Dissatisfied)</i></p>

**Data Collection for Validation of Translation**

Following IUGA approval, the translated instrument must be evaluated. This requires that data in the form of completed survey instruments be collected from at least 220 women presenting with complaints of urinary incontinence and/or anal incontinence and/or POP (See Figure 2 below for overall process). It is recommended that inclusion criteria for patients recruited and enrolled for survey completion mirror the criteria used in the parent study conducted in the UK/US.

Inclusion criteria

- Age over 18 years
- Not pregnant
- Able to read/write and understand the target language
- Have POP, UI or FI (or any combination of the three)

Exclusion criteria

Patients should be excluded from the study if they have a diagnosis, as determined by the consenting physician of any of the following:

- Vulvadynia
- Painful bladder syndrome
- Chronic pelvic pain (defined as pelvic pain for greater than 6 months)

Women who are and who are not sexually active need to be recruited. Based on a total enrollment of 220, this should include approximately 120 women who are sexually active and 100 who are not sexually active. (The number of women recruited into the study is based on the common rule of thumb in psychometric work that for every variable included in an analysis there are 10 subjects<sup>2</sup>)

Other Self-Reported Measures (Appendix B)

In addition to the translated PISQ-R items, it is also recommended that the survey include scales that can be used for the criterion validity analysis. It is recommended that the same scales as used in the initial study be used if they are available in the target language. Appendix B contains all of these additional scales used in the initial validation of the instrument. Briefly, the following instruments were used:

- The Incontinence Severity Index (ISI, Q1 and Q2 in Appendix B)
- The short form of the Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI -20, Q5a-Q5t in Appendix B)
- A single prolapse question from the Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire (EPIQ, Q4 in Appendix B).
- Female Sexual Function Index (FSFI, Q6-Q23 in Appendix B)
- Perceived Change (Q24 in Appendix B)

<sup>2</sup> Pett, M. A., N. R. Lackey, et al. (2003). Making sense of factor analysis : the use of factor analysis for instrument development in health care research. Thousand Oaks, Calif., Sage Pub.

Clinical/Physical Exam Data (Appendix C)

Clinical and physical exam data was captured in the parent validation study. It is recommended that this data also be collected for use in the evaluation of the translation. Appendix B contains the clinical form used to collect these data in the U.S. and U.K. The following clinical or physical characteristics were collected:

- Weight
- Height
- Gravity (number of pregnancies)
- Parity (number of births greater than 24 weeks gestation)
- Deliveries (vaginal/cesarean)
- Menopausal status (for postmenopausal with and without hormone replacement therapy),
- Prior pelvic surgery(ies)
- Pelvic Floor
  - POP-Q
  - Oxford gradient scale
  - ICS recommendations for assessment of pelvic floor muscle tone
  - Clinical Diagnosis of POP and/or UI and/or FI
- Prior non-surgical treatment
- Current treatments (anticholinergics, pelvic floor exercises, biofeedback, formal physical therapy, pessary)
- Medical history
  - Diabetes
  - Neurological disease (defined as a history of Parkinson's disease, multiple sclerosis, spinal lesions, stroke or dementia)
  - Depression (with or without SSRI use) will be collected.

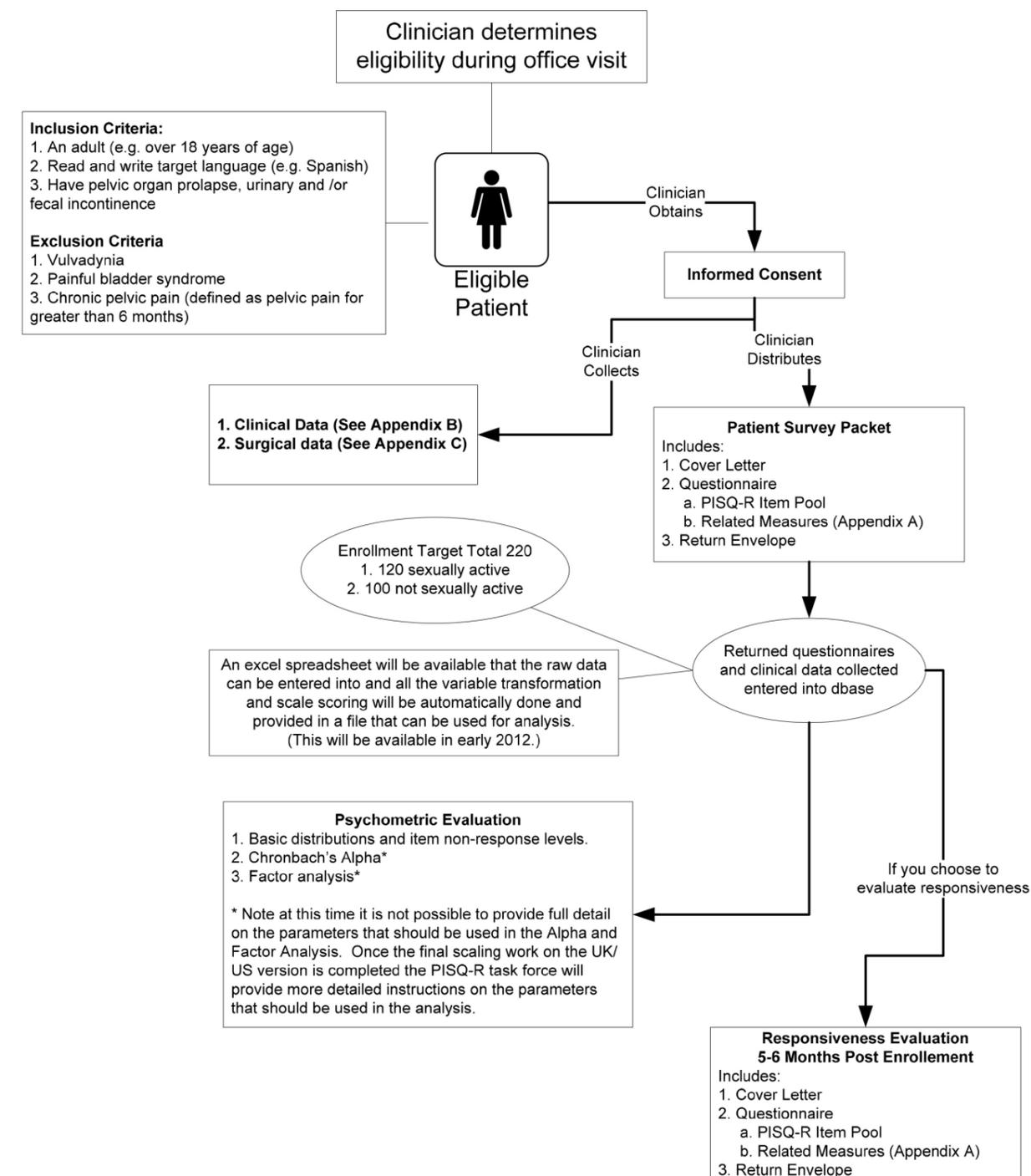
Collection of the above data mirrors the data used to conduct the psychometric analysis to establish the content (items) of the PISQ-R. It would provide all the data necessary to evaluate the basic psychometric properties of the translated items and determine if the translations measurement properties mirror that of the PISQ-R.

If the investigator has the resources, we suggest a translation validation study design that includes a follow-up survey 5-6 months post enrollment, following treatment, to evaluate the responsiveness of the scale. If this is done we recommend that Q25 in Appendix B be added to the long-term follow up survey. While this is encouraged, we believe that the responsiveness of the instrument as established in the U.S./U.K. study should hold across cultures and languages.

Surgical Data (Appendix D)

If a long term follow-up is done, then we would also encourage the investigator to capture surgical treatment data. Appendix D is the form used for this study to capture surgical data. It is recognized that surgical techniques and products are constantly evolving. Therefore, the form is provided as a guideline and should be updated appropriately if it is used.

**Figure 2: Enrollment and Data Collection Processes**



### Data and Analysis

An excel spreadsheet is being developed into which the raw data can be entered or imported. This spreadsheet will automatically transform all variables and calculate scale scores. These transformations and scale variables will then be provided in a worksheet that can be exported for data analysis in a statistical analysis program (SAS, SPSS, STATA, etc., whatever software is used for the analysis.)

Both the reliability as well as validity of the instrument will be evaluated using traditional psychometric methods (33). Face/ content validity is established with the translation-back-translation and cognitive reviews. Criterion validity will be performed by comparing the responses to the PISQ-R to other validated measures of urinary and anal incontinence, pelvic organ prolapse and sexual function (Appendix A and B data). These measures can be in the form of validated questionnaires and/or physical exam findings.

The first step in the data analysis will be to evaluate item distribution and item non-response levels. The second step will be to evaluate internal reliability of the scale(s): Cronbach's Alpha<sup>3</sup> should be generated for each of the sub-scales identified. If the Alpha is above .60 then it is considered that the scale demonstrates acceptable internal reliability. If the Alpha is below .50 the investigator is encouraged to contact Todd Rockwood [rockw001@umn.edu](mailto:rockw001@umn.edu)... The final step in the analysis will be a factor analysis. There are two steps to this analysis. The first step should evaluate each of the sub-scales individually; each sub-scale should have a single factor solution. Either principal factor analysis or principle components analysis can be used.<sup>4</sup> The second analysis should be an analysis in which all of the items in the scale are entered into the analysis. It is not possible to specify what the results of this analysis will look like until the initial publication of the instrument. Once the article is published we will provide the information about what the results of this analysis should look like.

The above are general guidelines until the initial instrument is published. Once the instrument is published we will provide more detail regarding the specifics expected values for the psychometric analysis.

<sup>3</sup> Cronbach, L. J. (1951). "Coefficient alpha and the internal structure of tests." *Psychometrika* 16: 197-334.

<sup>4</sup> Nunnally, J. C. and I. H. Bernstein (1994). *Psychometric theory*. New York, McGraw-Hill.

## International Urogynecological Association PISQ-R: Sexual Function for Women with: POP, Urinary Incontinence and/or Fecal Incontinence



### Appendix A: PISQ-R Item Pool for Translation

**CORE BRANCHING ITEM**  
 • 1 TOTAL ITEM (Q1)

Q1 Which of the following best describes you:

Not sexually active at all 1  → Go to item Q2 - Not Active Section

Sexually active with or without a partner 2  → Go to item Q7 - Sexually Active Section

**Q1-Intent**

The purpose of this item is to branch the respondent into the appropriate set of items. No definition of what it means to be sexually active is to be provided. This is a self-defined state by the respondent it is not intended to determine if they meet a 'criteria' which is considered to be sexually active. It is a purely subjective assessment of whether or not they consider themselves to be sexually active.

**NOT SEXUALLY ACTIVE**  
 • 12 TOTAL ITEMS (Q2 to Q6)

Q2 The following are list of reasons why you might not be sexual activity, for each one please indicate how strongly your agree or disagree with it as a reason that you are not sexual active.

	STRONGLY AGREE	SOMEWHAT AGREE	SOMEWHAT DISAGREE	STRONGLY DISAGREE
a No partner	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
b No Interest	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
c Due to bladder or bowel problems (urinary or fecal incontinence) or due to prolapse (a feeling of or a bulge in the vaginal area)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
d Because of my other health problems	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
e Pain	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

**Q2-Intent**

The original question provided 8 different reasons. The design of these items was to represent a range of potential causal areas. The five items above provided the best understanding of why the person did not engage in sexual activity.

Q2a The term partner was used because: 1) it is gender neutral and 2) did not imply a marriage / marriage like relationship. It recognized that the term does imply some type of sustained relationship.

Q2b Cognitive interviewing for the original item demonstrated that this item was interpreted as a general indicator that encompassed desire, motivation, etc.

Q2c This item is to assess the direct impact of the conditions of interest (POP, UI, FI) on not being sexually active.

Q2d This item is to allow for the inclusion of health related issues other than POP, UI and/or FI as a reason for not being sexually active.

Q2e This item was found to be vital for rounding out the assessment of physical factors that contributed to no sexual activity.

**Item Notes:**

The ordering of Q2c, Q2d and Q2e should be retained, pre-testing indicated that there was a potential for a part-whole ordering effect and putting Q2c before Q2d and Q2e was the best solution.

**Response Categories:**

Bi-Polar Likert response categories, the middle category 'neutral - neither agree nor disagree' is not to be included.

Q3 How much does the **fear** of leaking urine and/or stool and/or a bulging in the vagina (either the bladder, rectum or uterus falling out) cause you to avoid or restrict your sexual activity?

- 1  Not at All
- 2  A Little
- 3  Some
- 4  A Lot

**Q-Intent**

There is subtle difference for this item from Q2c, the intent of this item is to assess the specific aspect of fear associated with POP, UI, FI relative to avoiding sexual activity.

**Response Categories:**

Vague quantifiers are used to represent a continuum of amount, range should run from absence (Not at all) to three levels of increasing amount. This item is not to be translated as a frequency item (e.g. How often...).

Q4 For each of the following, please circle the number between 1 and 5 that best represents how you feel about your sex life.

		RATING					
a.	Satisfied	1	2	3	4	5	Dissatisfied
b.	Adequate	1	2	3	4	5	Inadequate

**Q4-Intent**

The purpose of this item is to provide a bi-polar rating of how the person feels about their sex life.

