



Universidad de Concepción  
Dirección de Postgrado  
Programa de Magister en Salud Sexual y Reproductiva

# **DETERMINANTES DE LA DISFUNCIÓN DE PISO PÉLVICO Y FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES RESIDENTES DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN**

Tesis para la obtención al grado de Magíster en Salud Sexual  
y Reproductiva

LUNA FERNANDA ORELLANA

GAETE

CONCEPCIÓN-CHILE

Mayo 2022

Profesora Guía: Carolina Bascur Castillo  
Dpto. de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina  
Universidad de Concepción

## DEDICATORIA

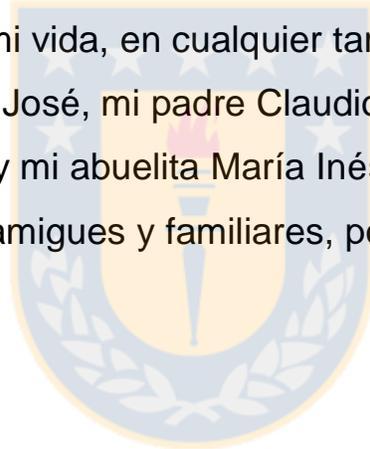
A todas aquellas mujeres que permanecen en silencio día a día,  
enfrentándose solas ante este conjunto de disfunciones, que  
frecuentemente normalizamos como comunidad fallándoles una vez más.



## **AGRADECIMIENTOS**

A mis mentoras Mercedes, Yolanda, y en especial, a Carolina, por toda la confianza, dedicación por su trabajo y por su ímpetu en avanzar hacia políticas públicas que respondan verdaderamente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las mujeres, disidencias sexuales, niños, jóvenes y adolescentes, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de toda la población.

También, agradecer a quienes desde siempre me han apoyado y acompañado en mi vida, en cualquier tarea que me proponga. Mi madre María José, mi padre Claudio Marcelo, mis hermanos Gaspar y Emilia, y mi abuelita María Inés. Por último, a mi pareja Diego, a mis amigos y familiares, por acompañarme en este intenso proceso.





## Tabla de Contenidos

Dedicatoria.....	..ii
Agradecimientos.....	..iii
Tabla de Contenidos.....	..v
Índice de tablas.....	..vi
Resumen.....	..vii
Abstrac.....	..ix
Introducción.....	..1
Planteamiento del Problema.....	..3
Marco teórico.....	..4
Objetivos General y Específicos.....	..21
Hipótesis.....	..22
Material y Método.....	..23
Tipo de estudio.....	..23
Población de estudio.....	..23
Muestra.....	..23
Criterios de inclusión y exclusión.....	..24
Variables de estudio.....	..24
Recolección de la información.....	..24
Análisis de la información.....	..25
Consideraciones éticas.....	..26
Resultados.....	..27
Discusión.....	..43
Conclusiones.....	..48

Limitaciones.....	..49
Proyecciones.....	..50
Referencias Bibliográficas.....	..51
Anexos.....	..61
Anexo 1: Tabla de variables del perfil biosocial.....	..61
Anexo 2: Cuestionarios.....	..63
Anexo 3: Resoluciones de aprobación Comité Ético Centífico del Servicio de Salud Concepción.....	..85



## Índice de tablas

Tabla 1. Medidas de tendencia central y dispersión de las características biosociales.....	..27
Tabla 2. Características biosociales destacadas.....	..27
Tabla 3. Medidas de tendencia central y dispersión de las características gineco-obstétricas.....	..30
Tabla 4. Características gineco-obstétricas destacadas.....	..30
Tabla 5. Distribución por tipos de disfunciones del piso pélvico.....	..32
Tabla 6. Medidas de tendencia central y dispersión de los puntajes obtenidos del instrumento IFSF.....	..33
Tabla 7. Categorización resultados IFSF.....	..33
Tabla 8. Categorización de la percepción de la calidad de vida general.....	..35
Tabla 9. Análisis puntajes instrumento Short Form 12 (SF-12).....	..35
Tabla 10. Análisis instrumento Short Form 12 (SF-12) desglosado por pregunta.....	..36
Tabla 11. Asociación entre el promedio total de SF12 e IFSF según grupo comparativo...	..39
Tabla 12. Análisis instrumento PISQ-12 aplicado al grupo con DPP (n=89).....	..40
Tabla 13. Análisis instrumento PISQ-12 por subtipo de incontinencia urinaria.....	..41

## RESUMEN

**Introducción:** Se estima que la prevalencia de Disfunciones del Piso Pélvico (DPP), solo en mujeres posmenopáusicas, asciende al 45%, lo que supone una carga considerable tanto para las usuarias como para el sistema de salud, puesto que este conjunto de disfunciones afectan directa y significativamente la calidad de vida de las mujeres, limitando su autonomía y sexualidad. **Objetivo:** Evaluar la función sexual y calidad de vida de mujeres con Disfunción(es) del piso pélvico. **Método:** Estudio cuantitativo, observacional, de corte transversal analítico. Se compararon los resultados obtenidos de dos grupos, los cuales fueron pareados según su edad, IMC y lugar de residencia, incluyendo 89 mujeres en presencia de alguna disfunción de piso pélvico (grupo Con DPP) y 89 mujeres sin esta patología (grupo Sin DPP), todas usuarias atendidas en los centros de salud primaria y/o secundaria, pertenecientes a la Provincia de Concepción. Se aplicaron los instrumentos IFSF, SF-12 a ambos grupos y el PISQ-12 al conjunto de casos, todos validados al español. **Resultados:** Ambos grupos presentan igual riesgo de una disfunción sexual femenina. En cuanto a la percepción de calidad de vida, poco menos de la mitad de las mujeres con riesgo del grupo de casos considera tener una media o baja calidad de vida, en cambio, la mayoría del grupo control en riesgo de una disfunción sexual considera tener una alta calidad de vida. El dominio físico presenta la mayor diferencia estadística. **Conclusiones:** A pesar de que ambos grupos presentan el mismo riesgo de desarrollar una disfunción sexual, existen diferencias en la calidad de vida sexual y en la percepción de su salud física. Se necesitan más estudios, principalmente cualitativos, que nos permitan profundizar y comprender como entienden este concepto aquellas mujeres afectadas en sus diversos contextos.

**Palabras clave:** Pelvic Floor Disorders, Sexual Dysfunction, Quality of Life, Pelvic Organ Prolapse, Fecal Incontinence, Urinary Incontinence.

## ABSTRACT

**Introduction:** It is estimated that the prevalence of Pelvic Floor Dysfunction (PFD) only in postmenopausal women is 45%, which is a considerable burden for both users and the health system, since this set of dysfunctions directly and significantly affects the quality of life of women, limiting their autonomy and sexuality. **Objective:** To evaluate sexual function and quality of life of women with pelvic floor dysfunction(s). **Methods:** Quantitative, observational, analytical cross-sectional study. The results obtained from two groups were compared, which were matched according to age, BMI and place of residence, including 89 women with pelvic floor dysfunction (group with PFD) and 89 women without this pathology (group without PFD), all users attended in primary and/or secondary health centers belonging to the Province of Concepción. The IFSF and SF-12 instruments were applied to both groups and the PISQ-12 to the group of cases, all validated in Spanish. **Results:** Both groups presented equal risk of female sexual dysfunction. As for the perception of quality of life, slightly less than half of the women at risk in the group of cases considered themselves to have a medium or low quality of life, while most of the control group at risk of sexual dysfunction considered themselves to have a high quality of life. The physical domain presents the greatest statistical difference. **Conclusions:** Although both groups present the same risk of developing sexual dysfunction, there are differences in sexual quality of life and in the perception of their physical health. More studies are needed, mainly qualitative, that allow us to deepen and understand how affected women comprehend this concept in their diverse contexts.

**Key words:** Pelvic Floor Disorders, Sexual Dysfunction, Quality of Life, Pelvic Organ Prolapse, Fecal Incontinence, Urinary Incontinence.

## INTRODUCCIÓN

Las Disfunciones del Piso Pélvico (DPP) son un conjunto complejo de patologías que alteran la vida de millones de mujeres en el mundo. La evidencia ha demostrado que entre el 40 a 50% de las mujeres reportan quejas sexuales. Aquellas mujeres con DPP, además de reportar estas quejas, presentan altos niveles de dispareunia y/o disminución del deseo, entre otros trastornos sexuales, alcanzando tasas que fluctúan entre el 19 al 50%. Es así como podemos constatar el perjuicio que esto les genera en el día a día, lo que se refleja en la mayoría de los estudios realizados en mujeres que presentan Incontinencia Urinaria (IU) y/o Prolapso de Órganos Pélvicos (POP), los cuales concuerdan en que el 50 al 60% de las mujeres que acuden a una consulta, por síntomas derivados de estas 2 patologías, son sexualmente activas.

Es necesario considerar a las DPP como un problema de salud pública, que si bien, no representan una urgencia vital, si afectan directa y significativamente la calidad de vida de las usuarias al limitar su autonomía y sexualidad, causando un gran deterioro a nivel emocional, en la autoestima e incluso en el plano económico. También, han sido asociadas a tasas más altas de trastornos afectivos, como depresión y ansiedad, que podrían llegar a causar incluso un deterioro funcional, el cual, se ha asociado con un aumento tres veces mayor del riesgo de aislamiento social, entre otras múltiples y complejas consecuencias. Por tanto, se plantea que las DPP podrían ser un factor precipitante de variados trastornos sexuales y mentales debido al gran impacto que estas entidades tienen en la esfera social, sexual y emocional.

Al analizar con mayor profundidad la alteración de los componentes de la función sexual femenina según tipo de DPP, aún se reportan diversos resultados. Si bien, se han logrado identificar los principales dominios afectados, por ejemplo, en la IU, aún no se ha logrado establecer con certeza si hay diferencias y cuales serían éstas según subtipo de esta entidad, así como tampoco, se ha identificado con claridad el grado de implicancia que tendría la intervención quirúrgica en los diferentes componentes de la función sexual; en cuanto al POP, se ha logrado asociar

alteraciones en la imagen corporal de estas mujeres, sin embargo, faltan estudios que evalúen la realidad de las usuarias que presenten esta patología como entidad única de DPP, ya que la mayoría de las investigaciones realizadas en esta área asocian la IU con el POP, por lo que no pueden establecerse conclusiones por separado. Lo mismo ocurre con la IF, puesto que variadas son sus definiciones clínicas, por lo que no se logra una población homogénea a estudiar, por tanto, los resultados publicados han sido contradictorios.

La mayoría de los autores que trabajan esta temática concuerdan en que futuros estudios que quieran analizar el fenómeno que ocurre en el ámbito de la sexualidad en mujeres que presentan DPP deben mejorar las metodologías utilizadas, lograr estudiar tamaños muestrales más grandes con grupos comparativos e investigar las entidades de DPP por separado. Por tanto, faltan investigaciones que evalúen y analicen la función sexual de mujeres con DPP que incluyan estas recomendaciones, para lograr que los diferentes sistemas sanitarios a nivel mundial logren incorporar lineamientos reales que promuevan y protejan la salud pélvica y los derechos sexuales de las mujeres.

Ante lo expuesto, y considerando la realidad local, tanto a nivel nacional como regional, la presente investigación tiene por objetivo evaluar la función sexual y la percepción de calidad de vida de mujeres con Disfunción/es del piso pélvico, atendidas en el Servicio de Salud Concepción.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tras una extensa búsqueda y revisión de la literatura que estudiara la relación entre la calidad de vida y la función sexual en mujeres que presentaban alguna DPP, se aprecia la necesidad de profundizar en la detección de los componentes de la función sexual que se alteran cuando se presenta una o más DPP, así como la de generar evidencia en el contexto nacional y regional, que establezca perfiles para el posterior ejercicio de tamizaje, y que evalúe el nivel de alteración en la calidad de vida y función sexual de estas mujeres, lo que representa un vacío en el conocimiento del fenómeno, que en consecuencia propicia el desconocimiento por parte de los profesionales de salud traduciéndose en una atención sanitaria insuficiente e ineficiente.

Por tanto, se plantea la siguiente pregunta de Investigación: ¿Cuánto se ve afectada la función sexual y la calidad de vida de las mujeres con disfunción de piso pélvico atendidas en el Servicio de Salud Concepción?

A nivel mundial la producción científica disponible que evalúa la calidad de vida y la función sexual en mujeres con DPP es variada y limitada, en gran parte, debido a la heterogeneidad tanto en las metodologías utilizadas como las unidades de estudio evaluadas, y a la complejidad de las variables que deben ser analizadas. En el contexto nacional, es una temática poco abordada con escasos estudios realizados y publicados.

Esta falta de conocimiento propicia la inexistencia de una política pública sanitaria que responda a las necesidades específicas, que presenta este 46% aprox. de mujeres en presencia de DPP, a pesar del perjuicio que este conjunto de patologías genera en la calidad de vida y sexualidad. Es por esto, que surge la motivación de generar evidencia, que ayude a comprender como se desarrolla la salud sexual de mujeres en presencia de DPP en la realidad local, además, de aportar al diseño de posibles estrategias que mejoren la oferta sanitaria para esta población.

## MARCO TEÓRICO

El piso pélvico es el conjunto de huesos, músculos, nervios, fascias y ligamentos que se integran de manera estructural y funcional, contiguos a la región abdominal, que permite la suspensión de los órganos pélvicos, de forma similar a la de una hamaca. Los órganos ubicados en esta zona participan en varios sistemas del organismo, destacando su función a nivel postural, sexual y en la continencia tanto urinaria como fecal. Específicamente, la región pélvica femenina contiene órganos del sistema genitourinario, reproductivo y gastrointestinal, tales como la vejiga, uretra, útero, anexos, vagina, recto y ano, como órganos principales<sup>1</sup>. A nivel óseo, se compone de dos huesos coxales, el sacro y el cóccix. En cuanto al tejido conectivo, la fascia endopélvica, compuesta por fibras colágenas tipo I y III, es quien recubre todo el piso pélvico insertándose en la pared de la pelvis ósea, cuya condensación da origen a ligamentos de soporte de los órganos pélvicos (ligamento úterosacro, cardinales, etc.). Además, posee cinco elementos musculares pares principales, reconocidos como músculo recto del abdomen, músculos piriformes, obturador interno, coccígeo y el elevador del ano, que cubren gran parte de la superficie pélvica. Estos dos últimos, forman el diafragma pélvico, estructura clave de soporte, que cierra el estrecho inferior de la pelvis. El elevador del ano, músculo estriado que suspende la pared vaginal en la pelvis y que presenta forma de embudo, se encuentra constituido por diferentes haces musculares (haz pubocóxigeo, puborrectal e iliocóxigeo) que rodean los órganos pélvicos, siendo uno de los músculos fundamentales para que se produzca el soporte de la pared vaginal y de órganos pélvicos, como también, la continencia urinaria y fecal<sup>1,2</sup>. El daño y debilitamiento de la musculatura y/o de los tejidos que componen el suelo pélvico, se agrupan dentro del descriptor/concepto denominado Disfunciones del Piso Pélvico (DPP), las cuales se dividen en Prolapso de Órganos Pélvicos (POP), Incontinencia Fecal (IF), Incontinencia Urinaria (IU), y otras anomalías sensoriales y de vaciamiento del tracto urinario inferior y gastrointestinal que provocan una alteración en la fisiología de los sistemas de los cuales participan, además, de impactar negativamente en la calidad de vida de las mujeres que desarrollan alguna de estas patologías<sup>3</sup>.

Las definiciones y prevalencias de los distintos trastornos del piso pélvico son variadas. Cabe destacar, en cuanto a la prevalencia, que ésta suele estar subestimada puesto que la mayoría de las mujeres que tienen alguna DPP suelen no consultar a un profesional sanitario por vergüenza de buscar ayuda por los síntomas provocados por esta afección. Aun así, se estima una prevalencia, en presencia de una o más DPP, del 46% según lo reportado por Milsom I et al<sup>4</sup>.

El POP es la caída, deslizamiento o salida anormal de los órganos pélvicos a través del introito vaginal, siendo definida por la International Continence Society (ICS), como cualquier etapa de prolapso “mayor a cero”. Por lo que, su prevalencia bajo esta definición, oscila entre un 27% a 98% de las mujeres<sup>5</sup>, siendo una patología frecuente, donde por consenso se tratan solo aquellos sintomáticos (desde o que sobrepasan el himen) y que representen una molestia para las pacientes, por lo que, estas cifras se estrechan entre un 30 y 65% que corresponde a mujeres que acuden a una consulta ginecológica sintomáticas y padecen POP en estadio II<sup>6</sup>, por lo que se estima que nueve de cada diez mujeres presentarían algún grado de prolapso durante su vida<sup>5,7</sup>.

La prevalencia de la IF varía de un 2% a un 25%<sup>8</sup>, la cual se define comúnmente como la pérdida involuntaria de heces (líquidas o sólidas)<sup>9</sup>.

Por último, la IU definida por la ICS, como cualquier pérdida involuntaria de orina, se estima con una prevalencia en mujeres menores de 65 años, de 18 a 46%, mientras que puede ascender al 73% en adultas mayores<sup>10,11</sup>. Esta disfunción, afecta directa y significativamente la calidad de vida de las usuarias, limitando su autonomía e influyendo en su autoestima<sup>12</sup>.

Para la total comprensión de las diferentes DPP, es preciso mencionar los mecanismos fisiológicos de la continencia y micción, como también, los mecanismos fisiopatológicos que desarrollan por separado cada una de estas disfunciones, que a nivel anatomofisiológico comparten.