Q4a General Satisfaction (Note same as Q19a for Active.)

Q4b The terminology of Adequacy - Inadequacy was selected over the rating terminology excellent - terrible. This wording was selected because it was interpreted by respondents as a less extreme item (e.g., good enough, all I can expect given the situation); whereas excellent - terrible demonstrated an extreme reaction in the cognitive interviews. (Note same as Q19b for Active.)

**Response Categories:**

This question is a semantic differential scale. The measurement properties of the semantic differential is a bi-polar scale in which only the anchors of the scale are labeled. The individual data points 1-5 are not be labeled.

Q5 How strongly do you agree or disagree with each of the following statements:

	STRONGLY AGREE	SOMEWHAT AGREE	SOMEWHAT DISAGREE	STRONGLY DISAGREE
a. I feel frustrated by my sex life	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
b. I feel sexually inferior because of my incontinence and/or prolapse	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
c. I feel angry because of the impact that incontinence and/or prolapse has on my sex life	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

**Q5-Intent**

The purpose of these three items is to assess negative reactions to the persons sex life.

Q5a The term frustration is intended to convey a meaning of disappointment and angst associated sex life. (Note same as Q20a for Active.)

Q5b This item is to assess the extent to which the target conditions (prolapse/incontinence) make the person feel that they do not measure up to some standard; they are sexually inferior. In cognitive testing we found that most respondents interpreted this as a personal standard that they failed to meet, some interpreted it as a failure to meet some normative ideal and a few interpreted relative to partner expectations. We found that this diversity of interpretation did not result in differences in response. (Note same as Q20b for Active.)

Q5c This item is intended to capture a more extreme reaction than Q5a and is targeted specifically at the impact of UI/FI/POP. The term angry is intended to represent an extreme emotional response to the impact of UI/FI/POP on sex life. (Note same as Q20d for Active.)

**Item Notes:**

Item Q5a must come before Q5b and Q5c due to the potential for carryover effects associated with asking condition specific measures ahead of a general evaluation.

**Response Categories:**

Bi-Polar Likert response categories, the middle category ‘neutral - neither agree nor disagree’ is not to be included.

Q6 Overall, how bothersome is it to you that you are not sexually active?

- 1  Not at All
- 2  A Little
- 3  Some
- 4  A Lot

### Q6-Intent

This question is intended to be a global assessment of the impact of sexual inactivity on the individual. The critical issue in the translation is the term 'bothersome.' Wording needs to be selected that implies a consideration of 'sexually activity' as just one aspect of life, which may or may not be important to the individual. "Given everything else in your life, how troubling is it to you that you are not sexual active."

#### Response Categories:

Vague quantifiers are used to represent a continuum of amount, range should run from absence (Not at all) to three levels of increasing amount.

## End of Items for Not Sexually Active

### Sexually Active Section

#### • 21 Total Items (Q7 to Q20)

Q7 How often do you feel sexually aroused (physically excited or turned on) during sexual activity

- 1  Never
- 2  Rarely
- 3  Sometimes
- 4  Usually
- 5  Always

### Q7-Intent

The purpose of the question is to determine the frequency of sensations, thoughts associated with sexual arousal, specifically when the person is engaged in sexual activity. The parenthetical examples are intended to call attention to both physical as well as more cognitive/emotional (turned on) aspects of arousal.

#### Response Categories:

Vague quantifiers are used to represent a continuum of frequency.

Q8 When you are involved in sexual activity, how often do you feel each of the following:

	NEVER	RARELY	SOMETIMES	USUALLY	ALMOST ALWAYS
a. Fulfilled	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
c. Shame	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
d. Fear	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>

**Q8-Intent**

The question is intended to address the frequency of particular emotional states manifesting themselves during sexual activity.

Q8a The meaning of fulfilled is focused on the gestalt of sexual experience. It should not be treated as ‘satisfaction.’ Fulfilled implies an assessment of wants, desires and needs being not just ‘met’ but that live up to the individual's expectations.

Q8b Shame is a conscious recognition of doing something wrong or foolish, but it differs from embarrassment in the intensity of personal pain conveyed by each term. Shame is more intense than embarrassment. Shame is generally associated with volitional behavior: accidents do not normally generate shame, but within the context of UI/FI shame is a state associated with accidents (loss of urine or stool). This item is particularly sensitive to individuals with FI.

Q8c The intent of the fear item is to assess the dimension of worrying about the possibility of an accident (loss of urine/stool) or prolapse impacting sexual activity. For who are active with a partner, a potential negative reaction by the partner to leakage or to the prolapse is implied.

**Item Notes:**

Q8a should come before Q8b and Q8c

**Response Categories:**

Vague quantifiers are used to represent a continuum of frequency.

Q9 How often do you leak urine and/or stool with any type of sexual activity?

- 1  Never
- 2  Rarely
- 3  Sometimes
- 4  Usually
- 5  Always

**Q9-Intent**

The purpose of the question is to assess the frequency of loss of urine or stool with sexual activity. Within the question there is a visual emphasis on ‘any type.’ The initial evaluation of the item in cognitive interviews demonstrated that most respondents interpreted this to be partner specific although the intent of the item is be inclusive of any type of sexual activity, therefore, the term “any type” was included.

**Response Categories:**

Vague quantifiers are used to represent a continuum of frequency.

Q10 Compared to orgasms you have had in the past, how intense are your orgasms now?

- 1  Much less intense
- 2  Less intense
- 3  Same intensity
- 4  More intense
- 5  Much more intense

**Q10-Intent**

We evaluated four different items associated with orgasms and this item demonstrated that it was the most responsive.

**Response Categories:**

Vague quantifiers are used to represent a continuum of frequency.

Q11 How often do you feel pain during sexual intercourse? (If you don't have intercourse check this box  and skip to the next item.)

- 1  Never
- 2  Rarely
- 3  Sometimes
- 4  Usually
- 5  Always

**Q11-Intent**

The question is intended to assess pain with intercourse. Pilot testing demonstrated that some respondents who did not have intercourse answered the question. In order to reduce this the occurrence of this the parenthetical text is included.

**Response Categories:**

Vague quantifiers are used to represent a continuum of frequency.

**Scoring:**

If the respondent checks the box (don't have intercourse...) the item is not scored, they are given a missing value.

Q12 Do you have a sexual partner?

- 1  Yes → Go to Q13
- 2  No → Skip to Q15

Q13 How often does your partner have a problem (lack of arousal, desire, erection ,etc.) that limits your sexual activity?

- 1  All of the time
- 2  Most of the time
- 3  Some of the time
- 4  Hardly ever/Rarely

**Q13-Intent**

The wording in this question is not gender specific, partner is used to denote male or female partners. The first two examples in parenthetical addition are gender neutral, the third is a male specific example and should be listed last. The term limits denotes a wide range of impact the interpretation ranged from 'prohibits' (e.g. 'sexual activity' rarely occurs) to issues associated with fulfillment. The terminology is intended to be vague and open to a wide range of interpretation.

**Response Categories:**

Vague quantifiers are used to represent a continuum of frequency.

Q14 In general, would you say that your partner has a positive or negative impact on each of the following:

	VERY POSITIVE	SOMEWHAT POSITIVE	SOMEWHAT NEGATIVE	VERY NEGATIVE
a. Your sexual desire	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
b. The frequency of your sexual activity	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

**Q14-Intent**

As with the previous question 'partner' is used as a gender neutral term.

Q14a The key issue here is 'desire' as opposed to want or need.

Q14b Frequency is used a vague references to 'how often' There should be no specification of actual time frame e.g. once a week, month, etc., in the question. Frequency is intentionally not defined, it is up to the respondent to self-define the term in response formation.

**Response Categories:**

Bi-Polar Likert response categories, the middle category 'neutral - neither positive nor negative' is not to be included.

Q15 When you are involved in sexual activity, how often do you feel that you want more?

- 1  Never
- 2  Rarely
- 3  Sometimes
- 4  Usually
- 5  Always

**Q15-Intent**

The key issue in this item is the term want, which is not the same as 'need' or 'desire' but represents a state between them. It implies that some desires and needs are fulfilled, but activity falls short of satiating them.

**Response Categories:**

Vague quantifiers are used to represent a continuum of frequency.

Q16 How frequently do you have sexual desire, this may include wanting to have sex, having sexual thoughts or fantasies, etc.?

- 1  Daily
- 2  Weekly
- 3  Monthly
- 4  Less often than once a Month
- 5  Never

**Q16-Intent**

The two examples used in the question are intended to prompt the respondent to include the range from physical (desire a sexual encounter) to cognitive (thoughts/fantasies). The translated item needs to include similar prompts.

**Response Categories:**

Time specific response categories.

NOTE: A similar item was evaluate that used vague quantifiers (never-always) it was found that this item, with specific time frames performed much better.

Q17 How would you rate your level (degree) of sexual desire or interest?

- 1  Very high
- 2  High
- 3  Moderate
- 4  Low
- 5  Very low or none at all

**Q17-Intent**

During the pilot testing of this question there were found to be two key issues:

- 1 The term ‘level’ worked for most respondents although some respondents had difficulty with it but the term ‘degree’ worked for them. Therefore, it was included as a parenthetical. The purpose of the terminology is to prompt the respondent to ‘rate the intensity.’
- 2 The term desire in this particular question was narrowly interpreted by those who are not sexually active; they indicated that they would characterize themselves as having an ‘interest’ in sex, but not desire. Therefore, interest was added to the item.

**Response Categories:**

Uni-polar categorical rating (This might appear to be a Likert type response scale but it is not and should not be translated as it is.)

Q18 How much does the fear of leaking urine, stool and/or a bulging in the vagina(prolapse) cause you to avoid sexual activity?

- 1  Not at All
- 2  A Little
- 3  Some
- 4  A Lot

**Q18-Intent**

The purpose of this item is to specifically assess ‘fear’ that the potential of leaking (urine or stool) or the impact of POP has on the respondents avoidance of sexual activity. The key issue is that the question is focused on the ‘fear of the potential’ as opposed to it actually happening. Attention should also be paid to the translation of ‘avoid,’ this term does not imply abstinence.

**Item Note**

This item was evaluated as three separate items (one item for UI, one item for FI and one item for POP). The three item alternative could be used, but the question needs to include an explicit not apply response option if three questions are used instead of one. It was found that the measurement properties allowed the pooling of all three issues into a single item. Respondents answered the item based upon what their primary issue is (e.g. a person with POP responded based on the ‘POP’ aspect of the question, a person with FI, etc. for respondents with multiple problems (e.g. POP+UI) response to the item was based upon the condition which was of greatest concern to them.) A single item approach significantly reduces the complexity of scoring as well as allows for a shorter questionnaire.

**Response Categories:**

Vague quantifiers are used to represent a continuum of amount.

Q19 For each of the following, please circle the number between 1 and 5 that best represents how you feel about your sex life.

		RATING					
a	Satisfied	1	2	3	4	5	Dissatisfied
b	Adequate	1	2	3	4	5	Inadequate
c	Confident	1	2	3	4	5	Not Confident

**Q19-Intent**

The purpose of this item is to provide a general rating of how the person feels about their sex life.

Q19a General Satisfaction (Note same as item Q4a for Not Active.)

Q19b The terminology of Adequacy - Inadequacy was selected over the rating terminology excellent - terrible. This wording was selected because it was interpreted by respondents as a less extreme item (e.g., good enough, all I can expect given the situation); whereas excellent - terrible demonstrated an extreme reaction in the cognitive interviews. (Note same as item Q4b for Not Active.)

Q19c This rating speaks to self-assurance and feelings of security.

**Response Categories:**

This question is a semantic differential scale. The measurement properties of the semantic differential is a bi-polar scale in which only the anchors of the scale are labeled. The individual data points 1-5 are not be labeled.

Q20 How strongly do you agree or disagree with each of the following statements:

	STRONGLY AGREE	SOMEWHAT AGREE	SOMEWHAT DISAGREE	STRONGLY DISAGREE
a. I feel frustrated by my sex life	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
b. I feel sexually inferior because of my incontinence and/or prolapse	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
c. I feel embarrassed about my sex life	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
d. I feel angry because of the impact that incontinence and/or prolapse has on my sex life	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

**Q20-Intent**

The purpose of these four items is to assess negative /reactions to the persons sex life.

Q20a The term frustration is intended to convey a meaning of disappointment and angst associated sex life. (Note same as item Q5a for Not Active.)

Q20b This item is to assess the extent to which the target conditions (prolapse/incontinence) make the person feel that they do not measure up to some standard; they are sexually inferior. In cognitive testing we found that most respondents interpreted this as a personal standard that they failed to meet, some interpreted it as a failure to meet some normative ideal and a few interpreted relative to partner expectations. We found that this diversity of interpretation did not result in differences in response. (Note same as item Q5b for Not Active.)

Q20c The term embarrassed is used to denote a ‘self-conscious’ feeling of falling short of some standard (real or imagined).

Q20d This item is intended to capture a more extreme reaction than Q20a and is targeted specifically at the impact of UI/FI/POP. The term angry is intended to represent an extreme emotional response to the impact of UI/FI/POP on sex life. (Note same as item Q5c for Not Active.)