El POP tiene diferentes clasificaciones. Existe la terminología genérica basada en el órgano prolapsado a través de la vagina (cistocele: vejiga, uretrocele: uretra, histerocele: útero, rectocele: recto, enterocele: peritoneo con epiplón y/o vísceras,

colpocele: cúpula vaginal en histerectomizadas y prolapso completo: incluye histerocele, cistocele y rectocele) que denotará el compartimento afectado (anterior: cistocele; posterior: rectocele; y apical: histerocele o colpocele) de lo cual dependerá el posterior tratamiento. Otro método más preciso, es el sistema simplificado "POP Quantification" (POP-Q), donde se describe la protrusión de los tres compartimentos vaginales en relación al himen vaginal y el borde más distal del prolapso, considerando así 9 puntos de reparo que se miden en Valsalva, que agrupa el grado de POP en cinco estadios diferentes (de cero a cuatro)<sup>5,13</sup>.

Aunque no existe una teoría que explique el mecanismo fisiopatológico de todos los tipos de POP, se ha observado un daño en los mecanismos de soporte de los órganos pélvicos (en músculos del piso pélvico, el tejido conjuntivo del piso pélvico y la pared vaginal), principalmente en el músculo elevador del ano y la fascia endopélvica, en un porcentaje importante (40 a 60%) de pacientes con diagnóstico de POP<sup>5</sup>. La lesión del músculo elevador del ano conlleva un aumento o apertura del hiato urogenital (espacio anatómico, que corresponde a la distancia entre el meato uretral externo y la región media de la porción posterior del himen)<sup>14</sup>, por la pérdida de compresión vaginal, uretral y rectal, lo que genera un aumento de tensión y distensión en la fascia, ya que deben soportar una mayor fuerza proyectada por la presión intraabdominal, que a largo plazo, genera un desgaste o ruptura de las estructuras de sostén, que dependiendo de dónde se localice el daño, será el tipo de prolapso a generar<sup>4,6</sup>.

Los factores de riesgo más relevantes que se conocen para el desarrollo del POP son el parto vaginal, edad, elevación de la presión intraabdominal, cirugías pélvicas, lesión neurológica, estreñimiento, obesidad (IMC  $\geq 25$ ) y factores genéticos asociados alteraciones colágenas. Sin embargo, no se sabe con precisión la importancia relativa que tiene cada uno de estos, por lo que, debido a este desconocimiento no hay estrategias claras de prevención<sup>4,5,7</sup>.

En cuanto al tratamiento, existen tres lineamientos terapéuticos que apuntan a reparar la falla anatómica junto a la preservación de la funcionalidad. Entre ellos encontramos a la observación clínica, la cual se basa en el control periódico, opción

respaldada por la evidencia científica reciente que ha demostrado ser una opción en aquellas mujeres con presentación asintomáticas y estadios iniciales I y II (POP hasta 1 cm distal al anillo del himen), las cuales se han visto beneficiadas por esta práctica<sup>5</sup>. Otro abordaje, consiste en el tratamiento conservador cuya base es el uso de “pesario”, los cuales son dispositivos de silicona que reduce el POP obstaculizando la protrusión, que suelen ser de un tamaño mayor al introito, para lograr el apoyo de estos órganos pélvicos<sup>5,6</sup>. La ejercitación de la musculatura pélvica y el uso de estrógenos locales también son estrategias conservadoras, pero con una menor eficiencia que el pesario<sup>4,6</sup>. Por último, existe el tratamiento quirúrgico, estrategia utilizada en POP sintomáticos, donde se emplean técnicas obliterativas (Colpocleisis parcial o total) y reconstructivas, las cuales dependerán del compartimento a intervenir (anterior, Plastía vaginal; apical, Colposacropexia con abordaje abdominal, Suspensión a ligamento sacroespinoso vaginal y Suspensión alta al ligamento uterosacro con abordajes por vía vaginal; posterior, Colporrafia posterior por vía transvaginal)<sup>6</sup>.

Por su lado, la IU se clasifica frecuentemente en tres subtipos (de esfuerzo, de urgencia y mixta). En la IU de esfuerzo (IUE) la fuga de orina es sincrónica con el esfuerzo o ejercicio que aumentan la presión abdominal, donde además existe una disminución de la resistencia uretral a causa de una hipermovilidad, producto de una falla en su fijación y/o del esfínter uretral<sup>15</sup>. La IU de urgencia (IUU) es en la cual repentinamente surge el deseo de orinar de manera intensa que es difícil de controlar o retardar dado por una contracción involuntaria del músculo detrusor<sup>15</sup>. Cuando hay una asociación de IUE y IUU se le denomina IU mixta (IUM)<sup>11,16</sup>.

Tanto la continencia como la micción urinaria se produce por una compleja interacción neuromuscular, ejecutada en tres órganos principales, donde la coordinación de las facultades autónomas, motoras somáticas y cognitivas son fundamentales<sup>15,17</sup>. El esfínter uretral interno, el músculo detrusor (de tipo liso) de la vejiga, ambos modulados por el Sistema Nervioso Autónomo (SNA) y el esfínter uretral externo, que se encuentra inervado por neuronas motoras somáticas voluntarias. El llenado vesical aumenta la presión interna en la vejiga lo que es captado por los mecanorreceptores del músculo detrusor y crea una señal aferente

que viaja por el asa dorsal hasta llegar a la zona sacra de la médula espinal. Desde este centro modulador se proyectan señales hacia la sustancia gris periacuaductal del mesencéfalo, zona que también recibe aferencias desde estructuras del sistema límbico, quienes evalúan el riesgo e importancia emocional de señales contextuales como la micción segura y el espacio socialmente aceptado. Cuando la presión tiene un aumento leve a moderado, las señales y estructuras nerviosas simpáticas del SNA permiten que el músculo detrusor se mantenga relajado y el esfínter uretral interno se mantenga bajo contracción, lo que permite la continencia durante el llenado vesical. Una vez alcanzado este llenado, ocurren dos acontecimientos. Disminuye la actividad simpática produciendo un aumento de la actividad parasimpática, lo que provoca la relajación y apertura del esfínter uretral interno y la contracción del detrusor. De forma paralela, se envía la señal hacia la sustancia gris periacuaductal, que activa las neuronas premotoras del “centro pontino de la micción”, el cual proyecta señales eferentes hacia las neuronas parasimpáticas del detrusor, aumentando la fuerza en la contracción de este músculo, además, proyecta la señal hacia neuronas del asta ventral del segmento sacro que inhiben de manera transitoria a las neuronas motoras somáticas voluntarias del esfínter uretral externo, causando la relajación y apertura del mismo, produciendo finalmente la micción. Por tanto, la lesión o disfunción que deteriore la actividad de los centros integradores son el principal mecanismo que falla en la IUU o en síndromes de hiperactividad vesical<sup>15,17</sup> Existen múltiples factores que intervienen en la aparición de esta patología, donde destacan la edad, el ejercicio de alto impacto, el IMC (>30) que junto al aumento de peso provocarían el aumento crónico de la presión intraabdominal, que en consecuencia, produce un aumento en la presión intravesical que supera la presión de cierre uretral y conduce a la incontinencia<sup>18</sup>; algunos antecedentes obstétricos, como el número de gestaciones, donde se produce un daño estructural del suelo pélvico debido a los cambios fisiológicos hormonales y anatómicos que se producen en esta condición, además, del aumento de la presión intraabdominal ejercida por el útero grávido y su presión directa sobre la vejiga provocando un aumento en el ángulo uretero-vesical y una disminución del soporte del cuello vesical y la uretra, lo que predispone a una hipermovilidad uretral<sup>19</sup>; número partos y la vía del parto, donde la literatura establece que aunque

se ha demostrado que el parto vaginal afecta las estructuras del piso pélvico y sus funciones de manera negativa, la evidencia no es suficiente para recomendar el parto por cesárea electiva para prevenir el desarrollo de cualquier disfunción del suelo pélvico<sup>19,20</sup>.

Un punto importante a destacar es la gran incidencia que tiene esta afección en el funcionamiento psicosocial, ya que la micción es un tipo de conducta aprendida, socialmente regulada y con carga emocional, ejercida en la intimidad, asociándose con múltiples afectos, incluidos la vergüenza, el placer, la tensión y el alivio, por lo tanto, el diagnóstico de este tipo de disfunción involucra el deterioro emocional, sexual e incluso económico, por ende, tasas más altas de trastornos mentales, como depresión y ansiedad<sup>21</sup>. Un estudio en Reino Unido, reportó que un 56,6% de las mujeres con IUU desarrollaron síntomas clínicos de ansiedad significativos, mientras que en el 37,6% se detectó depresión, ambas tasas mucho más elevadas que las observadas en mujeres sin incontinencia. Además, se describe que en mujeres con IU hay un aumento en la probabilidad de recurrencia de trastornos psicológicos, sobre todo en aquellas mujeres que presentaron deterioro funcional, es decir, aquellas que evitaron reuniones sociales y el desarrollo de actividad física, lo que significó un aumento tres veces mayor del riesgo de aislamiento social en asociación con un aumento en la sintomatología depresiva y ansiosa, que en mujeres continentales<sup>10</sup>. Por lo cual, se establece que existe una asociación entre ambas patologías, pero se desconoce su nexo y la implicancia que los trastornos afectivos puedan tener en la causa o mantenimiento de la IU<sup>22</sup>.

Debido a las diversas entidades de esta patología, las alternativas terapéuticas también varían, según sintomatología y severidad. La vía quirúrgica, que en la actualidad consta de dos intervenciones principales, la Cinta Trans-Obsturadora (TOT) y Banda Vaginal Libre de tensión (TVT), usadas preferentemente en la IUE, y la vía conservadora, donde destacan el uso de fármacos, dispositivos mecánicos, tratamiento de la conducta, neuromodulación, biofeedback y ejercicios de piso pélvico que fortalezca la musculatura pélvica<sup>11</sup>. El tratamiento conservador es considerado en la actualidad como un elemento esencial en el abordaje terapéutico<sup>23</sup>. Dentro de los ejercicios para el suelo pélvico, los más conocidos son

los de kegel e hipopresivos, los cuales logran fortalecer el soporte de la vejiga, la uretra y la vagina mediante ejercicios regulares y repetitivos, intervenciones dirigidas a conservar y restaurar la función del músculo esquelético, logrando con esto, una hipertrofia muscular que mejora la resistencia uretral al activar la musculatura que comprime la uretra contra la sínfisis púbica, evitando con ello la fuga de orina<sup>24,25</sup>. Estos ejercicios deben prolongarse por un período de al menos 8 semanas, tiempo mínimo que se necesita para fortalecer la musculatura pélvica<sup>26</sup>.

Por último, la IF puede desarrollarse cuando se altera la motilidad intestinal (diarrea o estreñimiento), o debido al debilitamiento muscular del esfínter anal, inflamación rectal u otras insuficiencias rectales, anomalías neurosensoriales o disfunción de la musculatura del suelo pélvico, ya que la continencia fecal, al igual que la urinaria, involucra dos etapas (una voluntaria y otra involuntaria) además de estructuras complejas, tales como los esfínteres anales internos y externos, recto (que se divide en parte superior/alta: contiene las deposiciones, parte inferior/baja: que permanece vacía, salvo durante la defecación), haces del músculo elevador del ano pubocoxígeo e iliocoxígeo, donde las asas de esta primera estructura muscular que envuelve al recto conforman el músculo puborrectal (en forma de cabestrillo), complejo esfínter-anal neurológicamente intacto, Sistema Nervioso Entérico (SNE) intacto y musculatura del piso pélvico funcional<sup>8,27</sup>. Por tanto, una vez que se produce el paso del contenido desde el sigmoides y colon descendente hasta el recto, los mecanorreceptores rectales lo detectan y envían una señal aferente hasta la médula espinal, se proyecta la señal hasta la corteza cerebral, percibiéndose la urgencia defecatoria. En paralelo, la musculatura pélvica, detecta el cambio en el ángulo ano-rectal, que se distendió con el paso del contenido, y envía dicha información que es captada por la médula y el SNE, lo que provoca una respuesta eferente que activa las motoneuronas del EAI, generando la relajación de este esfínter, además, de la contracción del EAE. El contacto del contenido con el ano provoca que los receptores del tacto, dolor y temperatura del canal anal transmitan señales hacia la médula y el cerebro, los cuales discriminan el estado del contenido (líquido, sólido o gaseoso), lo que permite evaluar si es necesaria la contracción voluntaria del EAE (nervio pudendo) y músculo puborrectal, o no. Cuando se decide

evacuar las fecas, los impulsos corticales eliminan los estímulos excitatorios en el EAE y músculo puborrectal, se genera una contracción de los músculos abdominales y el diafragma, por lo que, desciende la musculatura pélvica, ampliando el ángulo ano-rectal, permitiendo así la relajación de ambos y con ello el paso del contenido fecal estimulado por la contracción de las fibras circulares rectales<sup>27,28</sup>.

Se cree que la IF es una entidad multifactorial (80% de las usuarias presenta más de un factor fisiopatológico), donde varios se asocian al envejecimiento. El síntoma gastrointestinal principal asociado es la diarrea, y cualquier enfermedad que pueda causar deposiciones sueltas/acuosas o movimientos intestinales frecuentes. Sus principales factores de riesgo en mujeres parecen ser la edad avanzada, las alteraciones en los movimientos intestinales y la institucionalización en hogares de retiro, además de, otros factores de riesgo como la IUE asociada, parto vaginal con fórceps o puntos de sutura, urgencia rectal y comorbilidades crónicas múltiples (como la ansiedad o la depresión)<sup>8</sup>. Las terapias iniciales involucran una combinación de modificaciones en la dieta y el estilo de vida, agentes farmacológicos, neuroestimulación, biofeedback, y como última opción, el abordaje quirúrgico (esfinteroplastia y cirugía de desviación fecal)<sup>8,28</sup>.

Por tanto, las DPP descritas dan cuenta del gran impacto de estas patologías, que afectan directa y significativamente la calidad de vida de las usuarias, limitando su autonomía y sexualidad e influyendo en su autoestima, además, de ser un problema que tiende al alza principalmente en la población senescente<sup>8,10,12,13</sup>.

En este sentido, un concepto relevante es el de “calidad de vida” (QoL), el cual fue acuñado en 1997 por la OMS, entendida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones”. Es un concepto multidimensional, compuesto por elementos subjetivos y objetivos, los cuales dan cuenta del punto de vista de la persona, que debido a su componente subjetivo es difícil de medir. No existen criterios claros para elegir el instrumento más adecuado según lo que se quiere evaluar. Se han creado

diversos instrumentos, tanto genéricos como específicos de una patología. Los componentes subjetivos generalmente se asocian con el "bienestar" o la "satisfacción con la vida" en relación con las diferentes áreas de ésta, mientras que los componentes objetivos, se centran en las "condiciones de vida" y el "funcionamiento social". La evaluación de la calidad de vida se usa actualmente para respaldar la toma de decisiones clínicas y políticas, tanto en el macro como en el microsistema del individuo<sup>29</sup>.

El instrumento genérico de salud Short-Form (SF), se compone de 36 ítems que detectan estados de salud tanto positivos como negativos, centrados en el estado funcional y bienestar emocional del/la entrevistado/a. Evalúa 8 dimensiones o escalas que se agrupan en 2 índices sumarios, relacionados con la salud física (rol físico, función física, dolor corporal y salud general) y mental (vitalidad, función social, rol emocional y salud mental)<sup>30,31</sup>. Sin embargo, debido a su larga extensión se crearon, posteriormente, versiones más cortas como la SF-12, la cual solo cuenta con 12 ítems, con un tiempo de aplicación de 2 minutos, con una escala de respuesta tipo likert (que evalúa la frecuencia y/o intensidad del estado de salud), con un puntaje máximo de 100 puntos (donde un mayor puntaje representa una mejor calidad de vida), que mantiene los mismos objetivos que la versión original, siendo apta para ser usada en personas mayores de 14 años, la cual ha sido validada al español, y ha demostrado ser confiable<sup>31,32</sup>. El índice sumario mental de esta versión fue validada en Chile, tras un estudio que demostró que sus indicadores de confiabilidad y validez son adecuados en nuestra población (alfa de Cronbach de 0,92 para la escala estado y de 0,87 para la escala rasgo, mientras que la estructura factorial, está acorde a lo mostrado por otras investigaciones)<sup>31</sup>. Para el cálculo de la puntuación de los componentes sumarios se deben seguir 3 pasos, primero "crear variables indicadoras (puntuadas de 1/0) para cada una de las categorías de respuesta de cada ítem, a excepción de aquellas que indican el mejor estado de salud de cada ítem. Luego, se procede al cálculo de las puntuaciones agregadas mediante la suma de las variables indicadoras ponderadas, para finalizar con la adición de una constante con la que las puntuaciones agregadas para cada índice sumario se estandarizan para obtener una media de 50 y DE de 10 en la

población general de referencia”<sup>33</sup>.

En mujeres con DPP, existen instrumentos específicos para evaluar calidad de vida como por ejemplo el King’s Health Questionnaire (KHQ) el cual evalúa 9 dimensiones que son la percepción de salud general y 8 dominios de calidad de vida los cuales son: impacto de la incontinencia, limitación del rol, limitación física, limitación social, relaciones personales, emociones, alteraciones de sueño/ energía, severidad del cuadro<sup>34</sup>. El Pelvic floor impact questionnaire (PFIQ) o Cuestionario corto de impacto del piso pélvico (CIPP-7), éste último validado al español utilizando traducción inversa, mediante la aleatorización de mujeres bilingües, lo que demuestra la validez de constructo, y una asociación significativa con las medidas adecuadas de gravedad de los síntomas y diagnósticos del suelo pélvico, el cual evalúa actividades del diario vivir, midiendo las sensaciones o sentimientos que provocan padecer una disfunción del suelo pélvico, se divide en 3 escalas: Impacto de la incontinencia, impacto colorrectal e impacto del prolapso pélvico. Las 3 escalas se puntúan de 0 (menor impacto) a 100 (mayor impacto) y una puntuación de resumen global (0 a 300)<sup>35</sup>.

Las DPP son un determinante en la respuesta sexual y en la calidad de vida de las mujeres que la/s padece/n, ya que son un factor importante para el desarrollo de la sexualidad, entendida como una dimensión fundamental del hecho de ser humano/a<sup>36</sup>. Por tanto, estas pacientes no alcanzarían un estado de bienestar físico, mental y social en relación con su sexualidad, con un enfoque positivo y respetuoso de ésta y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia, lo cual corresponde a la definición de salud sexual<sup>37</sup>. Esto se ve reflejado en los altos porcentajes de mujeres que presentan UI y/o POP que se encuentran inactivas sexualmente, los cuales ascienden entre el 50 a 40% de esta población<sup>38</sup>.

La respuesta sexual humana, involucra diversos elementos biopsicosociales y contextuales. Así lo plantea el modelo de Basson R., el más utilizado en la actualidad, publicado en el año 2000, el cual rompe con la propuesta de un sistema lineal de respuesta sexual al plantear que sus fases estarán superpuestas y en un

orden variable<sup>39,40</sup>. El deseo sexual, la comunicación, el orgasmo, afectividad, excitación, relación de la pareja y estado de salud de la persona, entre otros, son los elementos que interactúan a la hora de concretar una relación sexual<sup>41,42</sup>. Otro concepto que toma relevancia en este modelo, son “recompensas no sexuales”, que explicarían los comportamientos de vinculación sexual más allá del deseo o el placer generado por la relación sexual. Por tanto, el deseo sexual como deseo espontáneo (que incluye pensamientos sexuales, sentimientos y fantasías) es visto como un componente potencial del ciclo de respuesta sexual, pero no como un elemento esencial para alcanzar la excitación sexual, el orgasmo o la resolución, como lo plantean otros autores<sup>39,40</sup>.

La literatura si concuerda en que el componente fisiológico se encuentra mediado por el SNC, distinguiéndose tres niveles. La respuesta organizada por los sistemas nervios simpáticos y parasimpáticos, que modulan una respuesta básica, que comprende el estímulo genital donde se ven implicados principalmente los receptores espinales de la región lumbar, plasmándose, por ejemplo, en la lubricación genital. El sistema límbico, por su lado, crea la respuesta instintiva, que se relaciona directamente con la función del eje hipotálamo-hipófisis-gónada, regulando los niveles hormonales y de neurotransmisores que mediarán la respuesta sexual. Por último, la zona cortical, modula la respuesta afectiva, la fantasía y la cognición<sup>43,44</sup>.

La respuesta sexual también puede dividirse en distintas fases o etapas. Según el modelo clásico de Master y Johnson, se distingue la fase de excitación donde aumenta la tensión somática, mediada principalmente por los niveles hormonales del organismo; la fase de meseta o excitación, que se identifica como la tensión acumulada que produce principalmente vasocongestión genital; la fase del orgasmo, donde se libera la tensión debido a una reacción a nivel medular en la zona sacrolumbar, donde se involucran el sistema simpático y parasimpático; y la fase de resolución, donde el organismo vuelve a su estado inicial, opuesto a lo planteado por Basson<sup>43,44</sup>.

La noción de respuesta positiva tras la resolución de alguna práctica sexual

asociada a componentes físicos, mentales, sociales y emocionales, tales como la comunicación, satisfacción de la relación de pareja, importancia atribuida al acto sexual, entre otras, engloba lo que se denomina “satisfacción sexual”<sup>45</sup>, la cual, influye en la calidad de vida de la mujer y su bienestar biopsicosocial<sup>46,47</sup>.

Los trastornos asociados a la respuesta sexual femenina han sido agrupados en cuatro tipos según la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en el año 2000, los cuales se pueden clasificar como trastornos del deseo, trastornos de la excitación, falla orgásmica y dolor sexual<sup>48</sup>. Usando esta clasificación se reportó que el 43% de las mujeres entre 18 y 59 años tienen trastornos de la respuesta sexual<sup>47</sup>.

Uno de los instrumentos más utilizados en el mundo para evaluar la función sexual en mujeres es el instrumento denominado “Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)”, el cual consta de 19 ítem medidos por una escala de tipo Likert, con 5 a 6 opciones de respuesta a las cuales se les asigna un puntaje de 0 a 5, donde se evalúan 6 dimensiones: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. Por tanto, a mayor puntaje mejor sexualidad<sup>49,50</sup>, donde las y los autores establecen que un puntaje menor o igual a 26,55 corresponde al puntaje de corte para considerar a la mujer en riesgo de disfunción sexual<sup>51,52</sup>. Esta escala fue validada en Chile, por Blümel et al, en el año 2004, el cual evaluó la consistencia interna de los diferentes dominios del cuestionario aplicando el Test alfa de Cronbach, donde se obtuvo valores que señalan una buena (>0,70; deseo y orgasmo) o muy buena correlación (>0,80; dolor, lubricación, excitación y satisfacción), y además, reportó un puntaje de corte cercano a 26 puntos, concordando con la literatura internacional<sup>53</sup>.

Los trastornos de la respuesta sexual también se evidencian en la mayoría de los estudios realizados en mujeres que presentan UI y/o POP<sup>38</sup>, como se señaló con anterioridad. En otra revisión publicada el año 2017, que incluyó 26 artículos, reportó que la IU se correlaciona con una actividad sexual menos frecuente, más conductas de evitación, dispareunia y presencia de disfunción sexual. Al ver las dimensiones que se ven alteradas según subtipo de IU, la IUU se asoció con más interrupción de

la actividad sexual por síntomas urinarios y más problemas orgásmicos, la IUM ha demostrado recientemente ser el subtipo que presenta mayor disfunción, y en cuanto a la IUE, aún no está claro el grado ni los aspectos específicos que causan disfunciones en este grupo, según Duralde ER et al<sup>16</sup>. Sin embargo, otro estudio muestra que un 26,3% de las mujeres refieren estar satisfecha con su vida sexual actual siempre o casi siempre, aun cuando reportan alguna limitación en ciertas áreas de su función sexual producto de las alteraciones del piso pélvico. Por otro lado, en este mismo estudio, se afirma que incluso sobre un 60% está satisfecha con su sexualidad<sup>47</sup>, lo cual podría ser justificado por la interpretación individual de cada mujer frente al trastorno. Dentro de las dimensiones más afectadas se encuentran el deseo sexual, dolor durante la relación sexual y la intensidad del orgasmo<sup>54</sup>. Bajo la misma línea, otro estudio en población chilena reafirma que el deseo es una de las áreas más afectadas junto con la intensidad del orgasmo, siendo la dispareunia uno de los síntomas mayoritariamente expresados en la población estudiada<sup>34,55</sup>. También, en la literatura se menciona que a mayor sintomatología las mujeres reportaron menor libido, disminución en la excitación, menor frecuencia de orgasmos y mayor dispareunia<sup>56</sup>. Aludiendo al autoestima, se manifiesta que la imagen corporal puede ser un factor que explique la disminución del deseo e intensidad del orgasmo, pues las mujeres con IU refieren sentirse menos deseadas, incómodas, menos femeninas y avergonzadas con sus parejas producto de los síntomas de su alteración del piso pélvico<sup>57</sup>, no obstante, otras investigaciones han mostrado que a pesar del miedo, las mujeres no evitan la actividad sexual<sup>58</sup>, sin embargo, otro estudio reveló que las parejas de estas mujeres prefieren evitar el acto sexual vaginal por miedo al dolor que esto generará en la mujer<sup>59</sup>.

La presencia de POP, también se ha asociado con una autoimagen genital baja, variable principal, que se asocia con una función sexual más pobre en general<sup>60</sup>. Esta afirmación se refleja en un estudio, publicado en el año 2019, realizado en 105 mujeres brasileñas con POP, en donde se obtuvo como resultado que la percepción corporal, especialmente la imagen corporal genital, tiene un impacto en la función sexual, independientemente de las características anatómicas reales del prolapso.

En el grupo de mujeres usuarias de pesarios que se encuentran satisfechas con este tratamiento, donde el coito vaginal todavía es posible con algunos tipos del dispositivo instalado, reportan mejora en su función sexual y en las puntuaciones de su imagen corporal<sup>61</sup>. Además, este grupo de mujeres sexualmente activas tienen más probabilidades de seguir usando su pesario que las mujeres sexualmente inactivas<sup>62</sup>.

Por el gran porcentaje de mujeres que enfrentan una disfunción sexual asociada a su DPP, es necesario la creación y uso de instrumentos específicos para medir la calidad de vida sexual en las mujeres con disfunción del piso pélvico, dentro de los cuales, se encuentra el Pelvic Organ Prolapse /Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ), el cual posee tres versiones distintas, todas ellas validadas y ampliamente utilizadas en esta área de estudio<sup>63</sup>.

Su primera versión es el PISQ-31, creado por Rogers R. y colaboradores, el cual responde a la necesidad de un instrumento específico y fiable que evaluara la función sexual en mujeres en presencia de IU y POP, sexualmente activas<sup>63</sup>. Los ítems incluidos en este cuestionario se desarrollaron a través de consultas a un panel de médicos y expertos en el campo de la función sexual, en conjunto con la revisión de la literatura y de instrumentos previamente validados que evaluaran la función sexual en población general. Los instrumentos que destacaron, y que se utilizaron como insumo y criterio de estandarización para la elaboración de este instrumento, fueron el "Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7)", el cual evalúa el impacto de la incontinencia en el funcionamiento social del o la paciente, y el "Sexual History Form-12 (SHF-12)", cuestionario no específico que evalúa el funcionamiento sexual. Además, al momento de pilotar este cuestionario, se aplicaron otras escalas que buscaban evaluar el bienestar de la paciente, incluyendo escalas de depresión, somatización, ansiedad y hostilidad<sup>63,64</sup>. Las 31 preguntas seleccionadas, que evalúan 3 dominios (factor conductual/emotivo, físico y relacionado a la pareja), se responden a través de escalas tipo Likert (0 = siempre; 4 = nunca), a excepción de la pregunta 5, que se puntuó de 0 a 5 (0 = no masturbarse; 5 = siempre). La calificación de este instrumento se efectúa al calcular la sumatoria de la puntuación de cada pregunta. Por tanto, se determinó que las puntuaciones más altas

reflejaban un mejor funcionamiento sexual<sup>63,64</sup>. Su misma autora en conjunto con su equipo años después, presentaron la versión reducida de este cuestionario que incluyó 12 ítems, denominándose PISQ-12, el cual posee las mismas características e igual función que su antecesor. Ha sido validado en mujeres heterosexuales, sexualmente activas, con prolapso genital y/o incontinencia urinaria<sup>65</sup>. Se encuentra validado al español por Espuña et al, en el año 2008, abordando los ámbitos de deseo sexual, excitación sexual, orgasmo, satisfacción sexual, relación con la pareja y factores emocionales. Sus 12 ítems son medidos por una escala de Likert (de Siempre a Nunca), distribuidos en tres dimensiones: respuesta sexual femenina (5 ítems; rango 0 a 20); limitaciones de la mujer en la relación sexual (5 ítems; rango 0 a 20); y limitaciones del hombre (2 ítems; rango 0 a 8). El rango de puntaje de este instrumento es de 0 a 48 puntos, por tanto, a mayor puntaje mejor función sexual<sup>64</sup>.

La tercera versión de esta escala, es la titulada “Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-Revised (PISQ-IR)”, fue creada por sus autores con visión multicultural, ya que es un instrumento válido y confiable, que puede validarse en múltiples idiomas y culturas. La particularidad e innovación de esta escala, es que puede ser aplicada a mujeres sin actividad sexual (NSA), y también, a aquellas con incontinencia anal (IA). Este instrumento consta de 12 ítems distribuidos en dos dominios, cada uno con dos subescalas, para mujeres sexualmente inactivas (NSA); y 21 ítems en dos dominios, cada uno con tres subescalas, para mujeres sexualmente activas (SA). Es un cuestionario de autollenado, multidimensional y específico, cuyos resultados se puntúan para cada subescala y dominio por separado. El cálculo de la puntuación, puede hacerse a través de las medias obtenidas por una subescala, siempre que la encuestada responda más de la mitad de los ítems en cada una de ellas<sup>66,67,68</sup>. En el año 2017 fue validado en idioma español en España<sup>69</sup>.

Existen otros tres instrumentos específicos, en la actualidad, que también evalúan la función sexual en pacientes con POP e IU. Dos de ellos, son módulos del proyecto titulado “Consulta Internacional sobre Cuestionarios de Incontinencia”, reconocido por su sigla en inglés ICIQ, la cual es organizada por la Sociedad Internacional de Continencia y la Consulta Internacional sobre Enfermedades Urológicas, además

del patrocinio de la Organización Mundial de la Salud<sup>70</sup>.

El módulo denominado “ICIQ Vaginal Symptoms (ICIQ-VS)”, creado por Price N. y cols., está diseñado para ser ampliamente aplicable a mujeres mayores de 18 años que presentan POP, tanto en la atención primaria como en la secundaria. Evalúa una amplia gama de síntomas vaginales y sexuales, y su impacto en la calidad de vida, mostrando en los estudios psicométricos una consistencia interna alta (alfa de Cronbach 0,79 y 0,84 para síntomas vaginales y sexuales, respectivamente)<sup>68,69</sup>. Este instrumento consta de 14 ítems, que valoran 3 dominios: “síntomas vaginales” (1ª a 9ª pregunta); “asuntos sexuales” (10ª a 12ª pregunta, solo las mujeres sexualmente activas este ítem); y “calidad de vida” (pregunta nº14). El puntaje de síntomas vaginales varía entre 0 y 53, el puntaje de materia/asuntos sexuales entre 0 y 58, y el puntaje de calidad de vida entre 0 y 10; donde los puntajes 0 no reflejan síntomas ni molestias<sup>71,72</sup>.

El módulo ICIQ-FLUTSsex, es otro cuestionario que evalúa calidad de vida y asuntos sexuales, pero en mujeres con presencia de IU. Está basado en el cuestionario “Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms (BFLUTS)”, por lo que tuvo que ser adaptado a población femenina, demostrando una buena validación psicométrica. Este instrumento de autollenado, tiene una duración de pocos minutos, ya que consta de 8 preguntas que buscan evaluar el impacto que la sintomatología asociada a esta patología tiene en los asuntos sexuales femeninos<sup>73</sup>.

Por último, el “Sexual Quality of Life–Female questionnaire (SQOL-F)” es un cuestionario breve, de autollenado, que se creó con el fin de evaluar el impacto de la disfunción sexual femenina en la calidad de vida sexual de las mujeres. Este instrumento fue creado y validado en Reino Unido y Estados Unidos. Se basó en el modelo de calidad de vida de Spitzer, el que involucra componentes físicos, emocionales, psicológicos y sociales. Mide tres dominios relacionados con la autoestima, problemas emocionales y en la relación de pareja. Consista de 18 ítems, donde cada uno se califica con una respuesta de hasta 6 puntos (1 a 6 o de 0 a 5), desde la categoría de respuesta totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. El puntaje total, por tanto, puede ir de 18 a 108 o 0 a 90 puntos, donde

una puntuación más alta indica una mejor calidad de vida sexual femenina<sup>74,75</sup>.



## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Evaluar la función sexual y la percepción de calidad de vida de mujeres con Disfunción(es) del piso pélvico, atendidas en el Servicio de Salud Concepción.

### **Objetivos Específicos**

1. Determinar las características biosociodemográficas de la población en estudio.
2. Identificar la variación en la función sexual de mujeres en presencia y ausencia de disfunción pélvica.
3. Establecer la relación entre el desarrollo de una disfunción del piso pélvico y sus principales factores de riesgo.
4. Conocer la percepción que tienen estas mujeres de su salud y calidad de vida.
5. Relacionar la función sexual con la percepción de calidad de vida que presentan las mujeres con disfunción del piso pélvico.

## HIPÓTESIS

**HI:** Las mujeres en presencia de disfunción del piso pélvico obtendrán niveles mayores de disfunción sexual, en comparación con aquellas mujeres que no presentan alguna de estas patologías, lo cual afectará de manera moderada o severa la percepción de su calidad de vida.



## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **Tipo de estudio**

Este trabajo realizó un análisis secundario de los datos que fueron recogidos entre los años 2015 a 2017, por el estudio titulado “Disfunción del piso pélvico y su impacto en la calidad de vida y función sexual de usuarias del Servicio de Salud Concepción”, dirigido por la Magister en salud Reproductiva y Especialista en Ginecología Carolina Bascur Castillo. Por lo que, corresponde a un estudio de metodología cuantitativa, de tipo observacional, analítico, de corte transversal, con comparación de grupos.

### **Población de estudio**

Beneficiarias del Servicio de Salud Concepción (SSC), atendidas en 7 Centros de Salud Familiar (CESFAM) y en la Unidad de Piso Pélvico (UPP) del Hospital Regional Guillermo Grant Benavente (HGGB).

### **Muestra**

Para el análisis de los datos de este estudio, de un total de 258 mujeres se seleccionaron 178, las cuales cumplían con todos los criterios de inclusión. Luego, se formaron dos grupos comparativos (Con DPP y sin DPP), los cuales fueron pareados logrando mantener una proporción de 1:1, integrados por 89 mujeres, cada uno con características similares. Los criterios de selección utilizados fueron la edad, IMC e inscripción del CESFAM, para establecer comparaciones entre perfiles similares en características y condiciones biosociodemográficas.