**Item Notes:**

Item Q20a must come before Q20b, Q20c and Q20d due to the potential for carryover effects associated with asking condition specific measures ahead of a general evaluation.

**Response Categories:**

Bi-Polar Likert response categories, the middle category ‘neutral - neither agree nor disagree’ is not to be included.

**International Urogynecological Association  
PISQ-R: Sexual Function for Women with:  
POP, Urinary Incontinence and/or Fecal Incontinence**



**Appendix B: Other Self-Reported Measures Used in US/UK**

**Incontinence Severity Index  
• 2 Total Items (Q1 to Q2)**

- Q1 How often do you experience urine leakage?
- 1  Never
  - 2  Less than once a month
  - 3  One to several times a month
  - 4  One to several times a week
  - 5  Every day and/or night
- Q2 How much urine do you lose each time?
- 0  None
  - 1  Drops or Little
  - 2  More

**Prolapse question from the Epidemiology of Prolapse and Incontinence  
Questionnaire  
• 2 Total Items (Q3 to Q4)**

Some women will experience loss of support that can cause heaviness, pressure or a bulge around their vagina. This is called "pelvic prolapse." You may have heard it called "cystocele," "rectocele," or "dropped bladder". Please answer each of the following questions about pelvic prolapse to the best of your ability. We realize that you may have good days and bad days. Please answer these questions based on a typical day.

- Q3 Do you have a sensation that there is a bulge in your vagina or that something is falling out from your vagina?
- 1  No → Skip To Next Section
  - 2  Yes → Answer Q2
- Q4 If your answer is YES, Please rate how much you are bothered by this sensation or bulge, with a 1 being Not at All and a 10 Greatly? (Circle the number that best represents your answer.)
- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
- NOT AT ALL GREATLY

**Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)**  
**• 20 Total Items (Q5a to Q5t)**

Q5 Next, I'd like to ask you about problems you may experience in your pelvic area. These questions will ask you if you have certain bowel, bladder or pelvic symptoms and, if you do, how much they bother you. Answer by putting an X in the appropriate box or boxes. While answering these questions, please consider your symptoms over the last 3 months.

Over the past 3 months, do you usually:	EXPERIENCE	NOT AT ALL	SOMEWHAT	MODERATELY	QUITE A BIT
a. Experience <u>pressure</u> in the lower abdomen?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Experience <u>pain or discomfort</u> in the lower abdomen or genital area?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Experience <u>heaviness or dullness</u> in the pelvic area?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Have a bulge or something falling out that you can see or feel in the vaginal area?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Have to push on the vagina or around the rectum to have or complete a bowel movement?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Feel you need to strain too hard to have a bowel movement?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Feel you have not completely emptied your bowels at the end of a bowel movement?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Experience difficulty emptying your bladder?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Experience a feeling of incomplete bladder emptying?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Do you <u>ever</u> have to push up on a bulge in the vaginal area with your finger to start or complete urination??	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Experience frequent urination?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Over the past 3 months, do you usually:	EXPERIENCE	NOT AT ALL	SOMEWHAT	MODERATELY	QUITE A BIT
l. Experience urine leakage associated with a feeling of urgency, that is, a strong sensation of needing to go to the bathroom?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Experience urine leakage related to coughing, sneezing, or laughing?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Experience small amounts of urine leakage (that is, drops)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Lose stool beyond your control if your stool is well formed?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Lose stool beyond your control if your stool is loose?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Lose gas from the rectum beyond your control?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Have pain when you pass your stool?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Experience a strong sense of urgency and have to rush to the bathroom to have a bowel movement?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Does a part of your bowel ever pass through the rectum and bulge outside during or after a bowel movement?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Female Sexual Function Index (FSFI)

• 21 Total Items (Q6 to Q23)

Sexual desire or interest is a feeling that includes wanting to have a sexual experience, feeling receptive to a partner's sexual initiation, and thinking or fantasizing about having sex.

Q6 Over the past 4 weeks, how **often** did you feel sexual desire or interest?

- 1  Almost always or always
- 2  Most times (more than half the time)
- 3  Sometimes (about half the time)
- 4  A few times (less than half the time)
- 5  Almost never or never

Q7 Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** (degree) of sexual desire or interest?

- 1  Very high
- 2  High
- 3  Moderate
- 4  Low
- 5  Very low or none at all

Q8 Have you engaged in sexual activity during the past 4 weeks?

- 1  No → Skip to Next Section
- 2  Yes → Go to Q9

### For the Remaining Items in This Section

These questions ask about your sexual feelings and responses during the **past 4 weeks**.

Sexual arousal is a feeling that includes both physical and mental aspects of sexual excitement. It may include feelings of warmth or tingling in the genitals, lubrication (wetness), or muscle contractions.

Q9 Over the past 4 weeks, how often did you feel sexually aroused ("turned on") during sexual activity or intercourse?

- 1  Almost always or always
- 2  Most times (more than half the time)
- 3  Sometimes (about half the time)
- 4  A few times (less than half the time)
- 5  Almost never or never

Q10 Over the past 4 weeks, how would you rate your level of sexual arousal ("turn on") during sexual activity or intercourse?

- 1  Very high
- 2  High
- 3  Moderate
- 4  Low
- 5  Very low or none at all

Q11 Over the past 4 weeks, how confident were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse?

- 1  Very high confidence
- 2  High confidence
- 3  Moderate confidence
- 4  Low confidence
- 5  Very low or no confidence

Q12 Over the past 4 weeks, how often have you been satisfied with your arousal (excitement) during sexual activity or intercourse?

- 1  Almost always or always
- 2  Most times (more than half the time)
- 3  Sometimes (about half the time)
- 4  A few times (less than half the time)
- 5  Almost never or never

Q13 Over the past 4 weeks, how often did you become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- 1  Almost always or always
- 2  Most times (more than half the time)
- 3  Sometimes (about half the time)
- 4  A few times (less than half the time)
- 5  Almost never or never

Q14 Over the past 4 weeks, how difficult was it to become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- 1  Extremely difficult or impossible
- 2  Very difficult
- 3  Difficult
- 4  Slightly difficult
- 5  Not difficult

Q15 Over the past 4 weeks, how often did you maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- 1  Almost always or always
- 2  Most times (more than half the time)
- 3  Sometimes (about half the time)
- 4  A few times (less than half the time)
- 5  Almost never or never

Q16 Over the past 4 weeks, how difficult was it to maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- 1  Extremely difficult or impossible
- 2  Very difficult
- 3  Difficult
- 4  Slightly difficult
- 5  Not difficult

Q17 Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how often did you reach orgasm (climax)?

- 1  Almost always or always
- 2  Most times (more than half the time)
- 3  Sometimes (about half the time)
- 4  A few times (less than half the time)
- 5  Almost never or never

Q18 Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how difficult was it for you to reach orgasm (climax)?

- 1  Extremely difficult or impossible
- 2  Very difficult
- 3  Difficult
- 4  Slightly difficult
- 5  Not difficult

Q19 For each of the following please indicate how satisfied you have been over the past 4 weeks:

	VERY SATISFIED	MODERATELY SATISFIED	EQUALLY SATISFIED / DISSATISFIED	MODERATELY DISSATISFIED	VERY DISSATISFIED
a. Your ability to reach orgasm (climax) during sexual activity or intercourse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. With the amount of emotional closeness during sexual activity between you and your partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. With your sexual relationship with your partner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. With your overall sexual life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q20 Have you had or attempted to have intercourse during the past 4 weeks?

- 1  No → Skip to Next section
- 2  Yes → Go Q21

Q21 Over the past 4 weeks, how often did you experience discomfort or pain during vaginal penetration?

- 1  Almost always or always
- 2  Most times (more than half the time)
- 3  Sometimes (about half the time)
- 4  A few times (less than half the time)
- 5  Almost never or never

Q22 Over the past 4 weeks, how often did you experience discomfort or pain following vaginal penetration?

- 1  Almost always or always
- 2  Most times (more than half the time)
- 3  Sometimes (about half the time)
- 4  A few times (less than half the time)
- 5  Almost never or never

Q23 Over the past 4 weeks, how would you rate your level (degree) of discomfort or pain during or following vaginal penetration?

- 1  Very high
- 2  High
- 3  Moderate
- 4  Low
- 5  Very low or none at all

**Perceived Change**  
• 4 Total Items (Q24a to Q24d)

Q24 Thinking about the past 2 months would you say that each of the following has gotten better or worse:

	MUCH BETTER	SOMEWHAT BETTER	ABOUT THE SAME	SOMEWHAT WORSE	MUCH WORSE
a Your overall health	<input type="checkbox"/>				
b Your prolapse and/or incontinence	<input type="checkbox"/>				
c Your sexual function/activity	<input type="checkbox"/>				
d Your sexual desire	<input type="checkbox"/>				

(See Guyatt, G., S. Walter, et al. (1987). "Measuring change over time: Assessing the usefulness of evaluative instruments." J Chron Dis 40: 171-178.)

**Self-Reported Outcomes (If a long-term follow-up survey (responsiveness evaluation) is conducted this question should be added.)**

- 10 Total Items (Q25a to Q25j)

Q25 The following table contains a list of treatments that you may have tried or received for your incontinence and/or prolapse. For each one, please indicate if it is something that has occurred in the past six months and for those that you have tried or received in the past six months, please indicate how helpful it was in the treatment of your prolapse and/or incontinence.

	WITHIN PAST 6 MONTHS		HOW HELPFUL?			
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NOT AT ALL	NOT VERY	SOMEWHAT	VERY HELPFUL
a Anticholinergic medication (Ditropan, Detrol, Sanctura, Toviaz, Oxypatch, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Pelvic floor exercise (Kegels)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Behavioral therapy (drills, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Pessary	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Formal physical therapy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f Testosterone	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g Hormone replacement therapy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h Vaginal hormone replacement therapy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i Anti-depressants (Lexapro, Celexa, Prozac, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j Surgery	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**International Urogynecological Association  
PISQ-R: Sexual Function for Women with:  
POP, Urinary Incontinence and/or Fecal Incontinence**



**Appendix C: Clinical Data Captured in US/UK**



Q7 Oxford Grading Scale (rate patient's ability to contract the pelvic floor)

- 0  No Contraction
- 1  Flicker
- 2  Weak
- 3  Moderate
- 4  Good
- 5  Strong

Q8 Pelvic Floor Muscles

- 1  Normal pelvic floor muscles: pelvic floor muscles which can voluntarily and involuntarily contract and relax.
- 2  Overactive pelvic floor muscles: pelvic floor muscles which do not relax, or may even contract when relaxation is functionally needed, for example, during micturition or defecation.
- 3  Underactive pelvic floor muscles: pelvic floor muscles which cannot voluntarily contract when this is appropriate.
- 4  Non-functioning pelvic floor muscles: pelvic floor muscles where there is no action palpable.

Q9 PFD Diagnosis(es)

	No	Yes
a. Symptomatic POP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Stress urinary incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Urge urinary incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mixed urinary incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Anal incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q10 Pregnancy(ies)

A. Gravidity (total number pregnancies): |\_\_|\_\_| (Enter Zero if none)

B. Parity (total live births after 24 weeks): |\_\_|\_\_| (Enter Zero if none)

C. Delivery(ies) (check one)

- 1  All Vaginal
- 2  All C/S
- 3  Both Vaginal and C/S

Q11 Other Conditions

	No	Yes
a. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Neurological disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. SSRI use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q12 Other Comments:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**International Urogynecological Association  
PISQ-R: Measure of Sexual Function for Women with:  
POP, Urinary Incontinence and/or Fecal Incontinence**



**Appendix D: Surgical Measures Captured in US/UK**

**Surgical Data Capture Form**

Date: / /

Provider:

Patient Study ID Number: **<ID NUMBER>** (ID LINKED TO SURVEY ID)

**TO BE COMPLETED AFTER SURGERY**

Q1 Date of Surgery: / /

Q2 Hysterectomy/BSO

a. Hysterectomy: 1  Yes → If Yes, Cervix removed 1  Yes  
2  No 2  No

b. BSO: 1  Yes  
2  No

Q3 POP Repair Procedure(s)

a. Anterior Repair? 1  Yes → Graft type used 1  None  
2  No 2  Polypropylene  
3  Marlex  
4  Pevicol  
5  Repliform  
6  Other: \_\_\_\_\_

→ Kit Used 1  None  
2  Perigee  
3  Prolift  
4  Other: \_\_\_\_\_

b. Posterior Repair? 1  Yes → Graft type used 1  None  
2  No 2  Polypropylene  
3  Marlex  
4  Pevicol  
5  Repliform  
6  Other: \_\_\_\_\_

→ Kit Used 1  None  
2  Perigee  
3  Prolift  
4  Other: \_\_\_\_\_

c. Vaginal apical suspension without kit: 1  Yes → Type of Suspension: 1  USLS  
 2  No 2  SSLS  
 3  Other: \_\_\_\_\_

d. Apical kit used? 1  None  
 2  Perigee  
 3  Prolift  
 4  Apogee  
 5  Other: \_\_\_\_\_

e. Open uterosacral ligament suspension: 1  Yes  
 2  No

f. Open abdominosacrocolpopexy: 1  Yes → Graft type used 1  None  
 2  No 2  Polypropylene  
 3  Marlex  
 4  Pevicol  
 5  Repliform  
 6  Other: \_\_\_\_\_

g. LSC abdominosacrocolpopexy: 1  Yes → Graft type used 1  None  
 2  No 2  Polypropylene  
 3  Marlex  
 4  Pevicol  
 5  Repliform  
 6  Other: \_\_\_\_\_

h. Robotic abdominosacrocolpopexy: 1  Yes → Graft type used 1  None  
 2  No 2  Polypropylene  
 3  Marlex  
 4  Pevicol  
 5  Repliform  
 6  Other: \_\_\_\_\_

i. Perineorrhaphy: 1  Yes  
 2  No

j. Levatorplasty 1  Yes  
 2  No

k. Other prolapse procedure: 1  Yes → \_\_\_\_\_  
 2  No  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Q4 Urinary Incontinence Procedure: 1  Yes → Answer Q4a-f  
 2  No → Skip to Q5

Q4a Retropubic urethropexy 1  Yes  
 2  No

Q4b Facial Sling 1  Yes  
 2  No

Q4c Retropubic midurethral sling 1  Yes → Kit Used 1  None  
 2  No 2  TVT  
 3  SPARC  
 4  Other: \_\_\_\_\_

Q4d Transobtrurator midurethral sling: 1  Yes → Kit Used 1  None  
 2  No 2  TVT-O  
 3  Monarch  
 4  Other: \_\_\_\_\_

Q4e Urethral bulking agent 1  Yes  
 2  No

Q4f. Other UI procedure: 1  Yes → \_\_\_\_\_  
 2  No  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Q5 Anal Incontinence Procedure 1  None  
 2  Spincteroplasty  
 3  Other: \_\_\_\_\_

**Other Comments:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

**Título del Estudio:** ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO ESPECÍFICO PARA EVALUAR LA SALUD SEXUAL EN MUJERES CON PATOLOGÍA DE SUELO PÉLVICO.

**NATURALEZA Y PROPÓSITO DEL ESTUDIO:** Este es un estudio transversal que tiene el objetivo de validar en España un cuestionario específico de evaluación de la salud sexual en mujeres con patología de suelo pélvico.

**POSIBLES BENEFICIOS DEL ESTUDIO:** El uso de este cuestionario en la práctica clínica habitual de las consultas ginecológicas que atienden a mujeres con patología del suelo pélvico permitirá la detección de problemas en la salud sexual de las mujeres así como la cuantificación de su importancia de cara a instaurar tratamiento y evaluar sus resultados.

**PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO:** Si decide participar en el estudio le pediremos que conteste a las preguntas de unos cuestionarios. Además, el médico responsable de sus cuidados nos proporcionará alguna información clínica básica imprescindible para la realización del estudio.

**RIESGOS E INCONVENIENTES:** Las pacientes que de forma voluntaria participen en esta investigación, no serán sometidas a ningún tratamiento nuevo que no sea el ya prescrito en su momento por el médico responsable de cada centro de acuerdo a los protocolos de actuación de los mismos. En consecuencia, el presente estudio no implica un riesgo añadido al paciente.

**PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA/RETIRADA:** Su participación es totalmente voluntaria. Es usted libre de rechazar colaborar en este estudio sin que por ello se vea afectada su futura atención médica.

**POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD:** Sus datos médicos formarán parte de una base de datos de forma totalmente anónima. Estarán asociados a un código que no permitirá identificarle. Sólo su médico podría facilitar la asociación de su código con su identidad. Ningún dato personal que permita su identificación será accesible a ninguna persona que no sea su médico, ni podrán ser divulgados por ningún medio, conservando en todo momento la confidencialidad médico-paciente. Los resultados del estudio serán recogidos y guardados de forma anónima y disociada.

**FUENTE PARA MÁS INFORMACIÓN:** Si desea hacer alguna pregunta o aclarar algún tema relacionado con el estudio, o si precisa ayuda por cualquier problema de salud relacionado con este estudio, por favor, no dude en ponerse en contacto con:

Dr..... Teléfono: .....

Dr. .... Teléfono: .....

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título del Estudio: ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO ESPECÍFICO PARA EVALUAR LA SALUD SEXUAL EN MUJERES CON PATOLOGÍA DE SUELO PÉLVICO.**

Yo.....

.....

(Nombre y apellidos del paciente)

He recibido información sobre el citado estudio y he podido hacer preguntas sobre el mismo, de tal manera que juzgo que he recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con.....

.....

(Nombre y apellidos del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º. Cuando quiera

2º. Sin tener que dar explicaciones

3º. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

De igual modo, declaro haber sido informado de las medidas que serán adoptadas, en aras a garantizar la confidencialidad y disociación de cuanta información sobre mi persona pudiere recogerse durante el desarrollo del estudio, así como de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a través de una petición formal realizada ante el responsable del Estudio en su centro.

**Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio**

Fecha: |\_\_| |\_\_| |\_\_|

Día Mes Año

.....

(Firma del participante)

Fecha: |\_\_| |\_\_| |\_\_|

Día Mes Año

.....

(Firma del investigador)

**ANEXO 3. NÚMERO DE PACIENTE Y DATOS DE CONTACTO**

**Número de Paciente y datos de contacto**

Por favor complete los siguientes datos:

Nombre y Apellidos:

\_\_\_\_\_

Dirección y teléfono de contacto:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dirección y teléfono alternativo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A completar por su médico:

Número (ID) \_\_\_\_\_

Identificación estudio: \_\_\_\_\_

Lugar estudio #: \_\_\_\_\_

**ANEXO 4. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS**

**Apéndice 2: Características de la paciente y examen físico:**

Fecha (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_  
 Identificación ID No: \_\_\_\_\_  
 Lugar Estudio # \_\_\_\_\_

- 1. Características paciente:**
  - a. Edad (años) 1a \_\_\_\_\_
  - b. Peso (kg) 1b \_\_\_\_\_
  - c. Altura (cm) 1c \_\_\_\_\_
  - d. Procedencia: 1=España, 2=CE, 3=Resto Europa, 4= Magreb, 5= Subsahara, 6=Iberoamericano, 7=Asia, 8 = Otros 1d \_\_\_\_\_
  - e. Nivel educativo 1e \_\_\_\_\_  
 (1= nunca fui a la escuela o sólo cursé preescolar, 2 = escuela primaria, 3 = Algunos estudios de escuela secundaria pero no terminados, 4= Bachiller, COU o FP (o certificado equivalente a escuela secundaria), 5 = Algunos años de universidad (carrera no terminada), 6= Graduada de Universidad, 7= Cualquier estudio de posgrado, 8= Otros, por favor especifique: \_\_\_\_\_)
  - f. Gravidez (número total de embarazos) 1f \_\_\_\_\_
  - g. Paridad (número de partos de más de 24 semanas) 1g \_\_\_\_\_
  - h. Tipo de partos: 1h \_\_\_\_\_  
 (1= todos vaginales, 2=todos cesáreas, 3 = ambos, vaginal y cesárea)
  
- 2. Estado hormonal:** 2 \_\_\_\_\_  
 (1= Premenopausia, 2 = Posmenopausia, no THS [Amenorrea de 1 año o menopausia quirúrgica; no THS en los últimos 6 meses], 3= Posmenopausia con THS [oral o parches], 4= estrógenos vaginales [pomada o comprimidos], 8 = No sabe)
  
- 3. Estado civil:** (8 = no respuesta) 3 \_\_\_\_\_  
 (1= Casado/ pareja de hecho o vive en pareja, 2 = separado, 3 = divorciado, 4=viudo, 5= Nunca se ha casado)
  
- 4. Historia quirúrgica:** (0 = No, 1 = Sí, 8 = No respuesta) 4 \_\_\_\_\_
  - a. Antecedente de cirugía antiincontinencia 4a \_\_\_\_\_
  - b. Intervención prolapso CON malla 4b \_\_\_\_\_
  - c. Intervención prolapso SIN malla 4c \_\_\_\_\_
  - d. Histerectomía 4d \_\_\_\_\_
  - e. Anexectomía bilateral 4e \_\_\_\_\_
  
- 5. Tratamiento médico patología suelo pélvico:** (0 = No, 1 = Sí, 8 = No respuesta) 5 \_\_\_\_\_
  - a. Medicación anticolinérgica 5a \_\_\_\_\_
  - b. Ejercicios suelo pélvico (Kegels) 5b \_\_\_\_\_
  - c. Terapia conductual 5c \_\_\_\_\_
  - d. Pesario 5d \_\_\_\_\_
  - e. Fisioterapia/Rehabilitación SP 5e \_\_\_\_\_
  
- 6. Antecedentes médicos:** (0 = No, 1 = Sí, 8 = No sabe) 6 \_\_\_\_\_
  - a. Comorbilidad actual 6a \_\_\_\_\_
    - i. Diabetes 6ai \_\_\_\_\_
    - ii. Enfermedad neurológica 6aii \_\_\_\_\_
    - iii. Depresión 6aiii \_\_\_\_\_
    - iv. Uso de ISRS 6aiv \_\_\_\_\_

**7. Clasificación POP :**

7a \_\_\_\_\_

- a)
- Cistocele
- Prolapso uterino/cúpula
- Rectocele
- Enterocele
- 0. Grado 0: no prolapso.
- 1.Grado I: Descenso entre posición normal e introito.
- 2.Grado II: Descenso a nivel del introito.
- 3.Grado III: Descenso por fuera del nivel del introito.
- 4.Grado IV: Prolapso total, fuera del plano vulvar.

b)

Aa (-3 to +3 )	Ba (≥ Aa)	C (esfuerzo)
GH (esfuerzo)	PB (esfuerzo)	TVL (prolapso reducido)
Ap (-3 to +3)	Bp (≥ Ap)	D (esfuerzo)

7b \_\_\_\_\_

**8. Escala de Oxford:** (valoración inicial de la intensidad contráctil de la musculatura del suelo pélvico)

8 \_\_\_\_\_

- 0 No contracción..... y/o Inversión del mandato
- 1 Muy débil..... Contracciones fluctuantes
- 2 Débil..... Ligero aumento de tensión muscular
- 3 Moderada.....Tensión muscular moderada
- 4 Buena.....Mantiene tensión con resistencia
- 5 Fuerte.....Mantiene tensión con fuerte resistencia

**9. Tipo de musculatura del suelo pélvico:**

9 \_\_\_\_\_

- 1= **Musculatura suelo pélvico (SP) normal:** músculos del suelo pélvico que pueden contraerse y relajarse voluntariamente e involuntariamente.
- 2= **Musculatura SP hiperactiva:** músculos del suelo pélvico que no se relajan, o incluso se contraen cuando la relajación es necesaria, por ej, durante la micción o defecación.
- 3= **Musculatura SP hipoactiva:** músculos del suelo pélvico que no se puede contraer voluntariamente cuando es apropiado.
- 4= **Musculatura del SP no funcionante:** musculatura del SP en los que no hay acción palpable.

**10. Diagnósticos Patología Suelo Pélvico:** (0 = No, 1 = Sí)

- a. POP sintomático 10a \_\_\_\_\_
- b. IUE 10b \_\_\_\_\_
- c. IUU 10c \_\_\_\_\_
- d. IUM 10d \_\_\_\_\_
- e. Incontinencia anal 10e \_\_\_\_\_

**11. Tratamientos:** (0 = No, 1 = Sí)

- a. Anticolinérgicos 11a \_\_\_\_\_
- b. Antidepresivos (Imipramina) 11b \_\_\_\_\_
- c. Testosterona 11c \_\_\_\_\_
- d. Terapia hormonal vaginal 11d \_\_\_\_\_
- e. THS sistémica 11e \_\_\_\_\_
- f. Terapia conductal 11f \_\_\_\_\_
- g. Ejercicios suelo pélvico (Kegels) 11g \_\_\_\_\_
- h. Rehabilitación suelo pélvico/Fisioterapia 11h \_\_\_\_\_
- i. Pesario 11i \_\_\_\_\_
- j. Cirugía 11j \_\_\_\_\_
- k. Otros: \_\_\_\_\_

**12. Fecha prevista de la cirugía:** (mm/dd/yyyy)

12 \_\_\_\_\_

**ANEXO 5. CUESTIONARIO PISQ-IR**

**PISQ-IR**

**Función sexual de las mujeres con: prolapso de órganos  
pélvicos (POP), Incontinencia urinaria y/ o fecal**



Q1 Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación actual:

Sin **ningún** tipo de actividad sexual 1  → Vaya a la pregunta **Q2- Pag 1**

Sexualmente **activa, con o sin** pareja 2  → Vaya a la pregunta **Q7 - Pag 3**

**Para aquellas mujeres que NO son Sexualmente Activas**

Si usted mantiene actividad sexual, por favor marque este recuadro  y vaya a la **Página 3**

Q2 A continuación tiene una lista de motivos por los cuales usted podría **no** tener actividad sexual. Por favor, marque en qué medida está usted de acuerdo o en desacuerdo con cada uno de ellos como razón para no tener actividad sexual.

	MUY DE ACUERDO	ALGO DE ACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
a No tengo pareja	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
b No tengo interés	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
c Por problemas de vejiga y/o intestinales (ej. incontinencia urinaria o fecal) y/o por prolapso (sensación de bulto en la zona vaginal)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
d Por mis otros problemas de salud	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
e Por dolor	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

Q3 ¿Cuánto limita su actividad sexual el temor a tener escapes de orina y/o heces y/o la sensación de bulto en la vagina (ya sea vejiga, recto o útero caídos)?