Se consideró como grupo de casos aquellas mujeres que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, y que, además tenían la confirmación diagnóstica de alguna disfunción de piso pélvico (IU sola, POP solo, IF sola e IU y POP concomitante) por parte de la UPP del Servicio de Ginecología del HGGB durante el período comprendido entre junio 2014 a mayo 2015.

Para la conformación del grupo sin disfunción, se utilizaron los mismos criterios de inclusión y exclusión, y debían ser consultantes del Programa de Salud de la Mujer (consultas de planificación familiar, controles ginecológicos, consultas ginecológicas y en control de climaterio), sin sospecha ni confirmación diagnóstica de alguna disfunción de piso pélvico tras ser evaluadas por las/os matronas/es de los CESFAM participantes.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

Inclusión: mujeres mayores de 18 años con experiencia sexual previa, activas sexualmente en los últimos 6 meses, con al menos un parto por vía vaginal, cesárea o instrumental (fórceps), que estaban en plena facultad mental.

Exclusión: en el grupo de casos, se excluyó a mujeres que presentaban los tres tipos de DPP a la vez o que presentaban POP sumado a IF o IU en concomitancia con IF, para poder estudiar los diferentes tipos de DPP por separado con la salvedad de la entidad en concomitancia de la IU y POP, al reportarse en la literatura como una de los conjuntos más prevalentes.

### **Variables de estudio (ver tipo de variables en la tabla del anexo 1)**

a) Variables sobre antecedentes generales y gineco-obstétricos: Edad, Estado Civil, Ingreso económico del hogar, IMC, Número de embarazos por mujer, Número de abortos y Número de partos, en sus tres tipos: vaginal, cesárea e instrumental/fórceps. (Variables independientes)

b) Variables sobre Función Sexual: incluye variables sobre deseo sexual, excitación sexual, orgasmo, satisfacción sexual (Variables dependientes), relación con la pareja y factores emocionales (Variables confundentes).

c) Variables sobre Calidad De Vida: salud física autopercebida, funcionamiento físico, desempeño físico, dolor corporal, desempeño emocional, salud mental, vitalidad, y funcionamiento social. (Variables dependientes e independientes).

### **Recolección de la información**

La información se extrajo de la base de datos creada por el estudio original, cuyos datos fueron recogidos por dos cuestionarios, uno para cada grupo (*ver en anexo 2*

*cuestionarios de recogida de información*). Ambos contenían tres apartados. El primero de ellos evalúa las características biosociodemográficas, antecedentes obstétricos y ginecológicos, antecedentes mórbidos de las participantes, creado para esta investigación; el segundo apartado es el cuestionario llamado Short Form-12 Health Survey (SF-12), sobre el estado de salud y calidad de vida, elaborada en el año 1996 por Ware JE. y cols., quienes seleccionaron mediante regresión múltiple los ítems, incluyendo uno o dos ítems de cada una de las escalas del SF-36 (que evalúan la salud física autopercebida, funcionamiento físico, desempeño físico, dolor corporal, desempeño emocional, salud mental, vitalidad, y funcionamiento social), con los cuales construyen los componentes sumarios físico y mental del SF-12 como únicas puntuaciones<sup>32</sup>; el tercer apartado corresponde al cuestionario “Índice de función sexual femenina (IFSF)” el cual fue creado por Rosen R. y cols., publicada en el año 2000<sup>52</sup>, la cual fue validada en Chile en el año 2004, por Blümel y cols.<sup>53</sup>, utilizada en el presente proyecto para evaluar la función sexual en los grupos, principalmente, de casos y controles para establecer el riesgo de disfunción sexual, tomando en consideración un puntaje de corte de 26,55 puntos, acorde a lo reportado por la literatura; Para el grupo de casos, se incluyó un cuarto y último apartado, que consistía en el instrumento PISQ-12, creado por Rogers RG et al. en Estados Unidos, publicado en el año 2003, donde a través del análisis de regresión de subconjunto y de otras mediciones, se seleccionaron los ítems que mejor predijeron las puntuaciones del PISQ-31<sup>65</sup>. Luego, en el año 2008, Espuña y cols. validaron este instrumento en idioma español, donde sus dominios mostraron un alfa de cronbach igual a 0,86 para el dominio respuesta sexual femenina, de 0,75 para el dominio de limitaciones de la mujer en la relación sexual y 0,56 para el tercer dominio de limitaciones del hombre. El cuestionario completo posee una fiabilidad expresado en el alfa de cronbach igual a 0,83<sup>64</sup>.

### **Análisis de la información**

Para el análisis de los datos, se extrajo la información de la base de datos original, contenidos en una planilla Excel, la cual fue traspasada al software estadístico SPSS versión 19.0, luego de filtrar y seleccionar aquellos datos necesarios para el desarrollo de esta investigación. Para el análisis univariado de las variables

cualitativas se calculó la frecuencia absoluta y relativa porcentual, mientras que para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana, moda desviación estándar, mínimo y máximo).

En el análisis bivariado se utilizaron pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas, tras la aplicación de la prueba de normalidad Shapiro-Wilks modificado. Para evaluar la relación de variables cualitativas, se aplicó el test estadístico exacto de Fisher o Chi-cuadrado, y la prueba no paramétrica de U de Mann – Whitney.

Además, se utilizó un nivel de significancia (p valor) de 0,05 para todas las pruebas estadísticas utilizadas.

### **Consideraciones éticas**

Las investigaciones originales fueron aprobadas por el Comité Ético Científico del Servicio de salud Concepción, en el año 2014 (mujeres con disfunción) y 2016 (mujeres sin disfunción); Códigos CEC: 30/08.3.6.5620 y 16-07-43, respectivamente **(ver en anexo 3)**.

Luego, la presente investigación, fue aprobada por la comisión evaluadora de tesis del magíster en salud sexual y reproductiva, a fines del año 2019.

Para el resguardo de la confidencialidad e identidad de las participantes, se trabajó con la codificación de los datos.

## RESULTADOS

- **Perfil biosocial.**

Tabla 1. Medidas de tendencia central y dispersión de las características biosociales.

Características	Con DPP (n=89)						Sin DPP (n=89)					
	Media	Mediana	Moda	Mín	Máx	DE	Media	Mediana	moda	Mín	Máx	DE
<b>Edad (años)</b>	40	43	45	21	45	6,4	30	29	28	18	39	6,1
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	28,1	27,3	24,7	22,3	41,6	3,7	27,9	26,9	23,2	18,6	41,2	4,9

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Características biosociales destacadas.

Variable	Categorías	Con DPP (n=89)		Sin DPP (n=89)	
		N	%	N	%
<b>Grupos etarios (años)</b>	<20	0	0	7	7,9
	20-25	4	4,5	19	21,3
	26-29	7	7,9	22	24,7
	30-35	9	10,1	19	21,3
	36-39	11	12,4	22	24,7
	40-45	58	65,2	0	0
<b>Estado nutricional</b>	Bajo peso	0	0	0	0
	Normal	16	18,4	26	29,5
	Sobrepeso	49	56,3	33	37,5
	Obesidad I	18	20,7	20	22,7
	Obesidad II	3	3,4	7	8,0
	Obesidad III	1	1,1	2	2,3
<b>Estado civil</b>	Casada	59	66,3	29	32,6
	Soltera	5	5,6	22	24,7
	Conviviente	18	20,2	36	40,4
	Separada	5	5,6	2	2,2
	Viuda	2	2,2	0	0,0

<b>Nivel Educativo</b>	Sin estudios	0	0,0	0	0,0
	Básica incompleta	16	18,0	1	1,1
	Básica completa	14	15,7	9	10,1
	Media incompleta	14	15,7	14	15,7
	Media completa	31	34,8	21	23,6
	Técnica superior incompleta	6	6,7	9	10,1
	Técnica superior completa	6	6,7	18	20,2
	Universitaria incompleta	2	2,2	9	10,1
	Universitaria completa	0	0,0	8	9,0
<b>Actividad laboral de la mujer</b>	Trabajadora dependiente	21	23,6	28	31,5
	Trabajadora independiente	8	9,0	8	9,0
	Cesante	0	0,0	9	10,1
	Jubilada	3	3,4	0	0,0
	Pensionada	0	0,0	0	0,0
	Dueña de casa	57	64,0	44	49,4
<b>Ingresos del hogar</b>	Menos de \$64.000	1	1,1	1	1,1
	\$65.000 a \$136.000	7	7,9	3	3,4
	\$137.000 a \$180.000	1	1,1	6	6,7
	\$181.000 a \$250.000	21	23,6	9	10,1
	\$251.000 a \$350.000	44	49,4	15	16,9
	\$351.000 a \$450.000	14	15,7	16	18,0
	\$451.000 a \$650.000	1	1,1	13	14,6
	\$651.000 a \$850.000	0	0,0	14	15,7
	\$851.000 a \$1.050.000	0	0,0	8	9,0
	\$1.051.000 o más	0	0,0	4	4,5

Fuente: Elaboración propia.

En el grupo con DPP, participaron mujeres de 21 a 45 años donde más del 60% de las encuestadas pertenece al rango etario entre los 40 a 45 años, con un promedio de edad de 40. En el grupo sin DPP el 49,4% de las participantes pertenece a los grupos etarios en rango de 26 a 29 años y entre los 36 a 39 años, siendo el promedio de edad de este grupo de 30 años.

El IMC promedio del grupo con DPP fue de 28,1 kg/m<sup>2</sup> y el promedio del grupo sin DPP de un 27,9 kg/m<sup>2</sup>, representando ambas medias un estado nutricional de sobrepeso. Más de la mitad de las encuestadas con DPP presenta este estado

nutricional, y poco más del 20% obesidad tipo 1. En el grupo sin DPP, menos del 40% presenta sobrepeso y casi el 30% presenta un estado nutricional en rango normal.

En cuanto a los parámetros socioeconómicos, un tercio del grupo con DPP reportó haber completado la enseñanza media, y en el grupo sin DPP, un tercio completo su enseñanza técnica o universitaria. Más de la mitad del grupo con DPP se encuentra casada, y casi la mitad del grupo sin DPP se encuentra conviviendo con su pareja. Aproximadamente la mitad de ambos grupos es dueña de casa. Dos quintos de la población del grupo sin DPP es trabajadora remunerada, y un tercio del grupo con DPP también lo es. Si observamos los ingresos monetarios al hogar, vemos que en el grupo con DPP casi la mitad se concentra entre los \$251 mil a los \$350 mil pesos, y el grupo sin DPP presentó una distribución heterogénea de sus ingresos, donde el intervalo más reportado fue el de \$351 mil a \$450 por poco menos de un quinto de estas mujeres.



- **Antecedentes gineco-obstétricos.**

Tabla 3. Medidas de tendencia central y dispersión de las características gineco-obstétricas.

Variable	Con DPP					Sin DPP				
	n	Media	Mín	Máx	DE	N	Media	Mín	Máx	DE
<b>N° de embarazos por usuaria</b>	89	2,96	1	6	1,205	89	1,9	1	5	0,970
<b>N° de partos vaginales</b>	83	2,28	1	5	1,016	60	1,5	1	5	0,853
<b>N° de partos cesárea</b>	34	1,56	1	3	0,786	45	1,4	1	2	0,624
<b>N° de partos instrumentales</b>	6	1,17	1	2	0,408	0	0	0	0	0
<b>Número de abortos</b>	0	0	0	0	0	14	1,1	1	2	0,363

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Características gineco-obstétricas destacadas.

Variable	Categoría	Con DPP (n=89)		Sin DPP (n=89)	
		N	%	N	%
<b>N° de embarazos por usuaria</b>	1	8	9,0	32	36,0
	2	29	32,6	40	44,9
	3	23	25,8	9	10,1
	4	18	20,2	6	6,7
	5	10	11,2	2	2,3
	6	1	1,1	0	0,0
<b>N° de partos vaginales</b>	1	17	20,5	38	6,0
	2	41	49,4	15	25,0
	3	12	14,5	5	8,2
	4	11	13,3	1	1,7
	5	2	2,4	1	1,7
<b>N° de partos cesárea</b>	1	21	61,8	28	62,2
	2	7	20,6	14	31,1
	3	6	17,7	3	6,7
<b>N° de partos instrumental</b>	1	5	83,3	0	0,0
	2	1	16,7	0	0,0
<b>N° de partos totales</b>	Vaginal	83	67,5	60	57,1
	Cesárea	34	27,6	45	42,9
	Instrumental	6	4,9	0	0,0
<b>Número de abortos</b>	1	0	0	12	85,7
	2	0	0	2	14,3

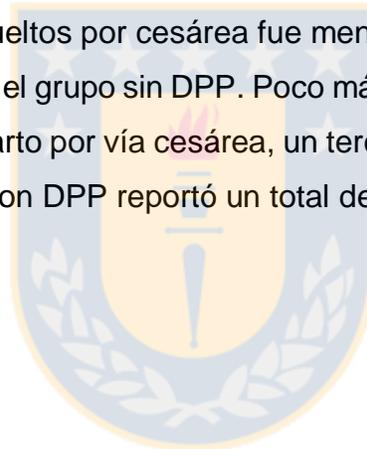
Fuente: Elaboración propia.

La variable de número de embarazos por usuaria reportó que el 78,6% de mujeres con DPP tuvo de 2 a 4 embarazos, con una máxima de 6 gestaciones. En el grupo sin DPP el 80,9% de las mujeres tuvo entre 1 a 2 embarazos, con un máximo de 5 gestas. La moda en ambos grupos fue de 2 partos y solo aquellas sin DPP reportaron abortos, donde la gran mayoría tuvo 1.

En cuanto a los partos, más de la mitad fueron por vía vaginal en ambos grupos. En el grupo con DPP casi el 50% de las mujeres tuvo 2 partos por vía vaginal, con una media de 2,28 partos, y en el grupo sin DPP, más del 60% reportó solo 1 parto por esta vía, con una media de 1,5.

El parto con uso de fórceps o instrumental, fue reportado solo en el grupo con DPP en menos del 5%, con una media de 1,17 partos.

El porcentaje de partos resueltos por cesárea fue menor a un tercio en los casos, y poco más de dos quintos en el grupo sin DPP. Poco más del 60%, en ambos grupos, reportaron haber tenido 1 parto por vía cesárea, un tercio del grupo Sin DPP reportó 2 y casi un 20% del grupo con DPP reportó un total de 3 cesáreas.



- **Disfunciones del piso pélvico**

Tabla 5. Distribución por tipos de disfunciones del piso pélvico.

<b>Tipos de Disfunción del Piso Pélvico</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Incontinencia Urinaria (IU)*	41	46,1
Prolapso de Órganos Pélvicos (POP)	10	11,2
Incontinencia Fecal (IF)	1	1,1
IU y POP concomitante	37	41,6
<b>Totales</b>	<b>89</b>	<b>100%</b>
<b>Tipos de incontinencia urinaria*</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Incontinencia Urinaria de Esfuerzo	18	43,9
Incontinencia Urinaria de Urgencia	3	7,3
Incontinencia Urinaria Mixta	20	48,8
<b>Totales</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

Casi la mitad de las encuestadas con DPP reportaron incontinencia urinaria y dos quintos presentaron IU y POP concomitante.

Aquellas que presentaban IU, se dividieron en su mayoría entre el subtipo mixto y de esfuerzo, respectivamente.

- **Función sexual**

Tabla 6. Medidas de tendencia central y dispersión de los puntajes obtenidos del instrumento IFSF.

Puntaje por dominio	Con DPP (n=89)						Sin DPP (n=89)						p valor	Estadístico
	Media	Mediana	Moda	Mín	Máx	DE	Media	Mediana	Moda	Mín	Máx	DE		
Deseo	4,5	4,8	4,8	2,4	6,0	0,8	3,3	3,6	3,6	1,2	6,0	1,0	< 0,001	U de Mann – Whitney
Excitación	4,04	4,20	4,50	3,00	4,80	0,61	2,54	2,4	1,8	1,2	5,1	0,95	< 0,001	U de Mann – Whitney
Lubricación	3,6	3,6	3,6	3,0	3,9	0,2	3,8	3,6	3,6	2,4	5,1	0,5	0,001	U de Mann – Whitney
Orgasmo	3,4	3,6	3,6	2,8	3,6	0,3	3,3	3,2	2,8	2,0	4,8	0,6	0,019	U de Mann – Whitney
Satisfacción	1,9	1,6	1,2	1,2	3,6	0,7	1,8	1,2	1,2	1,2	4,8	0,9	0,319	U de Mann – Whitney
Dolor	4,6	4,0	4,0	3,6	6,0	0,9	5,2	5,6	6,0	1,2	6,0	1,0	< 0,001	U de Mann – Whitney
<b>Puntaje total</b>	21,92	22,3	23,3	18,6	25,6	1,57	19,19	18,6	18,1	14,9	26,3	2,66	< 0,001	U de Mann – Whitney

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7. Categorización resultados IFSF.

Riesgo de disfunción sexual	Con DPP (n=89)		Sin DPP (n=89)	
	N	%	N	%
Con riesgo	87	97,75	87	97,75
Sin riesgo	2	2,25	2	2,25

Fuente: Elaboración propia.

Casi la totalidad de ambos grupos estaban en riesgo de disfunción sexual, donde el grupo con DPP presenta una media en su puntaje levemente mayor, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

Si se analiza por dominio, el grupo con DPP presenta una media más baja en el puntaje del dominio de dolor, y el grupo sin DPP en los dominios de deseo y excitación siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,0001$ ). De los dominios restantes, la lubricación y el orgasmo también presentaron diferencias significativas ( $p = 0,001$  y  $0,019$ , respectivamente). Sin embargo, el dominio de satisfacción no presentó esta diferencia ( $p = 0,319$ ).