- 1  Nada
- 2  Un poco
- 3  Algo
- 4  Mucho

Q4 Por favor, rodee en cada una de las siguientes escalas el número (del 1 al 5) que mejor represente cómo se siente usted respecto a su vida sexual:

	VALORACIÓN					
a. Satisfecha	1	2	3	4	5	Insatisfecha
b. Adecuada	1	2	3	4	5	Inadecuada

Q5 En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

	MUY DE ACUERDO	ALGO DE ACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
a Me siento frustrada por mi vida sexual	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
b Me siento sexualmente inferior debido a mi incontinencia y/o prolapso	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
c Me siento enfadada por el impacto que la incontinencia y/o prolapso tienen en mi vida sexual	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

Q6 En general, ¿en qué medida le molesta no tener actividad sexual?

- 1  Nada
- 2  Un poco
- 3  Algo
- 4  Mucho

**Fin de las preguntas para las mujeres NO Sexualmente Activas**

**Para aquellas mujeres que son Sexualmente Activas**

Las preguntas siguientes son de un tema sobre el que no le preguntan con frecuencia.  
 Las respuestas son totalmente confidenciales.  
 Por favor, responda lo más honesta y claramente que usted pueda

Q7 Indique con qué frecuencia se siente estimulada sexualmente (excitada físicamente o “está caliente”) durante la actividad sexual.

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  Algunas veces
- 4  A menudo
- 5  Siempre

Q8 Cuando tiene actividad sexual, ¿con qué frecuencia experimenta cada una de las siguientes sensaciones?

	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
a. Satisfecha	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
b. Vergüenza	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
c. Temor	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>

Q9 Con qué frecuencia tiene escapes de orina y/o escapes de heces con cualquier tipo de actividad sexual.

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  Algunas veces
- 4  A menudo
- 5  Siempre

Q10 ¿Cómo son sus orgasmos ahora respecto a los orgasmos que ha tenido en el pasado?

- 1  Mucho menos intensos
- 2  Menos intensos
- 3  De la misma intensidad
- 4  Más intensos
- 5  Mucho más intensos

Q11 ¿Con qué frecuencia siente dolor durante las relaciones sexuales con coito (penetración)? (Si no mantiene relaciones sexuales con coito marque esta casilla  y pase a la siguiente pregunta)

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  Algunas veces
- 4  A menudo
- 5  Siempre

Q12 ¿Tiene pareja sexual?

- 1  Sí → Vaya a la pregunta Q13
- 2  No → Vaya a la pregunta Q15

Q13 ¿Con qué frecuencia tiene su pareja algún problema (Ej. falta de excitación, de deseo, de erección) que la limite a usted en su actividad sexual?

- 1  Todo el tiempo
- 2  La mayor parte del tiempo
- 3  Algunas veces
- 4  Casi nunca/Rara vez

Q14 En términos generales, considera usted que su pareja le influye de forma positiva o negativa en los siguientes aspectos:

	MUY POSITIVA	ALGO POSITIVA	ALGO NEGATIVA	MUY NEGATIVA
a. El deseo sexual que usted siente	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
b. La frecuencia con la que usted tiene actividad sexual	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

Q15 Cuando tiene actividad sexual, ¿con qué frecuencia siente que quiere más?

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  Algunas veces
- 4  A menudo
- 5  Siempre

Q16 ¿Con qué frecuencia tiene usted deseo sexual (esto puede incluir querer mantener relaciones sexuales, tener pensamientos sexuales, fantasías etc.)?

- 1  A diario
- 2  Semanalmente
- 3  Mensualmente
- 4  Menos de una vez al mes
- 5  Nunca

Q17 ¿Cómo evaluaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

- 1  Muy alto
- 2  Alto
- 3  Moderado
- 4  Bajo
- 5  Muy bajo o ninguno

Q18 ¿Cuánto limita su actividad sexual el temor a tener escapes de orina y/o heces y/o la sensación de bulto en la vagina (prolapso)?

- 1  Nada
- 2  Un poco
- 3  Algo
- 4  Mucho

Q19 Por favor, rodée en cada una de las siguientes escalas el número (del 1 al 5) que mejor represente cómo se siente usted respecto a su vida sexual:

	VALORACIÓN					
a Satisfecha	1	2	3	4	5	Insatisfecha
b Adecuada	1	2	3	4	5	Inadecuada
c Segura	1	2	3	4	5	Insegura

Q20 En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

	MUY DE ACUERDO	ALGO DE ACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
a Me siento frustrada por mi vida sexual	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
b Me siento sexualmente inferior debido a mi incontinencia y/o prolapso	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
c Me siento avergonzada por mi vida sexual	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
d Me siento enfadada por el impacto que la incontinencia y/o el prolapso tienen en mi vida sexual	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

ANEXO 6. ISI/EPIQ/PFDI-20/FSFI

**Apartado 6: Su suelo pélvico:**

 Las siguientes preguntas se refieren a los problemas que algunas mujeres tienen con el control de la vejiga y los intestinos, y con los órganos femeninos.

Responda basándose en sus SÍNTOMAS ACTUALES, no pensando en los problemas que haya podido tener en el pasado y que se han solucionado mediante tratamiento o por sí solos. Si no sabe la respuesta exacta a alguna de las preguntas, dé una respuesta aproximada

Comprendemos que sus hábitos cambian según la actividad, el lugar donde se encuentre (trabajo o casa), cuánto beba, los tratamientos médicos, etc.; por lo tanto, responda pensando en un día normal

- 25) ¿Con qué frecuencia se le escapa la orina?
- 0  Nunca ( si selecciona esta opción pase a la pregunta 27)
  - 1  Menos de una vez al mes.
  - 2  Algunas veces al mes.
  - 3  Algunas veces a la semana.
  - 4  Todos los días y/o noches.

- 26) ¿Qué cantidad de orina se le escapa cada vez?
- 1  Gotas (muy poca cantidad).
  - 2  Chorro pequeño (una cantidad moderada).
  - 3  Mucha cantidad.

 Algunas mujeres sufren una falta de soporte, que puede causar pesadez, presión o una protuberancia alrededor de la vagina. Esto se conoce como "prolapso pélvico", aunque también se utilizan los términos "cistocele", "rectocele" o "vejiga caída".

Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre el prolapso pélvico lo mejor que pueda. Somos conscientes de que puede tener días mejores y peores. Responda basándose en un día normal.

- 27) ¿Tiene la sensación de que tiene un bulto en la vagina o de que hay algo que sale de ella?
- 1  Sí → Continúe y conteste la pregunta 28- P
  - 2  No → Pase a la pregunta 28 -U

28- P) Si ha respondido Sí, ¿En qué medida le molesta esta sensación ?

Nada {	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	} Muchísimo
	<input type="checkbox"/>											

28-U) ¿A veces siente necesidad urgente de ir a orinar, que le obliga a ir corriendo al baño porque tiene miedo a que se le escape la orina?

- 1  Sí → Continúe
- 2  No → Pase a la siguiente pregunta

a. ¿Cuánto le molesta la necesidad de ir corriendo al baño?

Nada {	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	} Muchísimo
	<input type="checkbox"/>											

28-N) Cuando está durmiendo, ¿Le despierta la necesidad de ir a orinar?

- 1  Sí → Continúe
- 2  No → Pase a la siguiente pregunta

a. De media, ¿cuántas veces necesita ir a orinar mientras duerme?

- 1  Una vez
- 2  Dos veces
- 3  Tres veces
- 4  Cuatro veces
- 5  Cinco o más veces

b. ¿Cuánto le molesta tener que levantarse por la noche para orinar?

Nada {	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	} Muchísimo
	<input type="checkbox"/>											

29) A continuación, nos gustaría preguntarle sobre problemas que podría tener en su zona pélvica.

Las siguientes preguntas se refieren a si tiene problemas con el control de la vejiga, los intestinos y con los órganos femeninos y si los tiene cuánto le molestan. Responda marcando con una X. Al responder a estas preguntas, por favor considere sus síntomas **durante los últimos 3 meses**.

	RESPUESTA			
a. ¿Siente presión en la parte baja de su abdomen?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>		
→ Si la respuesta es <b>SÍ</b> , ¿Cuánto le molesta?	{ NADA <input type="checkbox"/>	UN POCO <input type="checkbox"/>	MODERA-DAMENTE <input type="checkbox"/>	BASTANTE <input type="checkbox"/>
b. ¿Siente dolor en la parte baja de su abdomen, o en la región genital?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>		
→ Si la respuesta es <b>SÍ</b> , ¿Cuánto le molesta?	{ NADA <input type="checkbox"/>	UN POCO <input type="checkbox"/>	MODERA-DAMENTE <input type="checkbox"/>	BASTANTE <input type="checkbox"/>
c. ¿Tiene una sensación de pesadez en el zona pélvica (bajo vientre)?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>		
→ Si la respuesta es <b>SÍ</b> , ¿Cuánto le molesta?	{ NADA <input type="checkbox"/>	UN POCO <input type="checkbox"/>	MODERA-DAMENTE <input type="checkbox"/>	BASTANTE <input type="checkbox"/>
d. ¿Tiene un bulto o algo que esté saliendo que puede ver o sentir en la zona vaginal?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>		
→ Si la respuesta es <b>SÍ</b> , ¿Cuánto le molesta?	{ NADA <input type="checkbox"/>	UN POCO <input type="checkbox"/>	MODERA-DAMENTE <input type="checkbox"/>	BASTANTE <input type="checkbox"/>
e. ¿Tiene que empujar las paredes de su vagina o alrededor del recto (ano) para poder defecar (ir de vientre) o terminar de defecar?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>		
→ Si la respuesta es <b>SÍ</b> , ¿Cuánto le molesta?	{ NADA <input type="checkbox"/>	UN POCO <input type="checkbox"/>	MODERA-DAMENTE <input type="checkbox"/>	BASTANTE <input type="checkbox"/>
f. ¿Siente que tiene que pujar mucho para poder defecar (ir de vientre)?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>		
→ Si la respuesta es <b>SÍ</b> , ¿Cuánto le molesta?	{ NADA <input type="checkbox"/>	UN POCO <input type="checkbox"/>	MODERA-DAMENTE <input type="checkbox"/>	BASTANTE <input type="checkbox"/>
g. ¿Siente que su intestino no se ha vaciado completamente cuando ha acabado de defecar (ir de vientre)?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>		
→ Si la respuesta es <b>SÍ</b> , ¿Cuánto le molesta?	{ NADA <input type="checkbox"/>	UN POCO <input type="checkbox"/>	MODERA-DAMENTE <input type="checkbox"/>	BASTANTE <input type="checkbox"/>
h. ¿Se le hace difícil vaciar su vejiga?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>		
→ Si la respuesta es <b>SÍ</b> , ¿Cuánto le molesta?	{ NADA <input type="checkbox"/>	UN POCO <input type="checkbox"/>	MODERA-DAMENTE <input type="checkbox"/>	BASTANTE <input type="checkbox"/>
i. ¿Tiene la sensación de que no vació su vejiga completamente?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>		
→ Si la respuesta es <b>SÍ</b> , ¿Cuánto le molesta?	{ NADA <input type="checkbox"/>	UN POCO <input type="checkbox"/>	MODERA-DAMENTE <input type="checkbox"/>	BASTANTE <input type="checkbox"/>