- Percepción de la calidad de vida

Tabla 8. Categorización de la percepción de la calidad de vida general.

Percepción calidad de vida	Con DPP (n=89)		Sin DPP (n=89)	
	n	%	N	%
Baja	25	28,1	19	21,3
Media	21	23,6	24	27,0
Alta	43	48,3	46	51,7

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9. Análisis puntajes instrumento Short Form 12 (SF-12).

Puntaje por índices sumarios	Con DPP (n=89)								Sin DPP (n=89)							
	Media	Moda	Mín	Máx	P 25	P 50	P 75	DE	Media	Moda	Mín	Máx	P 25	P 50	P 75	DE
Físico	45,1	37,2	29,0	62,2	40,2	46,2	50,0	6,6	49,0	50,3	31,9	62,1	45,0	50,9	52,9	6,9
Emocional	41,2	30,6	18,8	56,0	31,6	45,5	48,5	10,7	42,8	48,5	12,4	63,5	36,9	46,1	52,2	11,9

Fuente: Elaboración propia.

Mín = mínimo; Máx = máximo; P = percentil; DE= desviación estándar.

Tabla 10. Análisis instrumento Short Form 12 (SF-12) desglosado por pregunta.

Pregunta	Categoría	Con DPP (n=89)		Sin DPP (n=89)		p valor	Estadístico
		N	%	N	%		
1. En general, Ud. diría que su salud es	Excelente	0	0,0	5	5,6	0,007	Fisher
	Muy buena	9	10,1	22	24,7		
	Buena	47	52,8	40	44,9		
	Regular	29	32,6	19	21,4		
	Mala	4	4,5	3	3,4		
2. Limitación para hacer esfuerzos moderados	Sí, me limita mucho	14	15,7	4	4,5	<0,01	Chi-cuadrado
	Sí, me limita un poco	54	60,7	13	14,6		
	No, no me limita nada	21	23,6	72	80,9		
3. Limitación para subir varios pisos por la escalera	Sí, me limita mucho	14	15,7	3	3,4	<0,001	Chi-cuadrado
	Sí, me limita un poco	47	52,8	14	15,7		
	No, no me limita nada	28	31,5	72	80,9		
4. A causa de su salud física ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	Si	51	57,3	25	28,1	<0,001	Chi-cuadrado
	No	38	42,7	64	71,9		
5. A causa de su salud física ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	Si	55	61,8	20	22,5	<0,001	Chi-cuadrado
	No	34	38,2	69	77,5		
6. A causa de algún problema emocional ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	Si	27	30,3	26	29,2	0,870	Chi-cuadrado
	No	62	69,7	63	70,8		

<b>7. A causa de un problema emocional ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre?</b>	Si	28	31,5	25	28,1	0,623	Chi-cuadrado
	No	61	68,5	64	71,9		
<b>8. ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual?</b>	Nada	18	20,2	43	48,3	<0,001	Chi-cuadrado
	Un poco	38	42,7	24	27,0		
	Regular	29	32,6	14	15,7		
	Bastante	4	4,5	6	6,7		
	Mucho	0	0,0	2	2,3		
<b>9. Últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?</b>	Siempre	1	1,1	6	6,7	<0,001	Chi-cuadrado
	Casi siempre	18	20,2	43	48,3		
	Muchas veces	26	29,2	8	9,0		
	Algunas veces	34	38,2	21	23,6		
	Solo alguna vez	10	11,2	5	5,6		
	Nunca	0	0,0	6	6,7		
<b>10. Últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?</b>	Siempre	1	1,1	11	12,4	<0,001	Chi-cuadrado
	Casi siempre	7	7,9	35	39,3		
	Muchas veces	17	19,1	7	7,9		
	Algunas veces	42	47,2	26	29,2		
	Solo alguna vez	22	24,7	9	10,1		
	Nunca	0	0,0	1	1,1		
<b>11. Desanimo</b>	Siempre	0	0,0	2	2,2	0,001	Fisher
	Casi siempre	3	3,3	5	5,6		
	Muchas veces	12	13,4	15	16,8		
	Algunas veces	41	46,0	34	38,2		
	Solo alguna vez	33	37,0	21	23,5		
	Nunca	0	0,0	12	13,4		

<b>12. problemas emocionales o físicos</b>	Siempre	0	0,0	2	2,2	0,002	Fisher
	Casi siempre	7	7,8	9	10,1		
	Muchas veces	33	37,0	27	30,3		
	Algunas veces	34	38,2	17	19,1		
	Solo alguna vez	15	16,8	34	38,2		
	Nunca	0	0,0	0	0,0		

Fuente: Elaboración propia.

La percepción de una baja calidad de vida está presente en más de un cuarto del grupo con DPP y poco más de un quinto del grupo sin DPP, como se puede observar en la *tabla n°8*.

Al evaluar por índice sumario, se puede ver que existe una mayor diferencia en el puntaje del índice de salud física que en el emocional, donde en este último los puntajes obtenidos son similares, como se puede observar en la *tabla n°9*.

Al analizar cada pregunta, en la *tabla n°10*, en cuanto a la percepción de su salud general, el 32,6% del grupo con DPP considera tener una salud regular, y el 30,6% del grupo sin DPP considera que goza de una muy buena o excelente salud, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,007$ ).

En cuanto a las preguntas relativas a las limitaciones físicas, más de la mitad del grupo con DPP respondió que se sentía un poco limitada y la mayoría considera que su salud física fue un impedimento para realizar sus actividades diarias. Por su lado el 80% del grupo sin DPP respondió que nada le limita ( $p < 0,001$ ). Con respecto a la salud emocional o mental, ambos grupos en su mayoría no la consideraron como una limitación o impedimento para realizar su vida cotidiana ( $p = 0,623$ ).

La percepción de dolor habitual del grupo con DPP reportó en más del 70% que éste representaba una dificultad de manera regular o un poco. Del grupo sin DPP, el mismo porcentaje, consideró que este aspecto poco o nada les dificultaba ( $p < 0,001$ ).

Al consultar por la realidad percibida en el último mes, en cuanto a la frecuencia con que se sintió en calma, casi la mitad de las encuestadas con DPP registró sentirse así algunas veces o solo alguna vez. En el grupo sin DPP, el mismo porcentaje de mujeres, expresó sentirse en calma casi siempre ( $p < 0,001$ ).

En relación al tiempo en que se sintieron con mucha energía, el 47,2% de las encuestadas con DPP expresó sentirse así algunas veces, y el 39,3% del grupo sin DPP sentía mucha energía casi siempre ( $p < 0,001$ ).

- **Función sexual y percepción de la calidad de vida.**

Tabla 11. Asociación entre el promedio total de SF12 e IFSF según grupo comparativo.

	Con DPP					Sin DPP					Estadístico
	Con riesgo	%	Sin riesgo	%	p valor	Con riesgo	%	Sin riesgo	%	p valor	
Total Promedio total SF12	87	97,75	2	2,25	0,591	87	97,75	2	2,25	0,232	Chi-cuadrado
Baja	12	13,79	1	50,0		0	0,00	1	50,0		
Media	30	34,48	1	50,0		11	12,64	1	50,0		
Alta	45	51,72	0	0,00		76	87,36	0	0,00		

Fuente: Elaboración propia.

Al relacionar la función sexual con la calidad de vida, podemos ver que ambos grupos presentan en igual porcentaje riesgo de desarrollar una disfunción sexual femenina. Sin embargo, al desglosar ambos grupos, podemos ver que en el grupo con DPP poco menos de la mitad de las mujeres con riesgo considera tener una media o baja calidad de vida, en cambio, la mayoría del grupo sin DPP en riesgo de una disfunción sexual considera tener una alta calidad de vida.

Tabla 12. Análisis instrumento PISQ-12 aplicado al grupo con DPP (n=89).

Tipo de Disfunción de Piso Pélvico	Medidas de tendencia central y dispersión	Dimensiones			Puntaje Total	P valor	Estadístico
		Respuesta sexual femenina	Limitaciones femeninas en la relación sexual	Limitaciones masculinas en la relación sexual			
Incontinencia Urinaria (n=41)	Media	8	5	6	19	0,920	U de Mann – Whitney.
	Mediana	8	5	6	19		
	Moda	7	5	6	18		
	Mínimo	5	3	4	15		
	Máximo	11	8	8	25		
	Desviación Estándar	2	1	1	2		
Prolapso de Órganos Pélvicos (n=10)	Media	7,44	5,4	5,96	19	0,423	U de Mann – Whitney.
	Mediana	7	5,5	6	19		
	Moda	7	6	6	20		
	Mínimo	4	2	4	13		
	Máximo	11	8	8	23		
	Desviación Estándar	1,74	1,27	0,87	2		
IU y POP concomitante (n=37)	Media	7	5	6	19	0,380	U de Mann – Whitney.
	Mediana	7	6	6	19		
	Moda	7	6	6	19		
	Mínimo	4	2	4	13		
	Máximo	10	8	8	23		
	Desviación Estándar	2	1	1	2		

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 13. Análisis instrumento PISQ-12 por subtipo de incontinencia urinaria.

Subtipo de Incontinencia Urinaria (n=41)	Medidas de tendencia central y dispersión	Dimensiones			Puntaje Total
		Respuesta sexual femenina	Limitaciones femeninas en la relación sexual	Limitaciones masculinas en la relación sexual	
IU de Esfuerzo (n=18)	Media	8	5	6	19
	Mediana	8	5	6	19
	Moda	7	5	6	18
	Mínimo	5	3	5	15
	Máximo	11	8	8	25
	Desviación Estándar	2	1	1	2
IU de Urgencia (n=3)	Media	7	5	6	19
	Mediana	8	5	6	18
	Moda	5	4	6	16
	Mínimo	5	4	6	16
	Máximo	9	7	7	23
	Desviación Estándar	2	2	1	4
IU Mixta (n=20)	Media	8	6	6	20
	Mediana	8	6	6	20
	Moda	10	6	6	21
	Mínimo	5	4	4	16
	Máximo	11	8	8	24
	Desviación Estándar	2	1	1	2

Fuente: Elaboración propia

Las medias del puntaje total y por dominio reportadas son aproximadamente las mismas para las tres patologías del piso pélvico analizadas (se excluyó de este análisis a la IF por ser un solo caso). Similares resultados presentaron las mujeres que padecían de IU al analizar por sus subtipos. Las diferencias en los puntajes totales obtenidos no reportaron significancia.



## DISCUSIÓN

Ya en el año 2009 se proyectaba que para el 2050, en USA, la prevalencia de las DPP aumentaría hasta un 56%<sup>76</sup>. En la actualidad, estas altas prevalencias a nivel mundial, ascienden a un 46% aproximadamente quedando en evidencia que los diferentes países deben elaborar políticas públicas que prevengan las alteraciones del suelo pélvico y promuevan la salud pélvica. La literatura científica actual revela graves consecuencias en diferentes esferas de la vida, tales como el aislamiento social, patologías de salud mental, disfunciones sexuales, entre otras. Por este motivo, es imperativo indagar las variadas repercusiones que alteran el cotidiano de estas mujeres que podrían ver mermada su calidad de vida.

La presente investigación reportó prevalencias similares a otros estudios nacionales e internacionales en cuanto a los tipos de DPP<sup>77-79</sup>, donde la población de casos presentó en su mayoría IU (46,1 %) cuyo subtipo más reportado fue el mixto (IUM), seguido por la IU y POP concomitante (41,6%), POP solo (11,2%), y por último, la IF (1,1%).

Si analizamos los perfiles biosociales vemos algunas diferencias entre los grupos, donde se reflejan los factores de riesgo para el desarrollo de las DPP. El promedio de edad de las mujeres del grupo con DPP es mayor que el grupo sin DPP, presentando además, una mayor alteración en el estado nutricional ya que las tendencias apuntaban a la presencia de sobrepeso y obesidad tipo I, a diferencia del grupo sin DPP, donde las mujeres eran más jóvenes y presentaban un grado menor de alteración en cuanto a su estado nutricional donde la mayoría presentaba sobrepeso o un nivel eutrófico. El estudio realizado en Turquía por Tosun G. y cols. también compara sujetos, de sexo femenino, en presencia y ausencia de DPP reflejando perfiles etarios similares en su investigación en donde el grupo de casos presenta una media de edad de 41,2 años y el grupo control una media de 35,7 años. En cuanto al IMC, también se observan diferencias entre ambos grupos, cuyos controles reportaron una media de 22,8 kg/m<sup>2</sup>, es decir, un estado nutricional normal, mientras que el grupo de casos presentaba sobrepeso (media de 26,4 kg/m<sup>2</sup>)<sup>80</sup>.

También podemos ver diferencias en cuanto a los años de estudio, en donde el grupo sin DPP presenta un grado de perfeccionamiento mayor, ya que las dos primeras mayorías apuntan a un nivel de formación técnica o universitaria completa, contrario a lo reportado por el grupo sin DPP, donde la primera mayoría alcanza a completar un nivel de enseñanza secundaria. En cuanto al ingreso al hogar, el grupo con DPP reportó un menor nivel adquisitivo al concentrarse en una categoría menos, con una diferencia de 100 mil pesos chilenos aproximadamente (121 dólares/104 euros), donde a pesar de que en ambos grupos la mayoría desempeñaba su labor en el hogar como “dueña de casa”, el porcentaje de mujeres que tenían un trabajo remunerado era mayor en el grupo sin DPP que podría darnos indicios de un cierto grado de independencia económica de las mujeres en este grupo.

El estudio de Flores C et al., publicado el año 2012, realizado en la capital de Chile que evaluó por primera vez la función sexual de mujeres con DPP en el país, obtuvo resultados similares a nuestro estudio. La mayoría de las mujeres residentes en Santiago completó su enseñanza secundaria, desempeñando labores domésticas (50%) o con un trabajo remunerado (46%). Nuestras encuestadas sin DPP reportaron un 14% más de dueñas de casas, y un 32,6% registraron tener un trabajo remunerado, porcentaje un poco menor a las mujeres santiaguinas<sup>81</sup>.

Al valorar los factores obstétricos, reconocidos por la literatura como los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de DPP junto con un IMC elevado<sup>82</sup>, podemos ver que el grupo con DPP presenta un mayor número de gestaciones (2 a 4 embarazos vs 1 a 3) y partos. Al detallar esta información, existe diferencia en las medias de aproximadamente un parto por vía vaginal (50% del grupo con DPP tuvo 2 partos por esta vía, y en las encuestadas sin DPP, más del 60% solo tuvo 1 parto) y una gestación, sin embargo, la tasa de cesáreas realizadas fue muy similar en sus medias donde poco más del 60% de ambos grupos reportaron haber tenido 1 parto por vía cesárea. El número total de dichas intervenciones quirúrgicas realizadas fue mayor en el grupo sin DPP, que al observar el detalle, revela que el parto resuelto por cesárea fue menor a un tercio en las mujeres con DPP, y poco más de dos quintos en el grupo sin DPP. En un 17,7% de las mujeres con DPP se realizaron 3

cesáreas, en comparación con el grupo sin DPP, donde solo un 6,7% se intervino dicho número de veces.

Al comparar nuevamente nuestros resultados con el ya mencionado estudio de Flores C et al.<sup>81</sup>, se puede vislumbrar que se reportan resultados diferentes. Nuestros sujetos de estudio tuvieron menos partos, con un total de 123 v/s 276 de la muestra de mujeres santiaguinas, observándose un mayor porcentaje de cesáreas en nuestra investigación (27,6% v/s 17%), caso opuesto al total de partos por vía vaginal que expresó una diferencia numérica mucho menor (67% v/s 63%), respectivamente.

En la revisión sistemática elaborada por Hage-Fransen MAH et al., publicada en el año 2020, se plantea que recomendar una cesárea en lugar de un parto vaginal no podría sugerirse aún, ya que no descartaría el desarrollo futuro de DPP y que no ofrecería protección para el desarrollo de IF y POP, como tampoco, las mujeres que tienen un parto vaginal espontáneo tendrían un mayor riesgo de desarrollar IU<sup>83</sup>.

Destaca también dentro de estos antecedentes relevantes la atención de parto instrumental que solo se presentó en el grupo con DPP en menos del 5%, contrario a lo reportado por Flores C y cols.<sup>81</sup>, quienes encontraron un 20% de partos instrumentales. Esta diferencia se podría explicar debido a los cambios en los protocolos de atención de parto que se han producido durante estos 10 años.