j. ¿Tiene que empujar con los dedos un bulto en la zona vaginal para poder empezar o terminar de orinar?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>				
→ Si la respuesta es <b>SÍ</b> , ¿Cuánto le molesta?	{	NADA <input type="checkbox"/>	UN POCO <input type="checkbox"/>	MODERA-DAMENTE <input type="checkbox"/>	BASTANTE <input type="checkbox"/>	
k. ¿Orina frecuentemente?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>				
→ Si la respuesta es <b>SÍ</b> , ¿Cuánto le molesta?	{	NADA <input type="checkbox"/>	UN POCO <input type="checkbox"/>	MODERA-DAMENTE <input type="checkbox"/>	BASTANTE <input type="checkbox"/>	
l. ¿Tiene pérdida de orina asociada con sentir urgencia o necesidad de orinar?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>				
→ Si la respuesta es <b>SÍ</b> , ¿Cuánto le molesta?	{	NADA <input type="checkbox"/>	UN POCO <input type="checkbox"/>	MODERA-DAMENTE <input type="checkbox"/>	BASTANTE <input type="checkbox"/>	
m. ¿Se le escapa la orina al toser, estornudar o reír?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>				
→ Si la respuesta es <b>SÍ</b> , ¿Cuánto le molesta?	{	NADA <input type="checkbox"/>	UN POCO <input type="checkbox"/>	MODERA-DAMENTE <input type="checkbox"/>	BASTANTE <input type="checkbox"/>	
n. ¿Se le escapa la orina en pequeñas cantidades (gotas)?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>				
→ Si la respuesta es <b>SÍ</b> , ¿Cuánto le molesta?	{	NADA <input type="checkbox"/>	UN POCO <input type="checkbox"/>	MODERA-DAMENTE <input type="checkbox"/>	BASTANTE <input type="checkbox"/>	
o. ¿Tiene escapes de heces sin poder controlarlo cuando las heces son sólidas o bien formadas?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>				
→ Si la respuesta es <b>SÍ</b> , ¿Cuánto le molesta?	{	NADA <input type="checkbox"/>	UN POCO <input type="checkbox"/>	MODERA-DAMENTE <input type="checkbox"/>	BASTANTE <input type="checkbox"/>	
p. ¿Tiene escapes de heces sin poder controlarlo cuando sus heces son blandas o líquidas?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>				
→ Si la respuesta es <b>SÍ</b> , ¿Cuánto le molesta?	{	NADA <input type="checkbox"/>	UN POCO <input type="checkbox"/>	MODERA-DAMENTE <input type="checkbox"/>	BASTANTE <input type="checkbox"/>	
q. ¿Tiene escapes de gases sin poder controlarlo?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>				
→ Si la respuesta es <b>SÍ</b> , ¿Cuánto le molesta?	{	NADA <input type="checkbox"/>	UN POCO <input type="checkbox"/>	MODERA-DAMENTE <input type="checkbox"/>	BASTANTE <input type="checkbox"/>	
r. ¿Tiene dolor al defecar (ir de vientre)?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>				
→ Si la respuesta es <b>SÍ</b> , ¿Cuánto le molesta?	{	NADA <input type="checkbox"/>	UN POCO <input type="checkbox"/>	MODERA-DAMENTE <input type="checkbox"/>	BASTANTE <input type="checkbox"/>	
s. ¿Tiene sensación de urgencia y tiene que ir de prisa al baño cuando tiene que defecar?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>				
→ Si la respuesta es <b>SÍ</b> , ¿Cuánto le molesta?	{	NADA <input type="checkbox"/>	UN POCO <input type="checkbox"/>	MODERA-DAMENTE <input type="checkbox"/>	BASTANTE <input type="checkbox"/>	
t. ¿Una parte de su intestino se le sale a veces a través del recto (ano) y sobresale afuera durante o después de defecar?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>				
→ Si la respuesta es <b>SÍ</b> , ¿Cuánto le molesta?	{	NADA <input type="checkbox"/>	UN POCO <input type="checkbox"/>	MODERA-DAMENTE <input type="checkbox"/>	BASTANTE <input type="checkbox"/>	

### Apartado 7: Función Sexual



Algunas de las siguientes preguntas son similares a las del principio del cuestionario. Debido a la naturaleza de esta investigación, a menudo es necesario repetir las mismas preguntas. Por favor, no se deje ninguna pregunta de las que siguen - aunque pueda parecer que ya ha contestado una igual.

Estas preguntas tratan sobre sus sentimientos y respuestas sexuales **durante las últimas 4 semanas**. Por favor, conteste a las siguientes preguntas con la mayor honestidad y claridad posibles. Sus respuestas serán totalmente confidenciales. Para contestar a estas preguntas, tenga en cuenta las siguientes definiciones:

- **Actividad sexual** puede incluir caricias, juegos previos, masturbación o coito vaginal.
- **Relación sexual** se define como penetración del pene en la vagina.
- **Estimulación sexual** incluye situaciones como los juegos previos con la pareja, la autoestimulación (masturbación) o las fantasías sexuales.

**Deseo o interés sexual** es un sentimiento que incluye querer tener una experiencia sexual, sentirse receptiva ante la iniciativa sexual de la pareja y pensar o tener fantasías sobre hacer el amor

30) Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** ha sentido deseo o interés sexual?

- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad del tiempo)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad del tiempo)
- Pocas veces (menos de la mitad del tiempo)
- Casi nunca o nunca

31) Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su **nivel** (grado) de deseo o interés sexual?

- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o ninguno

32) ¿Ha tenido actividad sexual las últimas 4 semanas?

- No → No debe contestar las preguntas de la 33 a la 47
- Sí

La excitación sexual es un sentimiento que incluye tanto aspectos físicos como mentales. Puede abarcar sensaciones de calor o cosquilleo en los genitales, lubricación (humedad) o contracciones musculares.

33) Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** se ha sentido excitada sexualmente (“caliente”) durante la actividad sexual o el coito?

- 1  Casi siempre o siempre
- 2  Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- 3  Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- 4  Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 5  Casi nunca o nunca

34) Durante las últimas 4 semanas, ¿Cómo evaluaría su **nivel** (grado) de excitación sexual (“estar caliente”) durante la actividad sexual o el coito?

- 1  Muy alto
- 2  Alto
- 3  Moderado
- 4  Bajo
- 5  Muy bajo o ninguno

35) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido **segura** de poder excitarse sexualmente durante la actividad sexual o el coito?

- 1  Segurísima
- 2  Muy segura
- 3  Moderadamente segura
- 4  Poco segura
- 5  Muy poco o nada segura

36) Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** se ha sentido satisfecha con su excitación durante la actividad sexual o el coito?

- 1  Casi siempre o siempre
- 2  Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- 3  Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- 4  Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 5  Casi nunca o nunca

37) Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** ha estado lubricada (“mojada”) durante la actividad sexual o el coito?

- 1  Casi siempre o siempre
- 2  Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- 3  Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- 4  Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 5  Casi nunca o nunca

38) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto le ha sido **difícil** estar lubricada (“mojada”) durante la actividad sexual o el coito?

- 1  Extremadamente difícil o imposible
- 2  Muy difícil
- 3  Difícil
- 4  Ligeramente difícil
- 5  Nada difícil

39) Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia **ha mantenido** su lubricación (“humedad”) hasta el final de la actividad sexual o el coito?

- 1  Casi siempre o siempre
- 2  Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- 3  Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- 4  Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 5  Casi nunca o nunca

40) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto le ha sido **difícil** mantener su lubricación (“humedad”) hasta el final de la actividad sexual o el coito?

- 1  Extremadamente difícil o imposible
- 2  Muy difícil
- 3  Difícil
- 4  Ligeramente difícil
- 5  Nada difícil

41) Durante las últimas 4 semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿con qué **frecuencia** ha llegado al orgasmo (clímax)?

- 1  Casi siempre o siempre
- 2  Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- 3  Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- 4  Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 5  Casi nunca o nunca

42) Durante las últimas 4 semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿hasta qué punto le ha sido **difícil** llegar al orgasmo (clímax)?

- 1  Extremadamente difícil o imposible
- 2  Muy difícil
- 3  Difícil
- 4  Ligeramente difícil
- 5  Nada difícil

43) Durante las últimas 4 semanas, Indique su grado de **satisfacción** en los siguientes casos:

	MUY SATISFECHA	MODERADAMENTE SATISFECHA	IGUAL DE SATISFECHA COMO DE INSATISFECHA	MODERADAMENTE INSATISFECHA	MUY INSATISFECHA
a. Con su capacidad para llegar al orgasmo (clímax) durante la actividad sexual o el coito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Con la cantidad de intimidad emocional entre usted y su pareja durante la actividad sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. De su relación sexual con su pareja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Con su vida sexual en general?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44) Durante las últimas 4 semanas, ¿Ha tenido relaciones sexuales con coito?

- 1  No → No conteste las preguntas 45,46 y 47.
- 2  Sí

45) Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** ha experimentado molestias o dolor durante la penetración vaginal?

- 1  Casi siempre o siempre
- 2  Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- 3  Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- 4  Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 5  Casi nunca o nunca

46) Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** ha experimentado molestias o dolor después de la penetración vaginal?

- 1  Casi siempre o siempre
- 2  Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- 3  Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- 4  Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 5  Casi nunca o nunca

47) Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su **nivel** (grado) de molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- 1  Muy alto
- 2  Alto
- 3  Moderado
- 4  Bajo
- 5  Muy bajo o ninguno

**ANEXO 7. PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DEL TRABAJO ORIGINAL**  
**SJR 2021: 0,933 Q1 UROLOGY; OBSTETRICS AND GYNECOLOGY.**

Int Urogynecol J  
 DOI 10.1007/s00192-017-3312-9



ORIGINAL ARTICLE

## Spanish version of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire IUGA-Revised (PISQ-IR): Transcultural validation

Montserrat Mestre<sup>1</sup> · Judith Lleberia<sup>1</sup> · Josep Pubill<sup>1</sup> · Montserrat Espuña-Pons<sup>2</sup>

Received: 23 January 2017 / Accepted: 28 February 2017  
 © The International Urogynecological Association 2017

### Abstract

**Introduction and hypothesis** The aim of this study was to transculturally adapt the Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire IUGA-Revised (PISQ-IR) into Spanish and to validate the new version.

**Methods** We carried out a two-stage observational cross-sectional study: translation and back-translation, followed by a validation stage in which the final version was administered to 268 consecutive women (118 not sexually active [NSA] and 150 sexually active [SA]) older than 18 from an Urogynecology Unit. Besides PISQ-IR, women also completed the following questionnaires: Incontinence Severity Index (ISI); Female Sexual Function Index (FSFI); Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20); and question #35 from the Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire (EPIQ). Feasibility (percentage of valid cases), internal consistency (Cronbach's alpha), and construct validity (structural, by factor analysis, and convergent validity by Spearman's Rho) were evaluated.

**Results** The sample was formed by 118 NSA and 150 SA women, with a mean age (SD) of 59.2 (11.5) years; mean body mass index (BMI) of 29.6 kg/m<sup>2</sup> (5.6), and mean parity of 2.6 deliveries (1.2). PISQ-IR showed a high response rate (98.3% NSA

and 94.7% SA), and elevated internal consistency (Cronbach's alpha for NSA and SA of 0.79 and 0.91 respectively). Factor analysis confirmed the structure of the original questionnaire and the convergent validity showed moderate to strong correlation between PISQ-IR and the ISI, PFDI-20, and FSFI scores, in addition to item #35 of the EPIQ.

**Conclusions** The Spanish version of the PISQ-IR has adequate psychometric properties; therefore, it can be a useful tool for assessing sexual function in women with pelvic floor disorders.

**Keywords** Pelvic floor disorders · Sexual function assessment · Questionnaire · Spanish validation

### Introduction

In 2008 the International Urogynecological Association (IUGA) assembled a panel of experts from around the world to summarize the literature on sexual health in women with pelvic floor disorders (PFDs), and to evaluate sexual function measurement instruments currently used [1–3]. The panel noted that most of the PFD-measuring tools were not originally designed from a multicultural point of view, which limits the generalization of their use. Currently, the only specific questionnaire for women with pelvic floor disorders validated in Spanish (Spain) is the PISQ-12 [4].

As a result, the IUGA undertook the process of developing a new sexual function scale based on a multicultural framework to provide a valid and reliable instrument that allows cross-cultural validation to be used in multiple languages and cultures: the Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire IUGA-Revised (PISQ-IR). In women with PFDs, the PISQ-IR improves the performance of earlier sexual function questionnaires (the original PISQ [5], the short

**Electronic supplementary material** The online version of this article (doi:10.1007/s00192-017-3312-9) contains supplementary material, which is available to authorized users.

✉ Montserrat Espuña-Pons  
 mespuna@clinic.ub.es

<sup>1</sup> Pelvic Floor Unit, Department of Obstetrics and Gynecology, Parc Taulí Hospital Universitari, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí, I3PT, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell, Barcelona, Spain

<sup>2</sup> Pelvic Floor Unit, ICGON, Hospital Clínic de Barcelona, Universitat de Barcelona, Villarroel 170, 08036 Barcelona, Spain

Published online: 08 April 2017



version PISQ-12 [6]), because it is applicable to women without sexual activity (NSA) and also to those with anal incontinence (AI). The initial validation of this new questionnaire was completed in the USA and UK and the PISQ-IR is currently available for cross-cultural validation in a variety of languages and countries.

The original instrument consists of 12 items distributed in two domains, each one with two subscales, for sexually inactive women (NSA), and 21 items in two domains, each one with three subscales, for sexually active women (SA). The PISQ-IR demonstrated strong psychometric properties. Moreover, PISQ-IR was responsive to change, as measured by the analysis of scores in a group of women before and after surgery [7–9].

The aim of this study is to perform the transcultural adaptation and validation of the Spanish version of the PISQ-IR questionnaire to provide a valid tool for measuring sexual function in Spanish women with PFDs in both clinical practice and research.

## Materials and methods

A two-stage cross-sectional observational study design was used:

1. Cultural adaptation to the Spanish context of the PISQ-IR questionnaire.
  - a) Translation: a panel of bilingual experts (Spanish/English) familiar with the methodology of questionnaires, PFDs, and sexual function assessment in Spain, carried out the translation of the original version of the PISQ-IR into the Spanish language (version-1 PISQ-IR questionnaire).
  - b) Panel of experts and patients: using an “ad-hoc” procedure, a panel composed of three experts in urogynecology and 10 patients, over 18 years old, with PFDs (7 sexually active and 3 sexually inactive), assessed the items of the version-1 PISQ-IR questionnaire in terms of their importance and comprehensibility. The version-2 PISQ-IR questionnaire was designed by qualitative analysis of the responses of the first panel, with minor changes from the version-1. Version-2 PISQ-IR questionnaire was again subjected to evaluation by a new panel of 10 patients with PFDs (sexually active and inactive), using the same methodology as the first panel. After the analysis carried out by three urogynecology experts, only a few items needed to be reformulated. With these minimal changes, a PISQ-IR version-3 was obtained and subjected to further revision, using the same methodology, until the version-4 or final version was obtained.

- c) Back translation: Spanish version-4 was back-translated into the language of the original questionnaire (English) by an expert bilingual linguist to ensure the conceptual equivalence with the original version
  - d) IUGA Committee approval: the result of the process was presented to the IUGA committee, which suggested some minor editorial changes. Once the IUGA translation Working Group had approved the last version, the final Spanish version of the PISQ-IR was achieved.
2. Evaluation of the psychometric properties of the Spanish version of the PISQ-IR. A cross-sectional observational study was carried out at the Urogynecology Unit of the University Hospital Parc Taulí. Data from 268 consecutive female patients attending the unit, older than 18 years, not pregnant, able to read/write and understand Spanish, and a with diagnosis of POP (pelvic organ prolapse), and/or UI (urinary incontinence), and/or AI (anal incontinence), were collected. Patients diagnosed with vulvodynia, painful bladder syndrome or chronic pelvic pain (defined as pelvic pain for more than 6 months) were excluded from the study. Patients signed a written consent as a prerequisite for their participation and did not receive any incentive or compensation for participation in the survey. The study was approved by the Ethical Committee of the University Hospital Parc Taulí. Researchers collected the following data through a case report form (CRF): demographic data (age, weight, height, origin, marital status, educational level, and employment status); clinical data (pregnancy, parity, hormonal and surgical history, diagnosis and treatment for PFD, current comorbidity, and medical history); and a physical examination (classification POP [10], Oxford scale [11], and type of pelvic floor muscles). In addition to the Spanish version of the PISQ-IR (the questionnaire and its subscales described in Table 1), the following questionnaires were administered to all participants:

- a) The Spanish version of the Sandvik Severity Scale [12]. It evaluates the severity of symptoms of urinary incontinence in women using two questions: how often do you leak urine? Could you estimate how much urine you leak?
- b) The Spanish version of the Female Sexual Function Index (FSFI) [13, 14]. It is an instrument for the evaluation of sexual function in women. It consists of 19 items grouped in six subscales: desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, and pain.
- c) The Spanish version of Pelvic Floor Distress Inventory consists of 20 items (PFDI-20) [15]. It assesses symptoms of PFD and the degree of

**Table 1** The PISQ-IR questionnaire and its subscales

		Q1 (sexually or not sexually active)
Not sexually active (NSA)	PR: partner-related	Q2a
		Q2b
	CS: condition-specific reasons for not being active	Q2c
		Q2d
		Q2e
		Q4a
	GQ: global quality rating of sexual quality	Q4b
		Q5a
	CI: condition impact on sexual quality	Q6
		Q3
Q5b		
Q5c		
Q5e		
Sexually active (SA)	Q12 (with or without partner)	Q7
		Q8a
	AO: arousal, orgasm	Q10
		Q11
		Q13
		Q14a
	PR: partner-related	Q14b
		Q8b
	CS: condition-specific impacts on activity	Q8c
		Q9
		Q19a
	GQ: global quality	Q19b
		Q19c
		Q20a
		Q18
	CI: condition-specific impact on sexual quality	Q20b
		Q20c
Q20d		
Q15		
D: sexual desire	Q16	
	Q17	

discomfort these symptoms cause. It consists of 20 items grouped in three dimensions that collect urinary symptoms (UDI), pelvic organ prolapse (POPDI) symptoms and colon–rectal–anal (CRADI) symptoms.

- d) The Epidemiology of Prolapse and incontinence Questionnaire (EPIQ) [16] (Spanish version). To assess the distressing symptoms of pelvic organ prolapse, a single question (#35) was used. The PISQ-IR is a new self-reported, multidimensional, condition-specific questionnaire whose results are based on the score for each subscale separately, rather than on one single total summary score. Each domain and subscale emerges as a distinct and independent result.

## Statistical analysis

Descriptive analysis of all demographic and clinical variables included in the CRF was performed. Absolute

and relative frequencies were obtained for qualitative variables. Measures of central tendency (mean) and dispersion (standard deviation) were calculated for quantitative variables. Differences between NSA and SA patients were assessed by Student’s *t* and Chi-squared tests for quantitative and qualitative variables respectively. As the sample included in the study ( $n = 118$  not sexually active, and sexually active  $n = 150$ ) was considered sufficient for the statistical test proposed in the study methodology [17, 18] (5–10 cases per item), psychometric properties of the PISQ-IR version in Spanish were evaluated.

Feasibility was analyzed by calculating the percentage of nonresponse and “floor” and “ceiling” effects (percentage of patients with minimum and maximum scores respectively) for each item.

To verify that the reliability of the Spanish version of the PISQ-IR was similar to that of the original version, internal consistency was assessed using Cronbach’s alpha.

Similarly, to confirm that the factorial structure of the PISQ-IR original version in English [7] was maintained in the Spanish version, a factor analysis (FA), using principal component analysis (PCA) with Varimax and Kaiser rotation, was carried out, once the suitability of the sample had been proven (KMO and Barlett sphericity test).

After exploring the normality of the variable and verifying the non-normality of the distribution (Kolmogorov–Smirnov test), the analysis of convergent validity was performed using the nonparametric Spearman’s correlation coefficient. Rho correlation coefficient was calculated between the total scores and dimensions of the PISQ-IR, together with other questionnaires completed by participants. All analyses were performed using the SPSS statistical package, version 19.

## Results

A sample consisting of 332 patients who attended the urogynecological unit and who met the selection criteria, were invited to participate in the study. Out of the 332 patients, 64 did not give their informed consent to fulfill the questionnaire on sexual function because they believed it had no relation to their PFD health problem.

Finally, data were obtained from a total sample of 268 patients with a mean age (SD) of 59.2 (11.5) years, a mean BMI (SD) of 29.6 (5.6), and an average parity (DE) of 2.6 (1.2) deliveries. A descriptive analysis of both study groups (sexually active and inactive) is shown in Table 2.

**Table 2** Demographic characteristics of the study groups

	Not sexually active	Sexually active, mean (SD)
<i>N</i>	118	150
Age (years), mean (SD)	64.9 (10.8)*	54.7 (10.0)*
IMC, mean (SD)	29.9 (5.1)	29.4 (5.9)
Parity, mean (SD)	2.7 (1.2)	2.5 (1.2)
Type of delivery (%)		
All cesarean section	1.8*	6.2*
Both vaginal and cesarean section	7.1	6.2
All vaginal delivery	91.1	87.6
Education (%)		
Elementary school	75.4	62.4
High school or more	14.4	34.9
Post-menopausal	93.2*	64.7*
Relationship status (%):		
Married/marriage-like relationship	53.4*	94.0*
Separated	4.2	4.0
Divorced	6.8*	0.7*
Widowed	33.0*	1.3*
Never married	2.5	-
Past surgical history (%)		
Hysterectomy	21.2	14.0
Prolapse surgery	12.7	10.3
Anti-incontinence surgery	5.1	8.7
Clinical diagnosis (%)		
Symptomatic POP	64.41	57.33
SUI	16.1	25.3
UUI	18.6*	10.0*
FI	16.9	15.3
POP-Q stage (%)		
O	13.6	18.0
I	42.4	52.7
II	19.5	12.0
III	18.6	12.77
IV	5.9	3.3

POP pelvic organ prolapse, SUI stress urinary incontinence, UUI urinary urgency incontinence, FI fecal incontinence

\**p* < 0.05

Sexually active women were younger, and presented a higher frequency of cesarean section, married status, and clinical diagnosis of urinary urgency incontinence (UUI).

**Psychometric properties of the Spanish version of the PISQ-IR**

The feasibility study showed that 98.3% of NSA women and 94.7% of SA women answered all the questionnaire

items. In the NSA group, 116 out of 118 women completed all items of the questionnaire, the remaining 2 left one and three items unanswered respectively. In the SA group, 142 patients out of 150 completed all the items, the remaining 8 left one item (2 women), three items (1 woman), and four items (4 women) unanswered. In 1 case, no response was obtained to any of the items in the questionnaire.

Cronbach's alpha coefficients were 0.79 and 0.91 for total NSA and SA scales. For the individual subscales, the Cronbach's alpha ranged from 0.54 (SA-CS subscale) to 0.91 (NSA-CI and SA-GQ subscales). All subscales showed good levels of internal consistency, except for 3 of them whose values were below the acceptable level of 0.7 (NSA-CS, SA-PR, and SA-CS; Table 3). Once measures of sampling adequacy (KMO and Bartlett test of sphericity) were proven, the structural validity was assessed by PCA. The loading factors of the items and the percentage of variance explained by each of the components are shown in Tables 4 and 5 for NSA and SA women respectively. The factorial structure showed a grouping scheme similar to the original version. For NSA women, two subscales arose in each domain. In the sexual inactivity domain, this analysis identified two factors that grouped questions related to specific and partner-related reasons for sexual inactivity respectively. The quality and satisfaction dimension also has two factors that grouped items relative to global quality and impact correspondingly (Table 4).

For sexually active women, factor analysis showed three factors for each dimension. In the sexual response dimension, the three factors grouped items about arousal/orgasm, partner-related and specific conditions respectively. In quality, satisfaction and desire dimension, the three identified factors grouped questions relative to global quality, impact, and desire (Table 5). The factor loading scores, always over 0.40, demonstrated a conceptual grouping similar to that of the original English version.

Convergent validity results are presented in Table 6 for both sexually active and not sexually active women. For sexually active women, condition-specific and condition impact factors (SA-CS and SA-CI) did not show correlation with physical examination measures, and moderate association with self-reported measures (-0.346 for SA-CS and ISI; and -0.363 for SA-CI and PFDI). However, the correlations were higher with self-reported sexual function measures (FSFI total score), especially for subscales 1 (0.809), 4 (0.750), and 6 (0.674). In the case of sexually inactive women, none of the physical measures showed significant correlations with the two condition-specific factors (NSA-CS and NSA-CI). For self-reported specific measures, the highest correlations were for item 35 of EPIC with both scales NSA-CS (0.358) and NSA-CI (0.394).

**Table 3** Reliability: internal consistency

	Cronbach's alpha (Spanish PISQ-IR)	95% CI*	<i>p</i>	Cronbach's alpha (English PISQ-IR)
NSA general (all items)	0.79	0.902–0.944	0.000	0.83
NSA-PR				
NSA-CS	0.67	0.627–0.782	0.000	0.79
NSA-GQ	0.87	0.829–0.906	0.000	0.91
NSA-CI	0.91	0.879–0.936	0.000	0.83
SA general (all items)	0.91	0.885–0.929	0.000	
SA-AO	0.71	0.627–0.782	0.000	0.74
SA-PR	0.63	0.514–0.725	0.000	0.77
SA-CS	0.54	0.402–0.658	0.000	0.63
SA-GQ	0.91	0.881–0.930	0.000	0.91
SA-CI	0.90	0.865–0.920	0.000	0.85
SA-D	0.79	0.721–0.841	0.000	0.75

**Discussion**

The Spanish version of the PISQ-IR is a well transculturally adapted and validated version of the original PISQ-IR, which meets the psychometric properties of feasibility, validity, and

reliability required for use in Spain for both clinical practice and research.

The main difference between the PISQ-IR and other specific measures of sexual health in women with pelvic floor disorders (PISQ, PISQ-12) is that this IUGA-

**Table 4** Structural validity. Principal component analysis. NOT sexually active women

	Scale 1: NSA-CS-: condition-specific	Scale 2: NSA-PR: partner-related	Scale 3: NSA-GQ: global quality	Scale 4: NSA-CI: condition impact
<b>Dimension: Sexual inactivity</b>				
<i>Condition-specific reasons for sexual inactivity</i>				
Por problemas de vejiga y/o intestinales (ej. incontinencia urinaria o fecal) y/o prolapso (sensación de bulto en la zona vaginal)	0.40			
Por mis otros problemas de salud	0.79			
Por dolor	0.81			
<i>Partner-related reason for sexual inactivity</i>				
No tengo pareja		0.54		
No tengo interés		0.88		
<b>Dimension: Quality and satisfaction</b>				
<i>Global quality</i>				
Por favor, rodee en cada una de las siguientes escalas el número (del 1 al 5) que mejor represente cómo se siente usted respecto a su vida sexual				
Satisfecha/insatisfecha			0.89	
Adecuada/inadecuada			0.91	
En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo "Me siento frustrada por mi vida sexual"			0.72	
En general, ¿en qué medida le molesta no tener actividad sexual?				0.87
<i>Condition impact</i>				
¿Cuánto limita su actividad sexual el temor a tener escapes de orina y/o heces y/o la sensación de bulto en la vagina (ya sea vejiga, recto o útero caídos)?				0.70
En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo "Me siento sexualmente inferior debido a mi incontinencia y/o prolapso"				0.74
"Me siento enfadada por el impacto que la incontinencia y/o prolapso tienen en mi vida sexual"				0.68