En cuanto a la percepción de calidad de vida, estas son similares en cuanto a la salud general, donde la mayoría de ambos grupos cree tener una alta calidad de vida (con DPP = 48,3%; sin DPP = 51,7%). Un ensayo clínico controlado, triple ciego, publicado el año 2013, que buscaba determinar si los supositorios de DIAZEPAM® de 10 mg mejoraban la electromiografía del piso pélvico (EMG) en reposo en comparación con el placebo, aplicó el instrumento SF-12 a mujeres  $\geq 18$  años con hipertonia de los músculos del piso pélvico en el examen, confirmada por EMG, antes y después de administraron supositorios vaginales que contenían DIAZEPAM® o placebo durante 28 noches consecutivas. La interpretación de los resultados obtenido por estos autores, quienes consideraron que los sujetos que obtienen una puntuación superior a 50 tienen una salud promedio mejor, y las

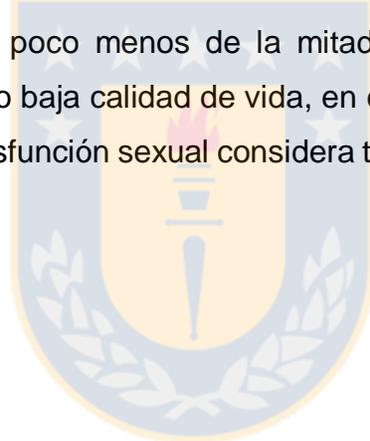
puntuaciones inferiores a 50 representan una calidad de vida inferior a la media, obtuvieron que las puntuaciones de los componentes físicos y mentales indicaron una calidad de vida inferior a la media como resultado de su estado de salud (puntuaciones medias: componentes físicos 40,4 (DE 14,9) y mentales 39,3 (DE 11,5). Si comparamos estos resultados con los obtenidos por el grupo con DPP de nuestro estudio, cuyo componente físico obtuvo una puntuación media de 45,1 (DE 6,6) y su componente mental de 41,2 (DE 10,7), vemos que las medias de ambos componentes son mayores, aunque en ambos estudios el componente mental obtuvo puntajes menores que el componente físico<sup>84</sup>. Sin embargo, al analizar el instrumento por ítem, vemos que en nuestro estudio los sujetos del grupo con DPP presentan una alteración mayor con diferencias estadísticamente significativas en las preguntas que construyen al índice sumario físico (salud física), a diferencia de lo que sucede en el índice sumario emocional (salud mental) donde los resultados de ambos grupos no presentan diferencias significativas en ningún ítem.

En el ámbito de la salud sexual, al analizar los resultados obtenidos por el instrumento que midió la función sexual en ambos grupos, se puede observar que presentan un elevado riesgo de disfunción sexual en igual porcentaje. A pesar de ello, casi todos los dominios presentaron diferencias significativas, a excepción del dominio de satisfacción ( $p = 0,319$ ). La excitación, con un menor puntaje en el grupo sin DPP, y dolor, con menor puntaje en el grupo con DPP, reportaron las mayores diferencias en sus medias superadas solo en el puntaje total, donde el grupo con DPP presentó un mayor puntaje con una diferencia de 2,72 puntos en sus medias ( $p < 0,001$ ). Por tanto, no quedaría claro si la sola presencia de la patología induciría al desarrollo de una DSF. Tras los resultados obtenidos si podríamos corroborar que la satisfacción sexual femenina no tan solo responde a un contexto fisiológico como plantea el modelo lineal, sino que respalda la teoría de Basson, cuyos factores externos, o recompensas no sexuales, también influirían en la respuesta sexual de las mujeres, donde la definición o significado de la satisfacción podría variar según la percepción individual de cada una y su contexto.

En un estudio realizado en Italia por Bortolami et al. publicado el año 2015, quienes utilizaron el instrumento IFSF para medir la función sexual de su población de

estudio que presentaban DPP, obtuvieron una puntuación media del puntaje total de 14,8 donde el dominio con mayor alteración fue el del dolor y el 85% de sus sujetos presentaba riesgo de una DSF<sup>85</sup>. Los resultados obtenidos por nuestro equipo fueron similares, si bien la mayoría de nuestros sujetos también estaba en riesgo de desarrollar una DSF (en el 97,75%), el puntaje total medio fue mayor, obteniendo una media de 21,92 puntos, reportando entonces una mejor función sexual que las mujeres en Italia. El dominio con menor puntaje promedio en nuestro grupo con DPP fue la satisfacción, pero que no reportó diferencias significativas al compararlo con el grupo de mujeres que no presentaban la patología. Sin embargo, el dominio del dolor en nuestro estudio también presentó una de las medias más bajas, que tuvo diferencias estadísticamente significativas.

Al relacionar la percepción de la calidad de vida con la función sexual, podemos ver que en el grupo con DPP poco menos de la mitad de las mujeres con riesgo considera tener una media o baja calidad de vida, en cambio, la mayoría del grupo sin DPP en riesgo de una disfunción sexual considera tener una alta calidad de vida.



## CONCLUSIONES

Hay diferencias en la calidad de vida sexual entre grupos, donde llama la atención que a pesar de que están con el mismo porcentaje de riesgo de desarrollar una DSF la mayoría de ambos grupos considera tener una buena calidad de vida. Esto podría deberse a los diferentes significados o criterios asociados al concepto de satisfacción sexual de cada mujer, o por las recompensas no sexuales y el nivel de significancia que tienen estos factores, incluso contextuales, para cada una. Al evaluarlo como variable en el grupo con DPP, con un instrumento específico para esta población, nuestros resultados no reportaron diferencias entre los tipos de DPP. Contrario a lo mencionado por la literatura, que establece que ciertos dominios estarían más afectados según el tipo o tipos de DPP que la mujer presente, como se expuso en el apartado de marco teórico.

Es por esto que se sugieren más investigaciones que comparen grupos poblacionales que desarrollen metodologías cualitativas y cuantitativas, incluyendo a mujeres activas e inactivas sexualmente, con un mayor número de sujetos, que consideren los factores confundentes, y contextuales, para poder esclarecer en que nivel la presencia de la patología aportaría al desarrollo de una DSF.

## LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio se reconoce que el instrumento utilizado para medir la percepción de calidad de vida podría no haber sido lo suficientemente sensible para nuestra población de estudio. Quizás en futuras investigaciones se deba utilizar un instrumento específico que se ajuste a las características de nuestra muestra.

Por último, se utilizó el instrumento PISQ -12, ya que durante el período de realización de nuestro estudio no se encontraba disponible el instrumento PISQ- IR, que incluye también a mujeres sin actividad sexual.



## PROYECCIONES

Tras los resultados reportados por este trabajo, podríamos sugerir la realización de más estudios que utilicen metodologías mixtas en nuestro país, para abordar tópicos y componentes específicos relativos a la sexualidad de las mujeres con DPP, como también en mujeres sin esta disfunción, pertenecientes a nuestra población nacional.

Conceptos como la autoimagen y satisfacción sexual, podrían abordarse desde una metodología cualitativa para llegar a un entendimiento de como las usuarias vivencian componentes como éstos, y desde lo cuantitativo, para el levantamiento de información y posicionamiento de las disfunciones sexuales y del piso pélvico como una necesidad que debe ser abordada dentro de una política pública real y efectiva, con enfoque de derechos en salud sexual y reproductiva.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrillo K., Sanguineti A. Anatomía Del Piso Pélvico. Rev. Med. Clin. Condes. 2013; 24(2):185-189.
2. Fattouh B., Cayrac M., Letouzey V., Masia F., Mousty E., Marès P., et al. Anatomía funcional del piso pélvico. EMC - Ginecología-Obstetricia. 2015;51(1):1-20.
3. Hartigan SM., Smith AL. Disparities in Female Pelvic Floor Disorders. Curr Urol Rep. 2018; ;19(2):16.
4. Milsom I., Gyhagen M. Breaking news in the prediction of pelvic floor disorders. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2019; 54: 41-48
5. Carvajal J., Barriga M. Manual de Obstetricia y Ginecología, 10ma ed. Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2019.
6. Hoffman BL., Schorge JO., Schaffer JI, Halvorson LM., Bradshaw KD, Cunningham F. Williams ginecología. 2da ed. México: McGraw-HILL Interamericana Editores S. A.; 2012.
7. Abreu Y., Martínez J., Rodríguez E., Alerm A., García J. Prolapso de órganos pélvicos en la mujer: Revisión bibliográfica. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación. 2016;8:99-110.
8. Freeman A, Menees S. Fecal Incontinence and Pelvic Floor Dysfunction in Women: A Review. Gastroenterol Clin. 2016;45(2):217–237.
9. Sanguineti A, Carrillo K, Bocic G, Domínguez C, Fernández J, Abedrapo M et al. Prevalencia de incontinencia fecal en personas que acuden a policlínicos de un hospital universitario. Rev Chil Cir. 2016;68(1):51-57.
10. Bryant C, Kleinstäuber M, Judd F. Aspects of mental health care in the gynecological setting. Women's Health. 2014;10(3):237–254.
11. Brooke G. Female Urinary Incontinence. Physician Assistant Clinics. 2018;3(1):69-82.

12. Rodríguez M. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. *Rev.cub. obstet. ginecol.* 2014;40(1):119-135.
13. Pizarro-Berdichevsky J., Clifton M.M., Goldman H.B. Evaluation and Management of Pelvic Organ Prolapse in Elderly Women. *Clin Geriatr Med.* 2015;31(4):507-521.
14. Marambio A., Sandoval C., Valdevenito R., Naser M., Manríquez V., Guzmán R., et al. Prolapso genital: Etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento. *Rev Hosp Clín Univ Chile.* 2011;22:211-220.
15. Tahtinen R., Cartwright R., Tsui J., Aaltonen R., Aoki Y., Cárdenas J., et al. Long-term Impact of Mode of Delivery on Stress Urinary Incontinence and Urgency Urinary Incontinence: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur. Urol.* 2016;70(1):148-158.
16. Duralde E., Rowen T. Urinary Incontinence and Associated Female Sexual Dysfunction. *Sexual Medicine Reviews.* 2017;5(4):470-485.
17. Purves D., Augustine G., Fitzpatrick D., William H, LaMantia A.S., White L. *Neurociencia.* 5th ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2015.
18. Almousa S, Bandin A. The prevalence of urinary incontinence in nulliparous adolescent and middle-aged women and the associated risk factors: A systematic review. *Maturitas.* 2018;107:78-83.
19. Bozkurt M., Ender A., Sahin L. Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2014;53(4):452-458.
20. Hallock J, Handa V. The Epidemiology of Pelvic Floor Disorders and Childbirth: An Update *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2016;43(1):1-13.
21. Jundt K, Peschers U, Kentenich H. The Investigation and Treatment of Female Pelvic Floor Dysfunction. *Dtsch Arztebl Int.* 2015; 112: 564-574.

22. Vrijens D, Drossaerts J, Van Koeveringe G, Van Kerrebroeck P, Van Os J, Leue C. Affective symptoms and the overactive bladder - A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2015; 78(2): 95-108.
23. González B., Rodríguez J., Toro A., González M. Eficacia del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en incontinencia urinaria femenina. *Anales Sis San Navarra*. 2014;37(3):381-400.
24. McIntosh L., Andersen E., Reekie M. Conservative Treatment of Stress Urinary Incontinence in Women: A 10-Year (2004-2013) Scoping Review of the Literature. *Urol Nurs*. 2015;35(4):179-186.
25. Lamin E., Parrillo L., Newman D., Smith A. Pelvic Floor Muscle Training: Underutilization in the USA. *Curr Urol Rep*. 2016;17(2):10-17.
26. Cavkaytar S., Kokanali M., Topcu H., Aksakal O., Doğanay M. Effect of home-based Kegel exercises on quality of life in women with stress and mixed urinary incontinence. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2015;35(4):407-410.
27. Defilippi C. Motilidad colónica, defecación y sus alteraciones. En: Brunser O., Cruchet S., Gotteland M. *Fisiología gastrointestinal y nutrición*. 1ra ed. Santiago, Chile: Nestlé Chile S.A.; 2013. p.197-214.
28. De La Portilla F. Avances y futuro del tratamiento de la incontinencia fecal. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2013; 24(2): 262-269.
29. Prigent A., Simon S., Durand-Zaleskia I., Leboyercef M., Chevreu K. Quality of life instruments used in mental health research: Properties and utilization. *Psychiatry Research*. 2014;215(1):1-8.
30. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. *Manual SEPAR de procedimientos*. 12 ed. Barcelona; 2007.
31. Vera-Villarroel P., Silva J., Celis-Atenas K., Pavez P. Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. *Rev Med Chile*. 2014;142: 1275-1283.

32. Ware J., Kosinski M., Keller S. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Medical Care*. 1996;34(3):220-233.
33. Vilagut, G., Valderas JM., Ferrer M., Garin O., López-García E., Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina Clínica*. 2008;130(19):726–735.
34. Herrera A, Arriagada J, Gonzalez C, Leppe J, Herrera F. Quality of life and sexual function in postmenopausal women with urinary incontinence. *Actas Urol Esp* 2008;32:624-628.
35. Tola B. Omotosho, , Anne Hardart, , Rebecca G. Rogers, Joseph I. Schaffer, William H. Kobak, and Audrey A. Romero. Validation of Spanish Versions of the Pelvic Floor Distress Inventory and Pelvic Floor Impact Questionnaire: A Multicenter Validation Randomized Study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009; 20(6): 623–639.
36. Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción. Antigua Guatemala; 19-22 de mayo 2000. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ Organización Mundial de la Salud (OMS)/ Asociación Mundial de Sexología (WAS);2000.
37. Organización mundial de la salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach]. Ginebra; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
38. Mestre M, Lleberiaa J, Pubill J, Espuña-Pons M. Los cuestionarios en la evaluación de la actividad y función sexual en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos. *Actas Urol Esp*. 2015;39(3):175-182. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210480614002010?via%3Dihub>

39. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Fergurson D, Fourcroy J et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000; 163: 888-893.
40. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ*. 2005; 172 (10): 1327-1333.
41. Yount SM. The Impact of Pelvic Floor Disorders and Pelvic Surgery on Women's Sexual Satisfaction and Function. *Rev. J Midwifery Womens Health*. 2013; 58(5):538-545.
42. Sánchez MM, Sierra JC, Santo. Satisfacción sexual: análisis de factores asociados e implicaciones clínicas [Tesis Doctoral]. Granada (ESP): Universidad de granada; 2015.
43. Instituto de salud pública (ESP). Disfunciones sexuales: notas de clase, programa salud sexual y reproductiva. Madrid (ESP): Centros de salud madrid ; 2013.
44. Masters W, Johnson V. *Human sexual response*. Boston: Little, Brown and Company; 1966
45. Mella C, Oyanedel JC, Vargas S, De Ugarte N. Salud sexual en Chile: una aproximación descriptiva al comportamiento y la satisfacción sexual de los chilenos. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*. 2015; 80(4):289-296.
46. Muñoz A, Camacho P. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*. 2016;81(3):168-180.
47. Álvarez M, Fernández D, Gallardo G. Perfil biosociodemográfico en mujeres de 35 a 55 años que cursan con disfunción sexual en la comuna de lanco, durante el segundo semestre del año 2012. [Tesis grado]. Valdivia (CHI): Universidad Austral de Chile; 2012.
48. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM- IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2000.

49. Kamińska A, Futyma K, Romanek-Piva K, Streit-Ciećkiewicz D, Rechberger T. Sexual function specific questionnaires as a useful tool in management of urogynecological patients-Review. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2019;234:126-130. Disponible en: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(19\)30042-9/fulltext](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(19)30042-9/fulltext)
50. Neijenhuijs K, Hooghiemstra N, Holtmaat K, Aaronson NK, Groenvold M, Holzner B, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI)—A Systematic Review of Measurement Properties. *The Journal of Sexual Medicine.* 2019;16(5):640-660. Disponible en: [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(19\)30424-2/abstract](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(19)30424-2/abstract)
51. 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;31:1-20.
52. Rosen C., Brown J., Heiman S., Leib R. 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.
53. Blümel JE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2004; 69(2): 118-125. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v69n2/art06.pdf>
54. Thomas H, Hess R, Thurston R. Correlates of Sexual Activity and Satisfaction in Midlife and Older Women. *Ann Fam Med.* 2015;13(4):42-336.
55. García H, López H, Carbonell J, Castillo D. Impacto de la incontinencia urinaria sobre la salud sexual femenina. *Urol.colomb.* 2010;19(3):59-67.
56. Handa VL, Cundiff G, Chang HH, Helzlsouer KJ. Female sexual function and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol* 2008;111:1045-1052.
57. Zielinski R, Low LK, Tumbarello J, Miller JM. Body image and sexuality in women with pelvic organ prolapse. *Urol Nurs* 2009; 29:239-246.

58. Liebergall-Wischnitzer M, Paltie H, López H, Carbonell J, Castillo D. Impacto de la incontinencia urinaria sobre la salud sexual femenina. *Urol.colomb.* 2010;19(3):59-67.
59. Zielinski R, Miller J, Kane L, Sampsel C, DeLancey J. The Relationship Between Pelvic Organ Prolapse, Genital Body Image, and Sexual Health. *Neurourology and Urodynamics.* 2012;31:1145–8.
60. Handelzaltsa J, Yaakobia T, Levya S, Peledb Y, Wiznitzerb A, Krissib H. The impact of genital self-image on sexual function in women with pelvic floor disorders. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2017;211:164-168. Disponible en: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(17\)30100-8/fulltext](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(17)30100-8/fulltext)
61. Moroni R, Alves da Silva L, Ferreira C, De Mello M, Oliveira L. Assessment of Body Image, Sexual Function, and Attractiveness in Women With Genital Prolapse: A Cross-Sectional Study With Validation of the Body Image in the Pelvic Organ Prolapse (BIPOP) Questionnaire. *The Journal of Sexual Medicine.* 2019;16(1):126-136. Disponible en: [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(18\)31286-4/fulltext](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(18)31286-4/fulltext)
62. Thompson JC, Rogers RG. Surgical Management for Pelvic Organ Prolapse and Its Impact on Sexual Function. *Sex. Med. Rev.* 2016; 4(3): 213-220.
63. 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. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2001;184(4):552-558.
64. España M, Puig M. 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):211-219.
65. 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):164-168.