**Table 5** Structural validity. Principal component analysis, sexually active women

	Scale 1: SA-AO	Scale 2: SA-PR	Scale 3: SA-CS	Scale 4: SA-GQ	Scale 5: SA-CI	Scale 6: SA-D
<b>Dimension: Sexual response</b>						
<i>Arousal/orgasm</i>						
¿Con qué frecuencia se siente estimulada sexualmente (excitada físicamente o “está caliente”) durante la actividad sexual?	0.86					
Cuando tiene actividad sexual, ¿con qué frecuencia experimenta cada una de las siguientes sensaciones? Satisfecha	0.87					
¿Cómo son sus orgasmos ahora respecto a los orgasmos que ha tenido en el pasado?	0.72					
¿Con qué frecuencia siente dolor durante las relaciones sexuales con coito (penetración)?	0.41					
<i>Partner-related</i>						
¿Con qué frecuencia tiene su pareja algún problema (ej: falta de excitación, de deseo, de erección) que la limite a usted en su actividad sexual?		0.52				
¿En términos generales, considera usted que su pareja le influye de forma positiva o negativa en el deseo sexual que usted siente?		0.74				
¿En términos generales, considera usted que su pareja le influye de forma positiva o negativa en la frecuencia con la que usted tiene actividad sexual?		0.86				
<i>Condition-specific</i>						
Cuando tiene actividad sexual, ¿con qué frecuencia experimenta cada una de las siguientes sensaciones? Vergüenza			0.74			
Cuando tiene actividad sexual, ¿con qué frecuencia experimenta cada una de las siguientes sensaciones? Temor			0.78			
¿Con qué frecuencia tiene escapes de orina y/o escapes de heces con cualquier tipo de actividad sexual?			0.64			
<b>Dimension: Quality, satisfaction and desire</b>						
<i>Global quality</i>						
Por favor, rodee en cada una de las siguientes escalas el número (del 1 al 5) que mejor represente cómo se siente usted respecto a su vida sexual: (Adecuada...Inadecuada)				0.85		
Por favor, rodee en cada una de las siguientes escalas el número (del 1 al 5) que mejor represente cómo se siente usted respecto a su vida sexual: (Satisfecha...Insatisfecha)				0.86		
Por favor, rodee en cada una de las siguientes escalas el número (del 1 al 5) que mejor represente cómo se siente usted respecto a su vida sexual: (Segura...Insegura)				0.77		
Me siento frustrada por mi vida sexual (Muy de acuerdo/Muy en desacuerdo)				0.73		
<i>Condition impact</i>						
¿Cuánto limita su actividad sexual el temor a tener escapes de orina y/o heces y/o la sensación de bulto en la vagina (prolapso)?				0.86		
“Me siento sexualmente inferior debido a mi incontinencia y/o prolapso”				0.89		
“Me siento avergonzada por mi vida sexual”				0.63		
“Me siento enfadada por el impacto que la incontinencia y/o el prolapso tienen en mi vida sexual”				0.89		
<i>Desire</i>						
Cuando tiene actividad sexual, ¿con qué frecuencia siente que quiere más?					0.86	
¿Con qué frecuencia tiene usted deseo sexual (esto puede incluir querer mantener relaciones sexuales, tener pensamientos sexuales, fantasías, etc)?					0.79	
¿Cómo evaluaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?					0.73	

AO orgasm, PR partner-related, CS condition-specific, GQ global quality, IC condition impact, D desire

revised version of the PISQ questionnaire evaluates not only the impact on sexual function in sexually active women, but also the impact of pelvic floor dysfunction on sexual activity.

The proportion of nonsexually active women attending an urogynecological practice is higher in our study population (118 out of 268 women) than in the English version (188

out of 589 women), Mandarin version (41 out of 106 women), Arabic (from Egypt) version (30 out of 172 women), the Saudi Arabian (Arabic) version (75 out of 227 women), the German version (66 out of 197 women) and the Hungarian version (68 out of 178 women) [19–23].

The difficulty of having an adequate “gold standard” is one of the most common problems in validation studies of

**Table 6** Convergent validity: correlations with other instruments

	Dimension: sexual response			Dimension: quality, satisfaction and desire			Dimension: sexual inactivity	Dimension: quality and satisfaction
	Scale 1: SA-AO	Scale 2: SA-PR	Scale 3: SA-CS	Scale 4: SA-GQ	Scale 5: SA-CI	Scale 6: SA-D	Scale 1: NSA-CS	Scale 4: NSA-CI
<b>Sexually active</b>								
<i>Physical examination measures</i>								
POPQ			0.145		0.012			
Pelvic floor tone			0.084		−0.11			
Oxford scale			−0.141		0.01			
<i>Self-reported condition-specific measures</i>								
ISI			−0.346*		−0.158			
PFDI-20			−0.167**		−0.363*			
EPIC (item #35)			0.014		−0.241**			
<i>Self-reported sexual function measures</i>								
FSFI: desire	0.639*			0.528*		0.871*		
FSFI: arousal	0.742*			0.677*	0.363*			
FSFI: lubrication	0.552*							
FSFI: orgasm	0.694*							
FSFI: satisfaction		0.469*	0.334*	0.785*				
FSFI: pain	0.416*		0.028		0.252*			
FSFI: total score	0.809*	0.428*	0.271*	0.750*	0.390*	0.674*		
<b>Sexually inactive</b>								
<i>Physical examination measures</i>								
POPQ							0.107	0.118
Pelvic floor tone							−0.13	−0.131
Oxford scale							0.162	0.134
<i>Self-reported condition-specific measures</i>								
ISI							0.244**	0.177
PFDI-20							0.336*	0.294*
EPIC (item #35)							0.358*	0.394*

AO orgasm, PR partner-related, CS condition-specific, GQ global quality, CI condition impact, D desire, AI anal incontinence, POPQ Pelvic Organ Prolapse Quantification, ISI Incontinence Severity Index, PFDI-20 Pelvic Floor Distress Inventory short form, EPIC item 35 Epidemiology of Prolapse and Incontinence question 35, FSFI Female Sexual Function Index

\* $p < 0.01$  level

\*\* $p < 0.05$  level

questionnaires, which impedes the analysis of criteria validity. In these cases, construct validity should be evaluated, both by the analysis of factor structure and by the association with other measurement tools of similar constructs (convergent validity). Therefore, the association between the Spanish PISQ-IR and other Spanish validated questionnaires commonly used in pelvic floor disorders was studied calculating their correlation coefficients, as a measure of convergent construct validity.

One of the limitations of our study was the number of selected women who did not give their informed

consent (64 out of 332 patients) to participate and fulfill the questionnaire on sexual function. Most of them thought that sexual life was not related to their pelvic floor dysfunction. Difficulties arising from the lack of understanding of some questions (owing to a low level of education or a lack of understanding of the meaning of some of the terms of the questionnaire), were solved by the method of controlled delivery of the questionnaires (self-completion, but with the availability of a professional to resolve the doubts that may arise during the completion of the questionnaire), as controlled

delivery does not interfere with the self-completion and provides the subjects with the possibility of having a competent person to answer their doubts.

The method of completing the questionnaire (controlled delivery), with the possibility of assistance by qualified personnel to answer patient's doubts may have artificially increased the response rate. However, it was decided to use this method to reduce problems arising from cultural barriers (difficulty for women to talk about these issues with the doctor) or a lack of understanding of the questions, once it has been shown that there are no differences between the controlled delivery method and self-completion of the questionnaires.

In reference to the feasibility of the PISQ-IR, 98.3% of NSA patients and 94.7% of SA women filled out all items of the PISQ-IR. The reliability of the questionnaire was high. Cronbach's alpha for the items of NSA women was 0.79 and for SA women 0.91. A value greater than 0.6 is considered acceptable [17, 18]. The results are very similar to those of the original validation study (range of Cronbach's alpha between 0.63 and 0.91). Although Cronbach's alpha is elevated in both groups, the value is lower in NSA women. Cronbach's alpha coefficient is an inherent property of the response pattern of the population studied, not a feature of the scale itself; that is, the alpha value can change according to the population to which the scale is applied [24]. Regarding construct validity, in general, the factorial analysis demonstrated that the structure of the Spanish version was similar to that of the original English version, except for item 6. On the other hand, convergent validity was assessed calculating correlation coefficients between PISQ-IR scores and other questionnaires scores used in the study (ISI, FSFI, PFDI-20, item #35 of the EPIQ questionnaire). As expected, there was a strong association with self-reported sexual function measures (FSFI total scores), especially in sexually active women and for orgasm, global quality, and desire subscales [18].

Although the results obtained demonstrate the internal consistency and construct validity of the Spanish version of the PISQ-IR, it is necessary to carry out new studies to evaluate other validation dimensions such as test-retest reliability and responsiveness, which were established in the original publication.

In contrast to previously reported questionnaires, the PISQ-IR has been validated in a population of women with anal incontinence and allows the evaluation of women without a partner or those who do not consider themselves to be sexually active. It is important not to underestimate the impact of PFDs on sexual function as women with severe PFD may elect to become sexually inactive [7, 25].

## Conclusion

In conclusion, there is a suitably adapted and validated Spanish version of the PISQ-IR, which meets the psychometric criteria of feasibility, validity, and reliability for use in Spain, both in clinical practice and in research.

## Compliance with ethical standards

**Conflicts of interest** None.

**Ethics committee/institutional review board** Approved by Ethics Committee of Parc Taulí Hospital Universitari.

## References

- Omotosho TB, Rogers RG. Shortcomings/strengths of specific sexual function questionnaires currently used in urogynecology: a literature review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009;20 Suppl 1:S51–6.
- Rockwood T, Constantine M. Item and instrument development to assess sexual function and satisfaction in outcomes research. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009;20 Suppl 1:S57–64.
- Espuna PM. Sexual health in women with pelvic floor disorders: measuring the sexual activity and function with questionnaires—a summary. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009;20 Suppl 1:S65–71.
- Espuña-Pons M, 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(2):211–9.
- Rogers RG, Kammerer-Doak D, Villarreal A, Coates K, Qualls C. A new instrument to measure sexual function in women with urinary incontinence or pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(4):552–8.
- Rogers RG, Coates KW, Kammerer-Doak D, Khalsa S, Qualls C. A short form of the pelvic organ prolapse/urinary incontinence sexual questionnaire (PISQ-12). *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2003;14(3):164–8.
- Rogers RG, Espuna Pons ME. The Pelvic Organ Prolapse Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J.* 2013;24(7):1063–4.
- Rogers RG, Rockwood TH, Constantine ML, et al. A new measure of sexual function in women with pelvic floor disorders (PFD): the Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-Revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J.* 2013;24(7):1091–103.
- Rockwood TH, Constantine ML, Adegoke O, et al. The PISQ-IR: considerations in scale scoring and development. *Int Urogynecol J.* 2013;24(7):1105–22.
- Bump R, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175(1):10–7.
- Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.* 2010;21(1):5–26.
- Sandvik H, Espuna M, Hunskaar S. Validity of the incontinence severity index: comparison with pad-weighing tests. *Int Urogynecol J.* 2006;17(5):520–4.
- Rosen R, Brown C, Heiman J, 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(2):191–208.
- Blümel JE, Binfa E, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre L, Sará S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2004;69(2):118–25.
- Sanchez-Sanchez B, Torres-Lacombe M, Yuste-Sanchez MJ, et al. Cultural adaptation and validation of the Pelvic Floor Distress Inventory short form (PFDI-20) and Pelvic Floor Impact Questionnaire short form (PFIQ-7) Spanish versions. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;170(1):281–5.
- Espuña-Pons M, Crespo MF, Amoros MA, Alvarez PR, Soto MP. Spanish validation of the Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire-EPIQ. *Actas Urol Esp.* 2009;33(6):646–53.
- Kline P. A handbook of test construction. New York: Methuen; 1986.
- Kline P. An easy guide to factor analysis. Newbury Park: Sage; 1994.
- Wang H, Lau HH, Hung MJ, Huang WC, Zheng YW, Su TH. Validation of a Mandarin Chinese version of the pelvic organ prolapse/urinary incontinence sexual questionnaire, IUGA-revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J.* 2015;26(11):1695–700.
- El-Azab AS, Ghoniem GM, Leu SY, Nguyen DV. Arabic validation of the pelvic organ prolapse/incontinence sexual questionnaire, IUGA-revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J.* 2015;26(8):1229–37.
- Trutnovsky G, Nagele E, Ulrich D, et al. German translation and validation of the Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire-IUGA revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J.* 2016;27(8):1235–44.
- Al-Badr A, Al-Juraifani R, Al-Sheikh G, Al-Mandeel H, Al-Dakhyel L, Al-Shahrani N. Validation of the International Urogynecology Association's Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire in Arabic. *Int Urogynecol J.* 2017;28(3):437–45.
- Farkas B, Tiringier I, Farkas N, Kenyeres B, Nemeth Z. Hungarian language validation of the Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-Revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J.* 2016;27(12):1831–6.
- Streiner DL. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. *J Pers Assess.* 2003;80:217–22.
- Mestre M, Lleberia J, Pubill J, Espuña-Pons M. Questionnaires in the assessment of sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Actas Urol Esp.* 2015;39(3):175–82.

TESIS DOCTORAL

.....  
MONTSERRAT MESTRE COSTA



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA



**Parc Taulí**  
Hospital Universitari

PROGRAMA DE DOCTORAT MEDICINA I RECERCA TRANSLACIONAL.  
FACULTAT DE MEDICINA I CIÈNCIES DE LA SALUT. UNIVERSITAT DE BARCELONA. 2022