66. 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;28:1901–1907.
67. Rockwood TH, Constantine ML, Adegoke O, Rogers RG, McDermott E et al. The PISQ-IR: considerations in scale scoring and development. *Int Urogynecol J.* 2013; 24:1105–1122.
68. Rogers R.G, 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; 24:1091–1103.
69. 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.
70. Abrams P, Avery K, Gardener N, Donovan J. The International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire: [www.iciq.net](http://www.iciq.net). *The Journal Of Urology.* 2006;175:1063-1066.
71. Price N, Jackson S, Avery K, Brookes S, Abrams P. Development and psychometric evaluation of the ICIQ Vaginal Symptoms Questionnaire: the ICIQ-VS. *BJOG* 2006; 113(6):700–712.
72. Arenholt L, Glavind-Kristensen M, Bøggild H, Glavind K. Translation and validation of the International Consultation on Incontinence Questionnaire Vaginal Symptoms (ICIQ-VS): the Danish version. *International Urogynecology Journal.* 2019;30(1):17-22
73. Jackson S, Donovan J, Brookes S, Eckford S, Swithinbank L, Abrams P. The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: development and psychometric testing. *British Journal of Urology.* 1996; 77:805–812.
74. Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of a Questionnaire on Sexual Quality of Life in Women. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(5):385-97.

75. Maasoumi R, Lamyian M, Ali Montazeri A, Ali Azin S, Aguilar-Vafaie ME, Ebrahim Hajizadeh E. The sexual quality of life-female (SQOL-F) questionnaire: translation and psychometric properties of the Iranian version. *Reprod Health*. 2013;10(25):1-6.
76. Jennifer M Wu, Andrew F Hundley, Rebekah G Fulton, Evan R Myers. Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in U.S. Women: 2010 to 2050. *Obstet Gynecol*. 2009;114(6):1278-1283.
77. Ricón O. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar "Ultraestación" en la ciudad de Chillán, Chile. *Rev. Méd. Chile*. 2015;143(2):203-212.
78. Islam RM et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in community-dwelling women in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2019;30(12):2001-2011.
79. Milsom I., Gyhagen M. Breaking news in the prediction of pelvic floor disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2019; 54: 41-48
80. Tosun G, Peker N, Tosun ÖÇ, Yeniel ÖA, Ergenoğlu AM, Elvan A, Yıldırım M. Pelvic floor muscle function and symptoms of dysfunctions in midwives and nurses of reproductive age with and without pelvic floor dysfunction. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2019;58(4):505-513.
81. Flores E Claudia, Araya G Alejandra, Pizarro- Berdichevsky Javier, Díaz R Constanza, Quevedo C Estefanía, González L Silvana. Descripción de la función sexual en mujeres con alteraciones de piso pélvico en un hospital público de Santiago. *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2012;77(5):331-337.
82. López-López AI, Sanz-Valero J, Gómez-Pérez L, Pastor-Valero M. Pelvic floor: vaginal or caesarean delivery? A review of systematic reviews. *Int Urogynecol J*. 2021;32(7):1663-1673.

83. Hage-Fransen MAH, Wiezer M, Otto A, Wieffer-Platvoet MS, Slotman MH, Nijhuis-van der Sanden MWG, Pool-Goudzwaard AL. Pregnancy- and obstetric-related risk factors for urinary incontinence, fecal incontinence, or pelvic organ prolapse later in life: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2021;100(3):373-382.

84. Crisp CC, Vaccaro CM, Estanol MV, Oakley SH, Kleeman SD, Fellner AN, Pauls RN. Intra-vaginal diazepam for high-tone pelvic floor dysfunction: a randomized placebo-controlled trial. *Int Urogynecol J.* 2013;24(11):1915-1923.

85. Bortolami A, Vanti C, Banchelli F, Guccione AA, Pillastrini P. Relationship between female pelvic floor dysfunction and sexual dysfunction: an observational study. *J Sex Med.* 2015;12(5):1233-1241.



## ANEXOS

**Anexo 1:** Tabla de variables del perfil biosocial.

Nombre de la variable	Naturaleza	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Edad	Cuantitativa	Número de años cumplidos de la usuaria.	18 a 100 años	Discreta	Escala de razón
Estado civil	Cualitativa	Vínculo de la usuaria y su pareja.	1) Casada 2) Soltera 3) Conviviente 4) Separada 5) Viuda	Nominal	Escala Nominal
Escolaridad	Cualitativa	Último nivel educacional aprobado por la usuaria.	1) Sin estudios 2) Básica incompleta 3) Básica completa 4) Media incompleta 5) Media completa 6) Técnica superior incompleta 7) Técnica superior completa 8) Universidad incompleta 9) Universidad completa	Nominal	Escala Nominal
Ocupación	Cualitativa	Labor o actividad que realiza la usuaria, independiente si recibe una remuneración.	1) Trabajadora Dependiente 2) Trabajadora Independiente 3) Cesante 4) Jubilada 5) Pensionada 6) Dueña de Casa	Nominal	Escala Nominal

Ingreso del hogar	Cuantitativa	Suma de los ingresos económicos de los integrantes del grupo familiar con los que convive.	1) Menos de \$64.000 2) \$65.000 a \$136.000 3) \$137.000 a \$180.000 4) \$181.000 a \$250.000 5) \$251.000 a \$350.000 6) \$351.000 a \$450.000 7) \$451.000 a \$650.000 8) \$651.000 a \$851.000 9) \$851.000 a \$1.050.000 10) \$1.051.000 o más	Discreta	Escala de intervalo
Índice de masa corporal	Cuantitativa	Asociación entre masa y estatura de la usuaria	De 18,5 a 50 kg/m <sup>2</sup>	Continua	Escala de razón
Número de embarazos previos	Cuantitativa	Cantidad de embarazos vividos	De 1 a 6 embarazos	Discreta	Escala de razón
Número de partos previos	Cuantitativa	Cantidad de embarazos resueltos	De 1 a 6 partos	Discreta	Escala de razón
Tipo(s) de parto(s) previo(s)	Cualitativa/ Cuantitativa	Cuantía según la vía de parto	1) Vaginal 2) Cesáreas 3) Forceps/instrumental	Discreta/ Nominal	Escala de razón/ Escala Nominal

## **Anexo 2: Cuestionarios**

- Cuestionario aplicado a casos



UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

FACULTAD DE MEDICINA

DPTO. OBSTETRICIA Y PUERICULTURA, DPTO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

# **ENCUESTA**

## **Calidad de Vida y Función Sexual de mujeres con Disfunción del Piso Pélvico controladas en el HGGB**

### **Instrucciones para encuestadoras:**

Lea atentamente a cada participante las instrucciones que están encuadradas a lo largo de esta encuesta.

## **I. CARACTERÍSTICAS GENERALES**

**Instrucciones:** A continuación le haré una serie de preguntas que se refieren a datos sociodemográficos importantes a considerar dentro de nuestra investigación

**1.- ¿Qué edad tiene?** \_\_\_\_\_ (años)

**2.- ¿Cuál es su estado civil?**

1. Casada
2. Soltera
3. Conviviente
4. separada
5. Viuda

**3.- ¿Cuál es el último nivel de escolaridad cursado?**

1. Sin estudios
2. Básica incompleta
3. Básica completa
4. Media incompleta
5. Media completa
6. Técnica superior incompleta
7. Técnica superior completa
8. Universidad incompleta
9. Universidad completa



**4.- ¿Qué actividad laboral desempeña actualmente?**

1. Trabajadora Dependiente
2. Trabajadora Independiente
3. Cesante
4. Jubilada
5. Pensionada
6. Dueña de Casa

5.- ¿Cuál es el ingreso total mensual, sumando todos los ingresos de los miembros de su hogar?

1. Menos de \$ 64.000
2. \$ 65.000 a \$ 136.000
3. \$137.000 a \$180.000
4. \$181.000 a \$250.000
5. \$251.000 a \$350.000
6. \$351.000 a \$450.000
7. \$451.000 a \$650.000
8. \$651.000 a \$851.000
9. \$851.000 a \$1.050.000
10. \$1.051.000 o más

**5a. Alternativa para ingreso mensual INDIVIDUAL: \_\_\_\_\_ (n°)**

**5b. Alternativa para ingreso mensual de su HOGAR: \_\_\_\_\_ (n°)**

6.- ¿Cuál es su peso? \_\_\_\_\_ (Kilogramos)

7.- ¿Cuál es su talla? \_\_\_\_\_ (metros, centímetros)

8.- ¿Ha tenido actividad sexual durante estos últimos 6 meses?

1. Sí
2. No

9.- ¿Cuánto(s) embarazos ha tenido? \_\_\_\_\_

10.- ¿Cuántos partos ha tenido y qué tipo de parto fueron? (Registre el número correspondiente)

	Sí	Nº	No
1. Vaginal			
2. Cesárea			
3. Instrumental			

11.- ¿Cuánto peso su recién nacido con mayor peso? \_\_\_\_\_ (gramos)

12. ¿Sufre usted de pérdida de orina involuntaria, al hacer algún tipo de esfuerzo o en ambas situaciones?

1. Si
2. No

13. ¿Sufre usted de infecciones urinarias recurrentes?

1. Si
2. No

14. ¿Sufre usted de perdidas fecales involuntarias, al hacer algún tipo de esfuerzo o en ambas situaciones?

1. Si
2. No

**15. ¿Tiene usted algún antecedente familiar de disfunción de piso pélvico?** (Ej: Perdida de orina, sensación de bulto en los genitales, perdida fecales)

1. Si
2. No
3. No sabe

**16. ¿Cuál es su diagnóstico? Marque todos los diagnósticos que correspondan**

1. Prolapso Genital Estadio I
2. Prolapso Genital Estadio II
3. Prolapso Genital Estadio III
4. Prolapso Genital Estadio IV
5. Incontinencia de Orina
6. Incontinencia Fecal

**17.- ¿Realiza usted algún tipo de trabajo que requiera mayor esfuerzo físico?** (Ej; levantar libros, cajas, muebles; subir escaleras, etc.)

1. Si
2. No



## **II. SALUD GENERAL Y CALIDAD DE VIDA**

### **CUESTIONARIO “SF-12” SOBRE EL ESTADO DE SALUD**

**Instrucciones:** Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

**18. En general, usted diría que su salud es:**

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Mala

**Instrucciones:** Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿Le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

**19. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora**

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

**20. Subir varios pisos por la escalera**

1. Sí, me limita mucho.
2. Sí, me limita un poco.
3. No, no me limita nada.



**Instrucciones:** Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

**21. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?**

1. Sí
2. No

**22. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?**

1. Sí
2. No

**Instrucciones:** Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

**23. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?**

1. Sí
2. No

**24. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?**

1. Sí
2. No

**25. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?**

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

**Instrucciones:** Las preguntas que siguen se refieren a como se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas.

**26. ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?**

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo alguna vez
6. Nunca

**27. ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?**

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo alguna vez
6. Nunca

**¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?**

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo alguna vez
6. Nunca

**28. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?**

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Solo alguna vez
5. Nunca.



## **CUESTIONARIO DE IMPACTO DEL PISO PÉLVICO**

**Instrucciones:** Algunas mujeres sienten que sus síntomas de la orina o vejiga, del intestino o de la vagina afectan sus actividades diarias, sus relaciones personales y su manera de sentir (emociones). Las siguientes preguntas se refieren a aspectos de su vida que pueden haber sido afectados por sus síntomas de la orina o vejiga, del intestino o de la vagina. Para cada pregunta, por favor, marque con una "X" el casillero que corresponde a la respuesta que mejor describe su **condición en los últimos 3 meses.**

**30a. ¿Qué efecto tienen usualmente sus síntomas relacionados con la orina o vejiga en su habilidad (capacidad) para hacer sus quehaceres del hogar como cocinar, limpiar y/o lavar la ropa?**

1. Ningún efecto
2. Poco efecto
3. Efecto moderado
4. Bastante efecto (mucho)

**30b. ¿Qué efecto tienen usualmente sus síntomas relacionados con el intestino o recto en su habilidad (capacidad) para hacer sus quehaceres del hogar como cocinar, limpiar y/o lavar la ropa?**

1. Ningún efecto
2. Poco efecto
3. Efecto moderado
4. Bastante efecto (mucho)

**30c. ¿Qué efecto tienen usualmente sus síntomas relacionados con la vagina o pelvis en su habilidad (capacidad) para hacer sus quehaceres del hogar como cocinar, limpiar y/o lavar la ropa?**

1. Ningún efecto
2. Poco efecto
3. Efecto moderado
4. Bastante efecto (mucho)

**31a. ¿Qué efecto tienen usualmente sus síntomas relacionados con la orina o vejiga en su habilidad (capacidad) para hacer actividades físicas como caminar, nadar u otro ejercicio?**

1. Ningún efecto
2. Poco efecto
3. Efecto moderado
4. Bastante efecto (mucho)

**31b. ¿Qué efecto tienen usualmente sus síntomas relacionados con el intestino o recto en su habilidad (capacidad) para hacer actividades físicas como caminar, nadar u otro ejercicio?**

1. Ningún efecto
2. Poco efecto
3. Efecto moderado
4. Bastante efecto (mucho)

**31c. ¿Qué efecto tienen usualmente sus síntomas relacionados con la vagina o pelvis en su habilidad (capacidad) para hacer actividades físicas como caminar, nadar u otro ejercicio?**

1. Ningún efecto
2. Poco efecto
3. Efecto moderado
4. Bastante efecto (mucho)

**32a. ¿Qué efecto tienen usualmente sus síntomas relacionados con la orina o vejiga en sus actividades de entretenimiento como ir al cine o a un concierto?**

1. Ningún efecto
2. Poco efecto
3. Efecto moderado
4. Bastante efecto (mucho)

**32b. ¿Qué efecto tienen usualmente sus síntomas relacionados con el intestino o recto en sus actividades de entretenimiento como ir al cine o a un concierto?**

1. Ningún efecto
2. Poco efecto
3. Efecto moderado
4. Bastante efecto (mucho)

**32c. ¿Qué efecto tienen usualmente sus síntomas relacionados con la vagina o pelvis en sus actividades de entretenimiento como ir al cine o a un concierto?**

1. Ningún efecto
2. Poco efecto
3. Efecto moderado
4. Bastante efecto (mucho)

**33a. ¿Qué efecto tienen usualmente sus síntomas relacionados con la orina o vejiga en su habilidad (capacidad) para viajar en automóvil (carro) o en autobús a una distancia de más de 30 minutos de su casa?**

1. Ningún efecto
2. Poco efecto
3. Efecto moderado
4. Bastante efecto (mucho)

**33b. ¿Qué efecto tienen usualmente sus síntomas relacionados con el intestino o recto en su habilidad (capacidad) para viajar en automóvil (carro) o en autobús a una distancia de más de 30 minutos de su casa?**

1. Ningún efecto
2. Poco efecto
3. Efecto moderado
4. Bastante efecto (mucho)

**33c. ¿Qué efecto tienen usualmente sus síntomas relacionados con la vagina o pelvis en su habilidad (capacidad) para viajar en automóvil (carro) o en autobús a una distancia de más de 30 minutos de su casa?**

1. Ningún efecto
2. Poco efecto
3. Efecto moderado
4. Bastante efecto (mucho)

**34a. ¿Qué efecto tienen usualmente sus síntomas relacionados con la orina o vejiga en su habilidad (capacidad) para participar en actividades sociales fuera de su casa?**

1. Ningún efecto
2. Poco efecto
3. Efecto moderado
4. Bastante efecto (mucho)

**34b. ¿Qué efecto tienen usualmente sus síntomas relacionados con el intestino o recto en su habilidad (capacidad) para participar en actividades sociales fuera de su casa?**

1. Ningún efecto
2. Poco efecto
3. Efecto moderado
4. Bastante efecto (mucho)

**34c. ¿Qué efecto tienen usualmente sus síntomas relacionados con la vagina o pelvis en su habilidad (capacidad) para participar en actividades sociales fuera de su casa?**

1. Ningún efecto
2. Poco efecto
3. Efecto moderado
4. Bastante efecto (mucho)

**35a. ¿Qué efecto tienen usualmente sus síntomas relacionados con la orina o vejiga en su salud emocional (nerviosismo, ansiedad, depresión, etc.)?**

1. Ningún efecto
2. Poco efecto
3. Efecto moderado
4. Bastante efecto (mucho)

**35b. ¿Qué efecto tienen usualmente sus síntomas relacionados con el intestino o recto en su salud emocional (nerviosismo, ansiedad, depresión, etc.)?**

1. Ningún efecto
2. Poco efecto
3. Efecto moderado
4. Bastante efecto (mucho)

**35c. ¿Qué efecto tienen usualmente sus síntomas relacionados con la vagina o pelvis en su salud emocional (nerviosismo, ansiedad, depresión, etc.)?**

1. Ningún efecto
2. Poco efecto
3. Efecto moderado
4. Bastante efecto (mucho)

**36a. Sus síntomas relacionados con la orina o vejiga, ¿la hacen sentir frustrada?**

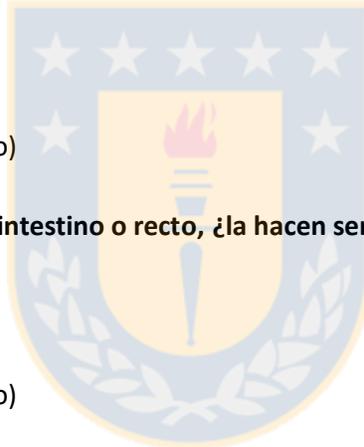
1. Ningún efecto
2. Poco efecto
3. Efecto moderado
4. Bastante efecto (mucho)

**36b. Sus síntomas relacionados con el intestino o recto, ¿la hacen sentir frustrada?**

1. Ningún efecto
2. Poco efecto
3. Efecto moderado
4. Bastante efecto (mucho)

**36c. Sus síntomas relacionados con la vagina o pelvis, ¿la hacen sentir frustrada?**

1. Ningún efecto
2. Poco efecto
3. Efecto moderado
4. Bastante efecto (mucho)



## **CUESTIONARIO SOBRE FUNCIÓN SEXUAL (PISQ-12)**

**Instrucciones:** A continuación encontrará una lista de preguntas acerca de su vida sexual y la de su compañero. Toda la información es estrictamente confidencial. Sus respuestas confidenciales se utilizarán únicamente para ayudar a los médicos a comprender que aspectos son importantes para los pacientes en su vida sexual. Por favor, encierre con un círculo el número que desde su punto de vista responda mejor a la pregunta. Conteste a las preguntas considerando su vida sexual durante los últimos 6 meses. Gracias por su ayuda.

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

1. Todos los días
2. 1 vez a la semana
3. 1 vez al mes
4. Menos de 1 al mes
5. Nunca

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

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca

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

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca

**40. ¿Está satisfecha con las distintas actividades sexuales de su actual vida sexual?**

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca

**41. ¿Siente dolor durante las relaciones sexuales?**

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca

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

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca

**43. El miedo a la incontinencia de orina (heces u orina), ¿Restringe su vida sexual?**

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca



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

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca

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

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca

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

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca

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

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca
- 6.

**48. En comparación con los orgasmos que ha tenido en el pasado, ¿Cómo calificaría los orgasmos que ha tenido en los últimos 6 meses?**

1. Mucho menos intensos
2. Menos intensos
3. Igual de intensos
4. Más intensos
5. Mucho más intensos

**GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN**

Si tiene alguna duda por favor comuníquese con la Investigadora Responsable (Prof. Carolina Bascur Castillo) a su email [carobascur@udec.cl](mailto:carobascur@udec.cl) o al teléfono 41-2204592



- Cuestionario aplicado a controles



UNIVERSIDAD DE CONCEPCION  
FACULTAD DE MEDICINA  
DPTO. OBSTETRICIA Y PUERICULTURA, DPTO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

**ENCUESTA**  
**Calidad de Vida y Función Sexual de mujeres atendidas en  
el Programa de Salud de la Mujer**

**Instrucciones para encuestadoras:**

Lea atentamente a cada participante las instrucciones que están encuadradas a lo largo de esta encuesta

## **I.CARACTERÍSTICAS GENERALES**

**Instrucciones:** A continuación le haré una serie de preguntas que se refieren a datos sociodemográficos importantes a considerar dentro de nuestra investigación

**1.- ¿Qué edad tiene?** \_\_\_\_\_ (años)

**2.- ¿Cuál es su estado civil?**

1. Casada
2. Soltera
3. Conviviente
4. separada
5. Viuda

**3.- ¿Cuál es el último nivel de escolaridad cursado?**

1. Sin estudios
2. Básica incompleta
3. Básica completa
4. Media incompleta
5. Media completa
6. Técnica superior incompleta
7. Técnica superior completa
8. Universidad incompleta
9. Universidad completa

**4.- ¿Qué actividad laboral desempeña actualmente?**

1. Trabajadora Dependiente
2. Trabajadora Independiente
3. Cesante
4. Jubilada
5. Pensionada
6. Dueña de Casa



**5.- ¿Cuál es el ingreso total mensual, sumando todos los ingresos de los miembros de su hogar?**

1. Menos de \$ 64.000
2. \$ 65.000 a \$ 136.000
3. \$137.000 a \$180.000
4. \$181.000 a \$250.000
5. \$251.000 a \$350.000
6. \$351.000 a \$450.000
7. \$451.000 a \$650.000
8. \$651.000 a \$851.000
9. \$851.000 a \$1.050.000
10. \$1.051.000 o más

**5a. Alternativa para ingreso mensual INDIVIDUAL: \_\_\_\_\_ (n°)**

**5b. Alternativa para ingreso mensual de su HOGAR: \_\_\_\_\_ (n°)**

**6.- ¿Cuál es su peso?**\_\_\_\_\_ (Kilogramos)

**7.- ¿Cuál es su talla?**\_\_\_\_\_ (metros, centímetros)

8.- ¿Ha tenido actividad sexual durante estos últimos 6 meses?

1. Sí
2. No

9.- ¿Cuánto(s) embarazos ha tenido? \_\_\_\_\_

10.- ¿Cuántos partos ha tenido y qué tipo de parto fueron? (Registre el número correspondiente)

	Sí	Nº	No
1. Vaginal			
2. Cesárea			
3. Instrumental			

**Questionario de Salud SF-12**

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| <input type="checkbox"/> |

Excelente      Muy buena      Buena      Regular      Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | 1                        | 2                        | 3                        |
|   | Sí, me limita mucho      | Sí, me limita un poco    | No, no me limita nada    |
| 2. <b>Esfuerzos moderados</b> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos, o caminar más de 1 hora. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Subir <b>varios</b> pisos por la escalera.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Durante **las 4 últimas semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de su salud física**?

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | 1                        | 2                        |
|  | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                |
| 4. ¿Hizo <b>menos</b> de lo que hubiera querido hacer?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tuvo que <b>dejar de hacer algunas tareas</b> en su trabajo o en sus actividades cotidianas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Durante las **4 últimas semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de algún problema emocional** (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?

	1	2
	<b>Sí</b>	<b>No</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

8. Durante las **4 últimas semanas**, ¿hasta qué punto **el dolor** le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

	1	2	3	4	5	6
	Siempr	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna	Nunca
9. ...se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>					
10. ...tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>					
11. ...se sintió desanimado?	<input type="checkbox"/>					

12. Durante las **4 últimas semanas**, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
Siempr	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna	Nunca

### Cuestionario Índice de la función sexual femenina (FSFI)

1.- En las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** experimentó deseo o interés sexual?

- 1 Casi siempre o siempre
- 2 Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- 3 Algunas veces (la mitad de las veces)
- 4 Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 5 Casi nunca o nunca

2.- En las últimas 4 semanas, ¿en qué **porcentaje** estima su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

- 1 Muy alto
- 2 Alto
- 3 Regular
- 4 Bajo
- 5 Muy bajo o nada

3.- En las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** experimentó excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?

- 1 Sin actividad sexual
- 2 Casi siempre o siempre
- 3 Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- 4 Algunas veces (la mitad de las veces)
- 5 Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 6 Casi nunca o nunca

4.- En las últimas 4 semanas, ¿en qué **porcentaje** estima su nivel de excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?

- 1 Sin actividad sexual
- 2 Muy alto
- 3 Alto
- 4 Moderado
- 5 Bajo
- 6 Muy bajo o nada

5.- En las últimas 4 semanas, ¿qué **confianza** tiene de poder lograr excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?

- 1 Sin actividad sexual
- 2 Muy alta confianza
- 3 Alta confianza
- 4 Moderada confianza
- 5 Baja confianza
- 6 Muy baja o sin confianza

6.- En las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** ha satisfecho su excitación durante la actividad o intercurso sexual?

- 1 Sin actividad sexual
- 2 Casi siempre o siempre
- 3 Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- 4 Algunas veces (la mitad de las veces)
- 5 Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 6 Casi nunca o nunca

7.- En las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** se ha lubricado (húmedo o mojado) durante la actividad o intercurso sexual?

- 1 Sin actividad sexual
- 2 Casi siempre o siempre
- 3 Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- 4 Algunas veces (la mitad de las veces)
- 5 Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 6 Casi nunca o nunca

8.- En las últimas 4 semanas, ¿cuán **difícil** fue lubricarse (mojarse) durante la actividad o intercurso sexual?

- 1 Sin actividad sexual
- 2 Extremadamente difícil o imposible
- 3 Muy difícil
- 4 Difícil
- 5 Levemente difícil
- 6 Sin dificultad

9.- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia **mantiene** la lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?

- 1 Sin actividad sexual
- 2 Casi siempre o siempre
- 3 Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- 4 Algunas veces (la mitad de las veces)
- 5 Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 6 Casi nunca o nunca

10.- En las últimas 4 semanas, ¿cuán **difícil** fue mantener su lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?

- 1 Sin actividad sexual
- 2 Extremadamente difícil o imposible
- 3 Muy difícil
- 4 Difícil
- 5 Levemente difícil
- 6 Sin dificultad

11.- En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, ¿con qué **frecuencia** logra el orgasmo (climax)?

- 1 Sin actividad sexual
- 2 Casi siempre o siempre
- 3 Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- 4 Algunas veces (la mitad de las veces)
- 5 Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 6 Casi nunca o nunca

12.- En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, ¿cuán **difícil** fue lograr el orgasmo (climax)?

- 1 Sin actividad sexual
- 2 Extremadamente difícil o imposible
- 3 Muy difícil
- 4 Difícil
- 5 Levemente difícil
- 6 Sin dificultad

13.- En las últimas 4 semanas, ¿Cuán **satisfecha** estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo durante la actividad o intercurso sexual?

- 1 Sin actividad sexual
- 2 Muy satisfecha
- 3 Moderadamente satisfecha
- 4 Igualmente satisfecha e insatisfecha
- 5 Moderadamente insatisfecha
- 6 Muy insatisfecha

14.- En las últimas 4 semanas, ¿Cuán **satisfecha** estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- 1 Sin actividad sexual
- 2 Muy satisfecha
- 3 Moderadamente satisfecha
- 4 Igualmente satisfecha e insatisfecha
- 5 Moderadamente insatisfecha
- 6 Muy insatisfecha

15.- En las últimas 4 semanas, ¿Cuán **satisfecha** ha estado con la relación sexual con su pareja?

- 1 Muy satisfecha
- 2 Moderadamente satisfecha
- 3 Igualmente satisfecha e insatisfecha
- 4 Moderadamente insatisfecha
- 5 Muy insatisfecha



16.- En las últimas 4 semanas, ¿Cuán **satisfecha** a estado con su vida sexual en general?

- 1 Muy satisfecha
- 2 Moderadamente satisfecha
- 3 Igualmente satisfecha e insatisfecha
- 4 Moderadamente insatisfecha
- 5 Muy insatisfecha

17.- En las últimas 4 semanas, ¿Con qué **frecuencia** experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?

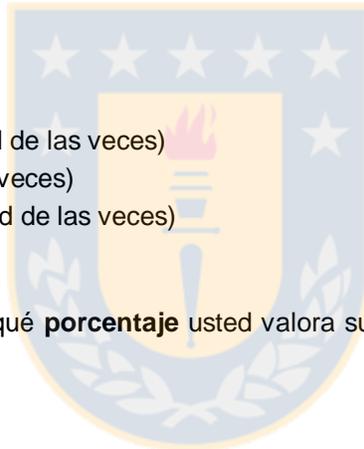
- 1 Sin actividad sexual
- 2 Casi siempre o siempre
- 3 Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- 4 Algunas veces (la mitad de las veces)
- 5 Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 6 Casi nunca o nunca

18.- En las últimas 4 semanas, ¿Con qué **frecuencia** experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?

- 1 Sin actividad sexual
- 2 Casi siempre o siempre
- 3 Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- 4 Algunas veces (la mitad de las veces)
- 5 Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 6 Casi nunca o nunca

19.- En las últimas 4 semanas, ¿Con qué **porcentaje** usted valora su molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- 1 Sin actividad sexual
- 2 Muy alto
- 3 Alto
- 4 Regular
- 5 Bajo
- 6 Muy bajo o nada



**Anexo 3: Resoluciones de aprobación Comité Ético Centífico del Servicio de Salud Concepción.**

- Grupo comparativo “Con DPP”

	<b>UNIDAD DE INVESTIGACION Y DESARROLLO HOSPITAL Dr. G.MO. GRANT BENAVENTE</b>	
<p>N° INT. 103 / 29.08.13 DFA. USBS / ESK / BSC / mega</p>	<b>30.AGO. 3-0 5620</b>	
<b>RESOLUCION EXENTA N°: CONCEPCION,</b>		
<p><b>VISTOS:</b> Resolución N° 1600/2008 de la Contraloría General de la República, DFL. 1/2005 MINSAL., DS. 140/2004 MINSAL., DS. 38/2005 MINSAL., Res. 43/81, Res. 752/2006 MINSAL, Art. 98° Letra B) del DFL. 29/2004, Res. 5461/22.08.2013.</p>		
<p><b>RESUELVO:</b></p>		
<p>Deléguese la facultad establecida en el Art 11 de la Ley 20.120 que se concede al Director del Centro o establecimiento en que se desarrolla la investigación, en el sentido de firmar los Consentimientos Informados y actuar como Ministro de Fe, al Jefe CR. Materno Infantil del Hospital Gmo. Grant Benavente.</p>		
<p><b>“Calidad de vida en mujeres con disfunción del piso pélvico controladas en el HGGB”</b></p>		
<p>ANOTESE Y COMUNIQUESE,</p>	  <b>DR. JAIME TAPIA ZAPATERO DIRECTOR (S) HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE</b>	
<p><b>DISTRIBUCION:</b> La citada Jefe CR M. Infantil Jurídica RR HH Of. Parte Archivo</p>	  <b>Evangelina Vera Soto SUBROGANTE</b>	

- Grupo comparativo "Sin DPP"



## ACTA DE EVALUACION/APROBACION COMITE ETICO CIENTIFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA RESOLUCIÓN EXENTA N°2444 DE FECHA 14/08/2012.  
ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 5876 /03.07.14

CONCEPCION, 05 de octubre de 2016

Código CEC Nuevo Proyecto

16-07-43

Sra.  
Mat. Carolina Bascur Castillo  
Investigador Responsable  
Dpto. de Obstetricia y Puericultura  
Universidad de Concepción  
Presente.

Estimada Sra. Bascur,

Junto con saludarle, nos permitimos informar a usted que el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, en reunión del 27 de septiembre de 2016 aprobó las enmiendas efectuadas al protocolo de estudio titulado "Calidad de vida y función sexual en mujeres con disfunción del piso pélvico", en respuesta a las observaciones planteadas en el acta de este comité, de fecha 09 de agosto de 2016.

Miembros del Comité Ético Científico que participaron en la sesión del 27 de septiembre de 2016:

Q: 07 / 10

Nombre y apellidos	Profesión/Institución	Cargo CEC
Claudio Bustos	Psicólogo	Integrante permanente / externo
María A. Bidegain S	Médico Pediatra Nefrólogo /HGGB	Integrante permanente / Presidente
Mónica Zúñiga C	Matrona	Integrante permanente / externa
Sylvia Asenjo M.	Médico Pediatra Endocrinóloga/UdeC	Integrante permanente / externa
Ricardo Saldías C	Ingeniero Comercial /HGGB	Integrante permanente / Secretario
María Cristina Felloy	Bióloga	Integrante permanente / Representante comunidad
Nelson Pérez T	Médico Psiquiatra /HGGB	Integrante permanente / Vice Presidente

Excusas: Salvador Cabrera, Irma Alarcón Q., Felipe León M.

### **CONCLUSION.**

Por lo tanto, con fecha 27 de septiembre de 2016, el Comité aprueba la realización de este proyecto, bajo su conducción como investigadora responsable en los CESFAM Víctor Manuel Fernández, O'Higgins, Leonera, Pinare, Tucapel, San Pedro de la Costa y Juan Soto Fernández.

Se procede a aprobar y timbrar con esta fecha los siguientes documentos:

- Protocolo de estudio "Calidad de vida y función sexual en mujeres con disfunción del piso pélvico" Versión 2, de fecha 12/09/16
- Documento de Información al Participante y Consentimiento de Participación, Versión 2, de fecha 12/09/16

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC DEL SSC. Página 1

ESTE COMITÉ CUMPLE CON LAS GUÍAS DE BUENA PRACTICA CLINICA DEFINIDAS POR LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ARMONIZACION(GCP-ICH); CON LAS LEYES CHILENAS N° 20.120 Y N° 19.628 Y CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCION



## ACTADE EVALUACION/APROBACION COMITE ETICO CIENTIFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA RESOLUCIÓN EXENTA N°2444 DE FECHA 14/08/2012.  
ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 5876 /03.07.14

- Encuesta "Calidad de vida y función sexual de mujeres con disfunción del piso pélvico controladas en el HGGB" Versión 2, de fecha 12/09/16
- Encuesta "Calidad de vida y función sexual de mujeres atendidas en el Programa de Salud de la Mujer" Versión 2, de fecha 12/09/16

Además, este Comité solicita que:

- 1.- El investigador utilice el formulario de consentimiento informado con el timbre y fecha de aprobación del comité en los pacientes que serán enrolados en la institución.
- 2.- Los reportes de efectos adversos y enmiendas se entreguen al comité en conjunto con una opinión personal del investigador, sobre la relevancia de ellos en el proyecto, los riesgos y voluntariedad de los participantes.
- 3.- Informar a lo menos una vez al año de su estado de desarrollo, como también de cualquier publicación o presentación a congresos que de él se generen
- 4.- La validez de esta aprobación es por un año.
- 5.- Una vez finalizado el proyecto, el comité deberá ser informado de los resultados del estudio.
- 6.- Conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta quince años cerrado el estudio
- 7.- En toda futura correspondencia hacer referencia al número de código asignado 16-07-43

Atentamente,

  
Ing. Ricardo Saldías Cerda  
Secretario CEC-SSC



  
Dra. María Antonia Bidegain S.  
Presidente CEC-SSC

Distribución  
- La indicada  
- Archivo

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC DEL SSC.      Página 2

ESTE COMITÉ CUMPLE CON LAS GUÍAS DE BUENA PRACTICA CLINICA DEFINIDAS POR LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ARMONIZACION(GCP-ICH); CON LAS LEYES CHILENAS N° 20.120 Y N° 19.628 Y CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCION