
*PROGRAMA FISIOTERAPÈUTIC PER
MILLORAR LA DISPARÈUNIA EN DONES
AMB ENDOMETRIOSI*



**Universitat Autònoma
de Barcelona**

TREBALL FI D'ESTUDIS

Anna Álava Mayoral

24/06/2024

Universitat Autònoma de Barcelona

Grau en Fisioteràpia - UD Vall d'Hebron

Curs 2023-2024

Tutor: Elena Montiel

ÍNDEX:

1. Introducció

- a. Antecedents i Justificació**
- b. Hipòtesi i objectius**
- c. Disseny de l'assaig**

2. Fonts d'informació

3. Metodologia

- a. Participants, intervencions i variables de resultat**
- b. Assignació de les intervencions**
- c. Recollida, gestió i anàlisi de dades**
- d. Aspectes ètics i disseminació**

4. Limitacions i control de possibles biaixos

5. Utilitat i aplicabilitat clínica de la investigació

6. Bibliografia

7. Annexos

RESUM:

Objectiu: Avaluar l'efectivitat d'un programa d'intervenció multimodal fisioterapèutic de 8 setmanes, per millorar la simptomatologia relacionada amb la dispareunia i la qualitat de vida, en dones amb endometriosis.

Disseny i participants: Assaig clínic aleatoritzat de dos grups, cegament simple. Els paràmetres a estudiar es mesuraran abans de la intervenció, post intervenció i tres mesos després. S'inclouran 84 dones amb endometriosis (N=84) assignades aleatòriament al grup intervenció (n=42) o al grup control (n=42).

Intervenció: El programa intervenció consistirà en una primera fase de teràpia manual i educació, seguida d'una fase d'aprenentatge d'estabilització lumbo-pelviana i control de la musculatura relacionada, i conclourà amb una fase de 3 setmanes on es realitzaran sessions d'exercicis d'estirament, aeròbics i de resistència centrats en la regió lumbopelvica, acompanyats d'exercicis de relaxació. El grup control rebrà el tractament habitual estipulat pel ginecòleg.

Principals variables a mesurar: s'estudiarà la intensitat de dolor, en repòs, durant les relacions i el dolor en la palpació, el to i la funció de la musculatura del sòl pelvià, la força i estabilitat del CORE, la qualitat de vida, la qualitat de vida sexual, la relació amb la parella i amb elles mateixes.

Paraules clau: *Endometriosis, Dispareunia, Dolor, Qualitat de vida, Rehabilitació, Exercici terapèutic.*

ABSTRACT:

Objective: To evaluate the effectiveness of an 8-week multimodal physiotherapeutic intervention program to improve symptomatology related to dyspareunia and quality of life in women with endometriosis.

Design and participants: Randomized two-group single-blind clinical trial. The parameters to be studied will be measured before the intervention, post-intervention, and three months afterward. A total of 84 women with endometriosis (N=84) will be randomly assigned to the intervention group (n=42) or the control group (n=42).

Intervention: The intervention program will consist of an initial phase of manual therapy and education, followed by a phase of learning lumbo-pelvic stabilization and control of related musculature, concluding with a 3-week phase involving stretching, aerobic, and resistance exercises focused on the lumbopelvic region, accompanied by relaxation exercises. The control group will receive the usual treatment prescribed by the gynecologist.

Main variables to be measured: Pain intensity will be studied at rest, during intercourse, and upon palpation, as well as muscle tone and function of the pelvic floor muscles, CORE strength and stability, quality of life, sexual quality of life, relationship with the partner, and self-perception.

Keywords: *Endometriosis, Dyspareunia, Pain, Quality of life, Rehabilitation, Therapeutic exercise.*

1. INTRODUCCIÓ

L'endometriosis és una malaltia debilitant, crònica i progressiva que afecta entre el 10 i el 15% de les dones en edat reproductiva. Es caracteritza per provocar un estat inflamatori persistent, i es defineix com la presència de glàndules endometrials funcionals i estroma fora de la cavitat uterina, principalment en els ovaris, la fossa ovàrica, els lligaments uterosacres i la regió posterior. Tot aquest procés està guiat per canvis hormonals cíclics, en els quals en la primera fase del cicle els focs endometrials augmenten la seva mida i després pateixen una transformació isquèmica al llarg del període menstrual, la incapacitat per expulsar aquestes cèl·lules desencadena una resposta inflamatòria en l'organisme, en la zona en concret, i dona lloc a la formació d'adherències.^(1, 2, 3)

És la principal patologia que dona lloc a la síndrome 3D (dismenorrea, dispareúnia i disquèzia), les pacients també informen de dolor pelvià crònic i disúria com a símptomes comuns. S'ha demostrat que afecta la funció sexual, redueix els nivells de desig sexual i la freqüència de les relacions sexuals, això genera un impacte en la qualitat de vida de les dones que la pateixen.^(4, 5)

La dispareúnia es defineix per la presència de dolor en les relacions peneanovaginals, es classifica en profunda quan el dolor s'experimenta dintre del canal vaginal, a nivell uterí o en la regió pelviana/uterina/abdominal, i com a superficial quan el dolor es troba en la regió vulvar i/o en l'introït vaginal.⁽⁴⁾

En general, les dones diagnosticades amb endometriosis presenten 9 vegades més risc de patir dispareúnia que les corresponents a la seva edat sense la patologia. Es pot dir que el 50% de les dones amb endometriosis pateixen dispareúnia.⁽⁶⁾

El tractament convencional per l'endometriosis simptomàtica és el farmacològic, depenent la simptomatologia de la pacient es recepten antiinflamatoris no esteroïdals (AINEs), analgèsics o teràpia hormonal (anticonceptius hormonals, teràpia amb gonadotropines, progestina o inhibidors de l'aromatasa). S'han realitzat diferents estudis per veure quina opció és la més adequada, però s'ha vist que tots els fàrmacs comporten efectes secundaris importants, principalment el risc de trombosi venosa i arterial associat a l'ús d'estrogen-progestina i progestina. Altres tractaments habituals poden ser la cirurgia de conservació, on es retira el teixit endometrial sense afectar a l'úter i els ovaris, o bé, la histerectomia amb extirpació dels ovaris.⁽⁷⁾

La tracció del teixit cicatricial i inelàstic, la pressió sobre els nòduls endometriòtics en les plaques fibròtiques i la immobilització de les estructures pelvianes posterouterines, poden causar molèsties durant l'activitat coital. Altres factors condicionants com: la hiperalgèsia secundària a l'afecció pelviana inflamatòria crònica associada a l'endometriosis, la sensibilització central, la disfunció sexual per culpa d'una anticipació i la por al dolor, la frustració psicològica subjectiva i problemes interpersonals, amb freqüència compliquen el quadre clínic.^(4, 7, 8)

a. Antecedents i justificació:

En la revisió de Vercellini, Paolo et al. "Priorities for endometriosis research: a proposed focus on deep dyspareunia." Es posa èmfasi en que la dispareúnia associada a l'endometriosis s'ha de considerar específicament un dels principals problemes clínics que afecten la qualitat de vida relacionada amb la salut de les dones.⁽⁴⁾

A causa de l'etiologia multifactorial de la dispareúnia, s'ha vist que es requereix un tractament multidisciplinari per tractar-la. La rehabilitació del sòl pelvià és una part important d'aquest tractament multidisciplinari. Els fisioterapeutes poden utilitzar diferents tècniques per tractar la dispareúnia, així com l'aplicació de teràpia manual, una tècnica eficaç a l'hora de tractar els punts gallet i sensibles de la musculatura del sòl pelvià (una de les causes musculoesquelètiques principals de la dispareúnia). També s'ha vist que aquestes tècniques manuals augmenten la consciència de la dona sobre el seu sòl pelvià, modulen la hiperactivitat i augmenten la força de la musculatura pelviana.^(9, 10, 11)

S'ha vist per a moltes altres patologies relacionades amb el dolor en la zona pelviana, que la teràpia manual i l'exercici terapèutic és una eina efectiva per millorar la simptomatologia^(11- 24). Per una altra banda no es troben estudis centrats en la dispareúnia en endometriosis, i els estudis realitzats per la dispareúnia són pocs i amb poca evidència. És per això que aquest treball planteja realitzar aquest tipus de tractament i estudiar els efectes que genera.

b. Hipòtesi i objectius

Hipòtesi: L'aplicació d'un tractament fisioterapèutic, centrat en la teràpia manual i l'exercici físic, per a dones que presenten simptomatologia de dispareúnia en

endometriosis, és efectiu per millorar el dolor en les relacions sexuals i la qualitat de vida, en comparació al tractament farmacològic.

Objectius:

L'objectiu principal d'aquesta intervenció és disminuir el dolor abans, durant o després de les relacions peneanovaginals de les pacients, s'avaluarà amb l'escala EVA.

Com a objectius secundaris:

- Millorar la qualitat de les relacions sexuals.
- Millorar la qualitat de vida de les pacients, la relació amb la parella i amb elles mateixes.
- Millorar la funcionalitat i estabilitat de la musculatura del CORE i el diafragma pelvià.
- Mantenir les millores passats tres mesos de la finalització del tractament.

Per valorar si els objectius s'assoleixen s'utilitzaran valoracions i escales validades, tests musculars i qüestionaris de salut, que es detallen a la metodologia.

c. Disseny de l'assaig

Es realitzarà un assaig clínic aleatoritzat, on la implicació de l'examinador és de tipus intervencionista. Segons el seguiment en el temps, parlem d'un estudi longitudinal prospectiu.

2. METODOLOGIA:

a. Participants, intervenció i variables de resultat

Àmbit de l'estudi: Aquesta investigació sanitària es realitzarà en un centre mèdic especialitzat en ginecologia, concretament en el Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia de Barcelona (ICGON). S'ha escollit tenint en compte que és un espai on es podran realitzar les proves específiques i el tractament necessari, amb professionals capacitats i material per dur a terme l'estudi de forma precisa i segura.

Criteris d'elegibilitat: S'inclourà en l'estudi dones que visquin a la província de Barcelona i que compleixin els següents requisits:

- Entre els 18 i els 45 anys.
- Diagnòstic d'endometriosis de mínim 5 mesos.

- Haver tingut relacions sexuals amb penetració peniano-vaginals que provoquin dolor en l'àrea genital en els últims 2 mesos (>3 escala EVA).
- Relació estable amb la parella durant al menys 4 mesos.
- Capacitat per realitzar una contracció voluntària de la MSP igual o major a 1 en l'escala Oxford.
- Pacients que puguin ser candidates a rebre tractament farmacològic per a l'endometriosi, en específic AINEs o analgèsics exclusivament.

Serán excloses de l'estudi dones amb antecedents de tumors, amb diagnòstic psiquiàtric previ, afeccions dermatològiques vulvars, síndrome de bufeta dolorosa o cistitis intersticial, embaràs, perimenopausa o menopausa, operades d'endometriosi, histerectomia i/o ooforectomia. També serán excloses en cas d'haver realitzat cirurgia intraabdominal o pelviana en els últims 6 mesos, injeccions toxina botulínica en zona pelviana en els últims 4 mesos, haver seguit tractament hormonal per l'endometriosi en els últims 6 mesos o si presenten dependència a algun tipus de fàrmac o tòxic.

Criteris d'abandonament o retirada: les participants que durant el període d'intervenció per motius personals vulguin deixar de formar part de l'estudi, que quedin embarassades o siguin diagnosticades d'altres patologies on pugui estar contraindicat el tractament que s'aplicarà.

Intervencions:

- Grup estudi:

La intervenció que s'aplicarà consistirà en 8 setmanes de tractament (2 sessions setmanals), on començarà de manera individual i posteriorment amb sessions grupals. A més, es donarà una pauta d'exercicis progressius per realitzar a casa tots els dies que no tinguin sessió (*Annex 4*), s'entregarà una instrucció escrita i vídeos educatius per realitzar els exercicis a casa conjuntament una llista de verificació diària per controlar i augmentar l'adherència al tractament (*Annex 5*).

Sessions (*Annex 6*):

- **1a sessió:** Durant la primera sessió (1h) es realitzarà una valoració de les pacients i s'explicarà l'anatomia, per tal d'augmentar la consciència d'aquesta part del cos i començar a integrar-la. Mesures higiènic-dietètiques. A més es mesuraran les variables d'estudi abans de començar el tractament. ⁽²⁵⁾

- **2a - 5a sessió:** Es realitzaran 4 sessions (45m) de teràpia manual de les zones doloroses de la musculatura perineal (tant interna com externa), també es treballarà el diafragma. Es realitzarà un treball específic de punts gallet, massoteràpia i s'aprofitarà per educar les pacients explicant la zona on es palpa i la funció que té. És farà repàs dels exercicis per fer a casa.
- **6a - 9a sessió:** Es realitzaran 4 sessions (45m) per explicar i ajudar a integrar a les pacients exercicis de Kegel, exercicis de control lumbo-pelvià i exercicis de CORE.
- **10a – 15a sessió:** Per acabar es realitzaran 6 sessions (1h) grupals, on es duran a terme diferents exercicis relacionats amb els fets en les sessions individuals, estiraments i exercicis de relaxació.
- Grup control:

No es realitzarà cap intervenció fisioterapèutica per aquest grup. El grup control seguirà el tractament mèdic recomanat pel ginecòleg (AINEs o analgèsics).

Variables de resultat: Les variables que es mesuraran a l'inici del tractament, al finalitzar-lo i passats 3 mesos per conèixer l'efectivitat del tractament estudiat:

- **Dolor:** es mesurarà amb l'escala EVA (0 gens de dolor, 10 dolor màxim), el dolor en repòs, dolor en la palpació i dolor durant les relacions sexuals. També es passarà l'escala catastròfica del dolor (PCS) (*Annex 7*) ⁽²⁶⁾.
- **Qualitat vida sexual:** Índex de funció sexual femenina (IFSF) (*Annex 8 i 9*) i qüestionari resultats de salut sexual en dones (SHOW-Q) (*Annex 10*) ⁽²⁷⁾.
- **To i funció musculatura del sòl pelvià:** escala PERFECT. (*Annex 11*) ⁽²⁵⁾
- Es realitzaran test validats per valorar la musculatura del CORE. (*Annex 12*) ⁽²⁸⁻³¹⁾
 - Tests de condició muscular: resistència (plank to fatigue test) i força (front abdominal power test).
 - Tests d'equilibri corporal: one-leg standing balance test.
 - Test de control de la postura del raquis lumbar i la pelvis: double-leg lowering test.
- **Qualitat de vida:** qüestionari perfil de salut endometriosis (EHP-30) ⁽³²⁾ (*Annex 13*), qualitat de vida autopercebuda (QS SF-36) ⁽³³⁾ (*Annex 14*).

- Valoració conductual i psicològica: Índex depressió de Beck (BDI-II) (*Annex 15*), Índex d'ansietat Rasgo Estado (STAI) (*Annex 16*).
- Relació amb la parella: Dyadic Adjustment Scale (DAS) (*Annex 17*).

Es tindran en compte un seguit de terceres variables o variables de confusió com: l'edat, l'Índex de Massa Corporal (IMC), els embarassos, parts i avortaments viscuts i hàbits tòxics.

Cronologia del participant: L'estudi tindrà una durada de 1,5 anys. Les participants del grup intervenció hauran de fer un seguiment de 8 setmanes, en les quals hauran de realitzar dues sessions presencials i exercicis a casa els dies que no tinguin sessió. Després d'aquest període hauran de passar una reavaluació passats els 3 mesos. En canvi, les participants del grup control hauran d'assistir únicament a sessions d'avaluació, una a l'inici (basal), una passades 8 setmanes (post-intervenció) i l'última 3 mesos després.

GRUP INTERVENCIÓ (N=42)											
	1r mes				2n mes				3r mes	4t mes	5è mes
	SETM 1	SETM 2	SETM 3	SETM 4	SETM 5	SETM 6	SETM 7	SETM 8			
Avaluació 1: Basal	X										
Sessions Individuals (8 sessions)		X	X	X	X						
Sessions grupals (6 sessions)						X	X	X			
Avaluació 2: Post Intervenció								X			
Avaluació 3: Passat 3 mesos											X

Taula 1. Cronologia participant grup Intervenció

GRUP CONTROL (N=42)						
	1r mes SETM 1	2n mes SETM 8	3r mes	4t mes	5è mes	6è mes
Avaluació 1: Basal	X					
Avaluació 2: Post Intervenció		X				
Avaluació 3: Passat 3 mesos						X

Taula 2. Cronologia participant grup Control

Grandària mostral: Es realitza el càlcul de la mostra amb la calculadora de grandària mostral GRANMO, en el format per a mitjanes independents. Acceptant un risc alfa de 0.05 i un risc beta inferior al 0.2 en un contrast bilateral, calen 42 subjectes en el primer grup i 42 en el segon per detectar una diferència igual o superior a 2,4 unitats. S'assumeix que la desviació estàndard comú és de 3,5. S'ha estimat una taxa de pèrdues de seguiment del 20%. La desviació estàndard comú i la diferència mínima a detectar

s'extreu d'un estudi que compara la puntuació a l'escala EVA de la dispareúnia en dones amb endometriosis en comparació amb dones sanes ⁽⁵⁾ . Aquest valor de 84 subjectes per a l'estudi és el mínim per garantir una certa evidència.

Mètode de reclutament: Es contactarà amb diferents hospitals de Barcelona i l'àrea metropolitana per tal que contactin amb les dones que encaixen amb els criteris d'inclusió. Es contactarà amb els/les coordinadors i responsables de cada centre per tal de difondre la informació i facilitar el reclutament. Totes les dones que puguin ser seleccionades seran informades del mètode de l'estudi, dels objectius i, les que vulguin participar, cediran les seves dades per a la realització de la investigació. Serà necessari l'obtenció d'un consentiment informat signat per poder formar part de l'estudi. (*Annex – Consentiment informat*)

Hospitals: Hospital Clínic de Barcelona i ICGON, Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau, Hospital Vall d'Hebron, Hospital del Mar, Hospital Germans Trias i Pujol, Hospital Universitari Parc Taulí, Hospital Universitari de Bellvitge, Hospital de l'Esperit Sant, Hospital Universitari Sagrat Cor, Hospital Universitari General de Catalunya, Hospital Infantil i Hospital de la Dona.

Instal·lacions on es durà a terme l'estudi: Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia de Barcelona.

Període de temps de reclutament: 4 mesos. Inici Març/Abril 2025.

b. Assignació de les intervencions

Assignació: L'assignació aleatòria es farà mitjançant el software d'assignació aleatòria en dos grups, utilitzant el procediment de blocs aleatoris de mida 2.

Cegament: es farà servir un simple cegament, és a dir, el/la fisioterapeuta que fa la intervenció no és qui fa l'avaluació, el/la cegat/da serà l'avaluador/a.

c. Recollida, gestió i anàlisi de dades

Mètode de recollida de dades: la recollida de dades de les pacients es farà en paper i en un Excel amb accés exclusiu per als investigadors de l'estudi, on es plasmarà tota la informació i dades importants per a dur a terme la investigació. Les terceres variables es recolliran mitjançant una petita enquesta (en paper) que es passarà abans de començar la

intervenció. Es guardarà una còpia física i es passaran els resultats al programa informàtic.

Gestió de dades: Totes les dades recollides es passaran a un Excel dedicat exclusivament a la investigació, protegit amb contrasenya i només podrà accedir el personal investigador.

Mètodes estadístics:

Taula 3: Mètode estadístic per a les variables dependents comparant-les amb els grups.

Variable 1 (qualitativa)	Variable 2 (quantitativa)	Mètode estadístic (amb distribució normal)	Mètode estadístic (amb distribució no normal)
Grup Control / grup intervenció	EVA (repòs, palpació, durant relacions sexuals)	T Student	Wilcoxon Test
	PCS		
	IFSF		
	SHOW-Q		
	PERFECT		
	CORE (segons)		
	EHP-30		
	QS SF-36		
	BDI-II		
	STAI		
	DAS		

EVA: escala visual analògica, PCS: escala catastròfica de dolor, IFSF: índex funció sexual femení, SHOW-Q: qüestionari resultats de salut sexual en dones, EHP-30: qüestionari perfil de salut endometriosis, QS SF-36: qualitat de vida autopercebuda, BDI-II: índex depressió de Beck, STAI: índex d'ansietat Rasgo Estado, DAS: dyadic adjustment scale.

Taula 4: Mètode estadístic per a altres comparacions d'interès.

Variable 1 (quantitativa)	Variable 2 (quantitativa)	Mètode estadístic (amb distribució normal)	Mètode estadístic (amb distribució no normal)
IFSF	PERFECT	Kolmogorov-Smirnov	Correlació
	CORE		
	EVA		
	EHP-30		
	QS SF-36		
	DAS		
	BDI-II		
	PERFECT		
	CORE		
	EVA		
	EHP-30		
	QS SF-36		
	DAS		
	IFSF		
	PCS		
	EVA		
	IFSF		
	EHP-30		
	QS SF-36		
	DAS		

EVA: escala visual analògica, PCS: escala catastròfica de dolor, IFSF: índex funció sexual femení, SHOW-Q: qüestionari resultats de salut sexual en dones, EHP-30: qüestionari perfil de salut endometriosis, QS SF-36: qualitat de vida autopercebuda, BDI-II: índex depressió de Beck, STAI: índex d'ansietat Rasgo Estado, DAS: dyadic adjustment scale.

Per fer l'anàlisi estadística de les tres avaluacions temporals (inicial, final tractament i després 3 mesos) farem ANOVA + correccions post hoc, en cas de tenir valors normals, si els nostres valors són no-normals haurem de realitzar el Kruskal-Wallis test.

d. Aspectes ètics i disseminació

El disseny de l'estudi segueix la DECLARACIÓ DE HELSINKI DE LA AMM – PRINCIPIS ÈTICS PER LES INVESTIGACIONS MÈDIQUES EN ÈSSERS HUMANS, adaptada per la 64^a Assemblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013⁽³⁴⁾. Així com també haurà de passar el comitè d'ètica del centre on es desenvoluparà l'estudi.

Consentiment: La participació en l'estudi serà voluntària, les participants podran abandonar l'estudi en qualsevol moment i qualsevol decisió que prenguin al respecte no afectarà negativament l'atenció sanitària que rebran. S'explicarà verbalment en què consisteix l'estudi, es donarà un document amb tota la informació i es signarà el consentiment informat assegurant que se les ha posat en context dels possibles beneficis, o no, de la realització del programa rehabilitador. (*Annex – Consentiment Informat*)

Confidencialitat: Les dades de les pacients seran utilitzades exclusivament amb finalitats de l'estudi i l'investigador/a de l'assaig actuarà amb compromís de garantir la seguretat i la protecció de la confidencialitat, de cap manera es publicaran dades que puguin identificar les pacients. Es respectarà la intimitat personal de les participants en l'assaig. Les dades estaran protegides per la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i Garantia de drets digitals (BOE num 294, de 06/12/2018) i pel Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i el Consell de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques en el que respecta al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades i pel que es derogà la Directiva 95/46/CE (Reglament general de protecció de dades).

Declaració d'interessos: No hi ha conflicte d'interessos.

Accés a les dades: exclusivament podran accedir a les dades els/les investigadors/es que participen en l'estudi.

Atenció addicional i posterior a l'estudi: Si la discussió i les conclusions de l'estudi apunten a que el tractament del grup intervenció (respecte el grup control) mostra

resultats avantatjosos sobre les pacients, s'oferirà la possibilitat de realitzar el programa a les pacients del grup control.

Política de disseminació: Un cop finalitzada la investigació es realitzarà un procés de divulgació. Es publicarà l'article a les plataformes pertinents i en un Openaccés. S'exposarà en el *EUROPEAN ENDOMETRIOSIS CONGRES* i al *CONGRESO ANUAL DE LA SEUD (Sociedad de endometriosis y trastornos uterinos)*, o en altres congressos relacionats amb la temàtica. A més a més, es faran xerrades pels hospitals de la zona.

3. LIMITACIONS I CONTROLS DE POSSIBLES BIAIXOS:

LIMITACIONS:

Hi haurà moltes variables que no es controlaran i que poden influenciar en els resultats de l'estudi, com la situació familiar, recursos econòmics, dieta alimentària, suplement, moment vital, treball, qualitat del son, entre d'altres.

També es troba una limitació al no poder cegar a les participants i als/les fisioterapeutes, ja que per l'estructura i la intervenció que es durà a terme no és compatible.

D'altra banda, l'estudi presenta limitacions pel que fa a l'adherència al tractament, no es pot controlar al 100% la part de tractament que es demanarà per fer a casa. Per a poder portar un control es donaran fitxes i eines que facilitin l'aplicació del tractament, però recau sobre les participants seguir-lo o no.

Un altre limitació que presenta ve a causa que l'estudi s'ha centrat en dones diagnosticades d'endometriosis que siguin candidates a rebre tractament amb analgèsics o AINEs exclusivament. Això ha estat així ja que per poder estandaritzar el procediment s'havia de decidir la medicació concreta del grup control però, degut a això, es perd un percentatge molt gran de pacients que podrien beneficiar-se del procediment estudiat.

CONTROL DE POSSIBLES BIAIXOS:

Per garantir la validesa i la fiabilitat dels resultats es seguiran una sèrie d'estratègies que permetran fer front als possibles biaixos. Entre ells, els criteris d'inclusió i exclusió per a la selecció de la mostra, per evitar biaixos de selecció. A l'hora de realitzar la recopilació de les dades, s'utilitzaran instruments de mesura validats i fiables com el EHP-30. Serà fonamental estandaritzar els procediments de recopilació de dades i

formar al personal responsable de la seva recollida per minimitzar els biaixos de mesura. S'identificaran i controlaran les variables de confusió que poden influir en els resultats, mitjançant mètodes estadístics com el de correlació. Per evitar els biaixos d'informació i avaluació, l'avaluador/a estarà cegat/da. Abans de la publicació, l'estudi serà revisat per experts/es per identificar altres biaixos i debilitats metodològiques. Aquesta revisió externa pot ajudar a millorar la qualitat i la credibilitat de l'estudi.

CONCLUSIONS:

En aquest estudi s'ha fet una recerca sobre l'impacte de l'endometriosi i la dispareúnia pel que fa a la qualitat de vida de les dones que la pateixen i de les alternatives de tractament disponibles. Després de realitzar la lectura de diferents estudis similars al plantejat i relacionats amb la temàtica, es poden extreure les següents conclusions:

- L'endometriosi té un impacte significatiu en la qualitat de vida de les pacients.
- Hi ha poca evidència científica sobre el tema, degut a la poca validesa dels instruments de mesura.
- Es pot veure que el tractament convencional pot proporcionar una millora de la simptomatologia en moltes pacients. Encara així, hi ha una necessitat de trobar altres opcions terapèutiques més efectives i que proporcionin millor tolerància, especialment en la dispareúnia.
- Aquesta patologia afecta tant a la salut física de les dones, al benestar emocional, les relacions interpersonals i en la realització d'activitats relacionades amb l'oci i el treball.
- Tot i que dintre de la fisioteràpia, i sobretot en els últims anys, el sòl pelvià ha anat guanyant importància i reconeixement, encara falten mètodes estandarditzats per a poder utilitzar la rehabilitació fisioterapèutica com a primera línia de tractament.
- Són necessaris més estudis amb validesa i centrats en la fisioteràpia per al tractament d'aquesta regió corporal i les patologies relacionades.

4. UTILITAT I APLICABILITAT CLÍNICA DE LA INVESTIGACIÓ:

Aquest assaig clínic pot tenir diverses aplicacions clíniques significatives, com serien:

- Millora en el tractament d'aquesta patologia. Si es demostra que la intervenció és eficaç per assolir els objectius que es proposen, es proporcionaria una opció de tractament addicional que podria integrar-se per tal de millorar els resultats de les pacients.
- Individualització del tractament. És un mètode que permet adaptar el tractament a les necessitats individuals de cada pacient.
- Reducció de la medicació. Si aquesta intervenció demostra ser efectiva, podria reduir la necessitat de medicació per controlar el dolor, el que seria beneficiós per reduir els efectes secundaris que poden comportar o la dependència que poden generar.
- Millora en la qualitat de vida sexual. Generant un impacte positiu en les relacions interpersonals i la salut mental de les pacients.
- Prevenció de recidives. Podria ajudar a prevenir la patologia de llarga durada i tractar causes secundàries, com la tensió muscular crònica.
- Augment de l'autoconeixement de les pacients i el control del dolor (empoderament de les pacients).
- Donar lloc a un nou punt de partida per a futura recerca sobre el tema.

5. BIBLIOGRAFIA:

- 1- Mehedintu C, Plotogea MN, Ionescu S, Antonovici M. Endometriosis still a challenge. J Med Life. 2014 Sep 15;7(3):349-57. Epub 2014 Sep 25.
- 2- Smolarz B, Szyłło K, Romanowicz H. Endometriosis: Epidemiology, Classification, Pathogenesis, Treatment and Genetics (Review of Literature). Int J Mol Sci. 2021 Sep 29;22(19):10554.
- 3- Wójcik M, Szczepaniak R, Placek K. Physiotherapy Management in Endometriosis. Int J Environ Res Public Health. 2022 Dec 2;19(23):16148.
- 4- Vercellini P, Meana M, Hummelshoj L, Somigliana E, Viganò P, Fedele L. Priorities for endometriosis research: a proposed focus on deep dyspareunia.

- Reprod Sci. 2011 Feb;18(2):114-8. doi: 10.1177/19337191110382921. Epub 2010 Oct 26.
- 5- Di Donato, N., Montanari, G., Benfenati, A., Monti, G., Bertoldo, V., Mauloni, M., & Seracchioli, R. Do women with endometriosis have to worry about sex?. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2014 May; 179, 69–74.
 - 6- Ballard KD, Seaman HE, de Vries CS, Wright JT. Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study--Part 1. *BJOG*. 2008 Oct;115(11):1382-91. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01878.x. Epub 2008 Aug 19.
 - 7- Vercellini P, Buggio L, Berlanda N, Barbara G, Somigliana E, Bosari S. Estrogen-progestins and progestins for the management of endometriosis. *Fertil Steril*. 2016 Dec;106(7):1552-1571.e2. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.10.022. Epub 2016 Nov 4.
 - 8- Pluchino N, Wenger JM, Petignat P, Tal R, Bolmont M, Taylor HS, Bianchi-Demicheli F. Sexual function in endometriosis patients and their partners: effect of the disease and consequences of treatment. *Hum Reprod Update*. 2016 Nov;22(6):762-774. doi: 10.1093/humupd/dmw031. Epub 2016 Sep 2.
 - 9- Dos Bispo, A. P., Ploger, C., Loureiro, A. F., Sato, H., Kolpeman, A., Girão, M. J., & Schor, E. (2016). Assessment of pelvic floor muscles in women with deep endometriosis. *Archives of gynecology and obstetrics*, 294(3), 519–523.
 - 10- Artacho-Cordón, F., Salinas-Asensio, M. D. M., Galiano-Castillo, N., Ocón-Hernández, O., Peinado, F. M., Mundo-López, A., Lozano-Lozano, M., Álvarez-Salvago, F., Arroyo-Morales, M., Fernández-Lao, C., & Cantarero-Villanueva, I. (2023). Effect of a Multimodal Supervised Therapeutic Exercise Program on Quality of Life, Pain, and Lumbopelvic Impairments in Women With Endometriosis Unresponsive to Conventional Therapy: A Randomized

- Controlled Trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 104(11), 1785–1795.
- 11- Del Forno, S., Arena, A., Pellizzzone, V., Lenzi, J., Raimondo, D., Cocchi, L., Paradisi, R., Youssef, A., Casadio, P., & Seracchioli, R. (2021). Assessment of levator hiatal area using 3D/4D transperineal ultrasound in women with deep infiltrating endometriosis and superficial dyspareunia treated with pelvic floor muscle physiotherapy: randomized controlled trial. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 57(5), 726–732.
 - 12- Cyr M, Dumoulin C, Bessette P, et al. Feasibility, acceptability and effects of multimodal pelvic floor physical therapy for gynecological cancer survivors suffering from painful sexual intercourse: a multicenter prospective inter-ventional study. *Gynecol Oncol*. 2020;159:778–84.
 - 13- Cyr MP, Dumolin C, Bessette P, et al. Changes in pelvic floor morphometry and muscle function after multimodal physiotherapy for gynaecological cancer survivors sufferinf from dyspareunia: a prospective interventional study. *Physiotherapy*. 2022;114:54–62.
 - 14- Cyr MP, Dumolin C, Bessette P, et al. A prospective single-arm study evaluating the effects of a multimodal physical therapy intervention on psycho- sexual outcomes in women with dyspareunia after gynecologic cancer. *J Sex Med*. 2021;18:946–54.
 - 15- Ghaderi F, Bastani P, Hajebrahimi S, et al. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *Int Urogynecol J*. 2019;30:1849–55.
 - 16- Schvartzman R, Schvartzman L, Ferreira CF, et al. Physical therapy intervention for women with dyspareunia: a randomized clinical trial. *J Sex Marital Ther*. 2019;45:378–94.

- 17- Morin M, Dumolin C, Bergeron S, et al. Multimodal physical therapy versus topical lidocaine for provoked vestibulodynia: a multicenter, randomized trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2021;224(189):e1–12.
- 18- Brotto LA, Yong P, Smith KB, et al. Impact of a multidisciplinary vulvodynia program on sexual functioning and dyspareunia. *J Sex Med.* 2015;12:238–47.
- 19- Yong PJ, Williams C, Bodmer-Roy S, et al. Prospective cohort of deep dyspareunia in an interdisciplinary setting. *J Sex Med.* 2018;15:1765–75.
- 20- Da Silva APM, Montenegro ML, Gurian MBF, et al. Perineal massage improves the dyspareunia caused by tenderness of the pelvic floor muscles. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017;39:26–30.
- 21- Del Forno S, Arena A, Alessandrini M, et al. Transperineal ultrasound visual feed-back assisted pelvic floor muscle physiotherapy in women with deep infiltrating endometriosis and dyspareunia: a pilot study. *J Sex Marital Ther.* 2020;46:603–11.
- 22- Artacho-Cordón, F., Salinas-Asensio, M. D. M., Galiano-Castillo, N., Ocón-Hernández, O., Peinado, F. M., Mundo-López, A., Lozano-Lozano, M., Álvarez-Salvago, F., Arroyo-Morales, M., Fernández-Lao, C., & Cantarero-Villanueva, I. (2023). Effect of a Multimodal Supervised Therapeutic Exercise Program on Quality of Life, Pain, and Lumbopelvic Impairments in Women With Endometriosis Unresponsive to Conventional Therapy: A Randomized Controlled Trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 104(11), 1785–1795.
- 23- Fernández-Pérez, P., Leirós-Rodríguez, R., Marqués-Sánchez, M. P., Martínez-Fernández, M. C., de Carvalho, F. O., & Maciel, L. Y. S. (2023). Effectiveness of physical therapy interventions in women with dyspareunia: a systematic review and meta-analysis. *BMC women's health*, 23(1), 387.

- 24- Trahan, J., Leger, E., Allen, M., Koebele, R., Yoffe, M. B., Simon, C., Alappattu, M., & Figuers, C. (2019). The Efficacy of Manual Therapy for Treatment of Dyspareunia in Females: A Systematic Review. *Journal of women's health physical therapy*, 43(1), 28–35.
- 25- Martínez Bustelo S, Ferri Morales A, Patiño Nuñez S, Viñas Diz S, Martínez Rodríguez A. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico. *Fisioter (Madr, Ed, Impresa)*. 2004;26(5):266–80.
- 26- Lami, María & Martínez, M. Pilar & Miró, Elena & Sánchez, A.I.. (2013). Spanish version of "pain catastrophizing scale": Psychometric study in healthy women. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*. 21. 137-156.
- 27- Learman LA, Huang AJ, Nakagawa S, Gregorich SE, Kuppermann M. Development and validation of a sexual functioning measure for use in diverse women's health outcome studies. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198(6):710.e1-710.e7.1E19.
- 28- Vera-García FJ, Barbado D, Moreno-Pérez V, Hernández-Sánchez S, Juan-Recio C, Elvira JLL. Core stability: evaluación y criterios para su entrenamiento. *Rev Andal Med Deport [Internet]*. 2015 [citado el 26 de enero de 2024];8(3):130–7.
- 29- Cowley, P. M., Fitzgerald, S., Sottung, K., & Swensen, T. (2009). Age, weight, and the front abdominal power test as predictors of isokinetic trunk strength and work in young men and women. *Journal of strength and conditioning research*, 23(3), 915–925.
- 30- Khanal P, He L, Stebbings GK, Onambele-Pearson GL, Degens H, Williams AG, Thomis M, Morse CI. Static one-leg standing balance test as a screening tool for low muscle mass in healthy elderly women. *Aging Clin Exp Res*. 2021 Jul;33(7):1831-1839. doi: 10.1007/s40520-021-01818-x. Epub 2021 Mar 13.

- 31- Zannotti, C. M., Bohannon, R. W., Tiberio, D., Dewberry, M. J., & Murray, R. (2002). Kinematics of the double-leg-lowering test for abdominal muscle strength. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 32(9), 432–436.
- 32- Jones G, Kennedy S, Barnard A, Wong J, Jenkinson C. Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 258-64
- 33- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Santed, R., Valderas, J. M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., & Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos [The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments]. *Gaceta sanitaria*, 19(2), 135–150.
- 34- Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (2013). *Bioètica & debat* · 2014; 20(73): 15—18

6. ANNEXOS:

Annex 1: Consentiment informat:

Consentiment informat per a l'estudi

Títol del projecte: **Programa fisioterapèutic per millorar la simptomatologia de la dispareúnia en dones amb endometriosis.**

Investigadora principal: ANNA ÁLAVA MAYORAL

Jo,

(Nom i cognoms en MAJUSCULA)

Declaro que:

- He llegit tots els documents que se m'han facilitat.
- He pogut formular les preguntes que he considerat necessàries sobre l'estudi.
- He rebut informació adequada i suficient sobre:
 - o Els objectius de l'estudi i els seus procediments.
 - o Els beneficis i inconvenients del procés.
 - o Que la meva participació és voluntària i altruista.
 - o El procediment i la finalitat amb la que s'utilitzen les meves dades personals i les garanties de compliment de la legalitat vigent.
 - o Que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment (sense necessitat d'explicar el motiu i sense que afecti a la meva atenció mèdica) i sol·licitar la eliminació de les meves dades personals.
 - o Que tinc dret d'accés i rectificació a les meves dades personals.

CONSENTEIXO LA PARTICIPACIÓ EN EL PRESENT ESTUDI

☐

SI

☐

NO

Per a deixar constància, firmo a continuació:

Data

Signatura

Nom de la investigadora ANNA ÁLAVA MAYORAL

Firma de la investigadora

Apartat per a la revocació del consentiment:

Jo, revoco el consentiment de participació en el procés.

Signatura i data de la revocació:

Annex 2: Pla de treball i cronograma de la investigació:

Planificació Assaig:

PLANIFICACIÓ TEMPS DE LA INVESTIGACIÓ	2025										2026				
	MAIG	JUNY	JULIOL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DES	GEN	FEB	MARÇ	ABRIL	MAIG	JUNY	JULIOL
TEMPS RECOLLIDA DE LA MOSTRA															
TEMPS RECOLLIDA DE DADES															
CONTROL QUALITAT DE DADES															
TEMPS ANÀLISIS DE DADES															
REDACCIÓ DE RESULTATS															
DIFUSIÓ DE RESULTATS															

Cronograma Pla Intervenció:																										
		Septembre 24				Novembre 24				Desembre 24				Gener 25				Febrer 25				Març 25				
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S23	S24	
		Av1: Basal	Ses2/3	Ses4/5	Ses6/7	Ses8/9	Ses10/11	Ses12/13	Ses14/15 + Av2: PostInt													Av3: 3 mesos				
Fisio 1	Grup 1 (10 p)	Dilluns	Dilluns i Dimecres																			DLL				
	Grup 2 (10 p)	Dimarts	Dimarts i Dijous																				DMS			
Fisio 2	Grup 3 (11 p)	Dimecres	Dilluns i Dimecres																				DMC			
	Grup 4 (11 p)	Dijous	Dimarts i Dijous																				DJ			

Annex 3: Pressupost

	Preu / Hora	Hores / Setmana	Setmanes Totals		Cost Total
PERSONAL					
Investigador principal	12,00 €	20	60		14.400,00 €
Coordinador de la Investigació	12,00 €	20	60		14.400,00 €
Fisioterapeuta 1	10,00 €	40	8		3.200,00 €
Fisioterapeuta 2	10,00 €	40	8		3.200,00 €
Avaluador	10,00 €	40	6		2.400,00 €
Estadista	16,00 €	20	2		640,00 €
MATERIAL I SUMINISTRAMENT					
Cost del tractament utilitzat					
Medicació grup control (basat en PVP Naproxeno 40 comprimits segons ministeri de sanitat espanyol. PVP 4,34)	0,11 €	126	56	8 setmanes de tractament	776,16 €
Material Grup intervenció: (el material s'agafara del centre on es realitzara l'assaig. L'Institut clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia) Concretament necessitem 5 pilotes bobath, 5 troncs de propiocepció i therabands.	0,00 €	0	0		0,00 €
<i>en el hipotètic cas que s'hagués de pagar:</i>					
pilota bobath	20,00 €	5	-		100,00 €
tronc propiocepció	24,00 €	5	-		120,00 €
therabands	8,00 €	5	-		40,00 €
Material d'oficina i papereria	estimació	-	-		1.400,00 €
EQUIPACIÓ					
Dispositius de biofeedback					
(la equipació s'agafara del centre on es realitzara l'assaig. L'Institut clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia) Concretament necessitem un Phenix Liberty o similar, més sondes. en el hipotètic cas que s'hagués de pagar:	12.000,00 €	1	-		12.000,00 €
COST INSTAL·LACIONS					
Cost lloguer	5.000,00 €		4		20.000,00 €
COST ADMINISTRATIU					
Gestió i administració de l'estudi	500,00 €		8		4.000,00 €
Honoraris legals i comptables si es necessari	100,00 €		8		800,00 €
PUBLICACIÓ I DIVULGACIÓ					
Cost associat a la presentació de resultats en conferències					500,00 €
Cost de la publicació a revistes científiques					500,00 €
CONTINGÈNCIES					
					7.821,62 €
TOTAL					86.037,78 €

Annex 4: Pauta exercicis progressius per realitzar a casa.

GRUP 1 i 3: Sessions presencials dilluns i dimecres. Han de realitzar els següents exercicis els dimarts, dijous, divendres, dissabtes i diumenges.

GRUP 2 i 4: Sessions presencials dimarts i dijous. Han de realitzar els següents exercicis els dilluns, dimecres, divendres, dissabtes i diumenges.

Cada pacient ha d'adaptar els exercicis a la seva tolerància i progressió. Total de 15/20 minuts.

1 Respiracions abdomino-diafragmàtiques (2 minuts)

2 Mobilització lumbo-pelviana en posició de quadrupèdia (2 minuts): en anteversió de pelvis es realitza extensió completa de raquis i inspiració, en retroversió de pelvis es realitza flexió completa de raquis i espiració. Moviments lents i controlats.

3 Activació del transvers abdominal (4 minuts):

- Setmana 1 i 2: en decúbit supí realitzar contracció transvers (acció amagar melic), palpar a nivell intern de les espines ilíaqües anteriors (EIAs) per notar la contracció. Realitzar la contracció durant l'espiració, en inspiració relaxar.
- Setmana 3 - 5 (prèviament practicat en sessió): en decúbit supí. Cames flexionades, peus a l'amplada del maluc, petita pressió amb peus a terra. Autoelongació axial, zona cervical lleugerament neutra (mento lleugerament baix), pelvis neutra (EIAs a la mateixa alçada que pubis). Mantenint aquesta postura realitzem inspiració profunda amb obertura costal baixa, seguida d'una espiració total sense realitzar descens costal, seguida d'una apnea en espiració de 10s (amb contracció de transvers, acció d'amagar melic).
- Setmana 6 - 8 (prèviament practicat en sessió): mateix exercici que setmana 3 - 5 però en bipedestació.

4 Treball de glutis:

- Setmana 1: decúbit pro. Genolls flexionats a 90º, talons en contacte, puntes dels peus obertes i genolls ben separats. Realitzar petites pressions amb els talons, sostenir entre 5 i 10 segons. 10 repeticions.
- Setmana 2: decúbit pro. Genolls flexionats a 90º, talons en contacte, puntes dels peus obertes i genolls ben separats. Realitzar petites pressions amb els talons i separar genolls de la camilla, sostenir entre 5 i 10 segons. 10 repeticions.
- Setmana 3 - 5: ponts glutis. Peus amplada maluc. Inicialment sostenir entre 5 i 10 segons, 10 repeticions. Anar augmentant segons i repeticions segons tolerància.
- Setmana 6 - 8: ponts glutis amb un peu. Realitzar pont gluti i un cop a dalt estirar una cama. Inicialment sostenir entre 5 i 10 segons, 10 repeticions amb cada cama. Anar augmentant segons i repeticions segons tolerància.

5 Activació transvers abdominal en quadrupèdia:

- Setmana 1 i 2: quadrupèdia. Pelvis neutra i autoelongació axial. En inspiració s'infla abdomen baix i en espiració s'activa transvers abdominal, sostenir apnea en espiració i contracció 5 segons. 20 repeticions.
- Setmana 3 - 5: quadrupèdia. Pelvis neutra autoelongació axial. En inspiració s'infla abdomen baix i en espiració s'activa transvers abdominal, mentre es realitza extensió de genoll i maluc d'una cama. 20 repeticions cada cama. Moviment lent i controlat.
- Setmana 6 - 8: quadrupèdia. Pelvis neutra autoelongació axial. En inspiració s'infla abdomen baix i en espiració s'activa transvers abdominal, mentre es realitza extensió de genoll i maluc d'una cama i braç contrari. 20 repeticions cada cama. Moviment lent i controlat.

6 Planxa abdominal (20s) / Planxa lateral (20 s) (augmentar 10 segons cada 2 setmanes)

7 Estirament regió lumbar ("Balasana") (60s) / Estirament obertura pelviana a la gatzoneta (60s) / Estirament obertura pelviana papallona (60s) / Estirament psoes (60s) / Estirament isquiotibials (60s)

6 Planxa abdominal

/



Planxa lateral



7 Estirament regió lumbar ("Balasana")

/

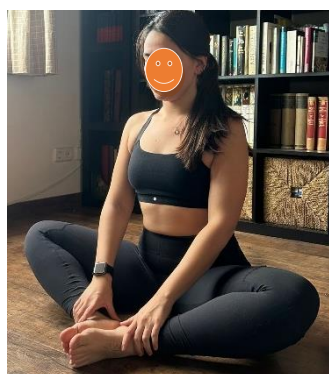


Estirament obertura pelviana a la gatzoneta



Estirament obertura pelviana papallona

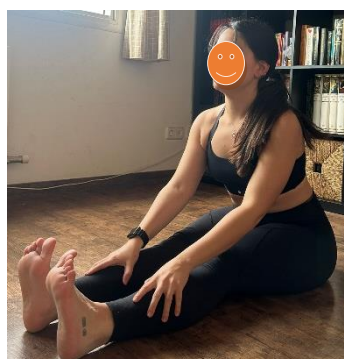
/



Estirament psoes



Estirament isquiotibials (60s)



Annex 5: Llistat de verificació diària.

GRUP 1 i 3: Sessions presencials dilluns i dimecres. Han de realitzar els següents exercicis els dimarts, dijous, divendres, dissabtes i diumenges.

GRUP 2 i 4: Sessions presencials dimarts i dijous. Han de realitzar els següents exercicis els dilluns, dimecres, divendres, dissabtes i diumenges.

Una plantilla per mes. Omplir amb data i marxar amb **X** en cas de realitzar els exercicis.

GRUP:			MES:			
DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOUS	DIVENDRES	DISSABTE	DIUMENGE
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:

Signatura pacient:

Annex 6: Sessions.

Sessió 1: Avaluació inicial (1h) - Anamnesi. - Valoració musculatura sòl pelvià - Valoració diafragma i core - Educació anatòmica i higienico-dietetica - Qüestionaris de salut.
Sessió 2-5: (45m) - Massoteràpia intracavitaria musculatura perineal: relaxar to muscular general i punts gallet. (15m) - Massoteràpia i estiraments passius d'isquiotibials, adductors i rotadors de maluc. (10 m) - Respiracions abdomino-diafragmàtiques i costo-diafragmàtiques assistides (5 m) - Treball diafragma: treballant la inhibició dels músculs sinèrgics, pressions mantingudes sota les costelles, massoteràpia i estiraments. (10 m) - Repàs exercicis per fer a casa (5 m)
Sessió 6-9: (45m) - Respiracions abdomino-diafragmàtiques i costo-diafragmàtiques assistides (5 m) - Treball diafragma: treballant la inhibició dels músculs sinèrgics, pressions mantingudes sota les costelles, massoteràpia i estiraments. (10 m) - Treball tonificació musculatura perineal, amb palpació directa o biofeedback. (10m) - Treball core amb exercicis combinats amb respiració. (5 m) - Treball control lumbo-pelvià amb tronc de propiocepció. (10m) - Repàs exercicis per fer a casa (5 m)
Sessió 10-15: Grupals (1h) - Escalfament amb estiraments dinàmics per a tot el cos (10m) - Respiracions abdomino-diafragmàtiques i costo-diafragmàtiques assistides en decúbit supí (5 m) - Exercicis diversos de control lumbo-pelvià en moviment o estàtics combinat amb respiracions o apnees. Alternats i combinats amb treball de CORE. (20m) - Exercicis amb tronc de propiocepció. A partir de la segona sessió combinar amb exercicis de braços amb moviment. A partir de la 3a sessió afegir gomes. (10m) - Tornada a la calma. Relaxació. Utilitzant tècniques de meditació guiada, Feldenkrais i ioga, combinant moviments guiats, atenció plena, escolta interna i consciència sobre la respiració. (15m)

Annex 7. Escala catastròfica de dolor

Todas las personas experimentamos situaciones de dolor en algún momento de nuestra vida. Tales experiencias pueden incluir dolor de cabeza, dolor de muelas, dolor muscular o de articulaciones. Las personas estamos a menudo expuestas a situaciones que pueden causar dolor como las enfermedades, las heridas, los tratamientos dentales o las intervenciones quirúrgicas.

Estamos interesados en conocer el tipo de pensamientos y sentimientos que usted tiene cuando siente dolor. A continuación se presenta una lista de 13 frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor. Utilizando la siguiente escala, por favor, indique el grado en que usted tiene esos pensamientos y sentimientos cuando siente dolor.

0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo

Cuando siento dolor...

- | | |
|---|--|
| 1. Estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá. | |
| 2. Siento que ya no puedo más..... | |
| 3. Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar..... | |
| 4. Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo..... | |
| 5. Siento que no puedo soportarlo más..... | |
| 6. Temo que el dolor empeore..... | |
| 7. No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor..... | |
| 8. Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor..... | |
| 9. No puedo apartar el dolor de mi mente..... | |
| 10.No dejo de pensar en lo mucho que me duele..... | |
| 11.No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor..... | |
| 12.No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor..... | |
| 13.Me pregunto si me puede pasar algo grave..... | |

Annex 8: Índex de funció sexual femenina. (IFSF)

Aquest qüestionari està format per 19 preguntes i s'agrupa en sis dominis: desig, excitació, lubricació, orgasme, satisfacció i dolor; cada pregunta té 5 o 6 opcions, a les quals se les assigna una puntuació que va de 0 a 5. La puntuació de cada domini es multiplica per un factor i el resultat final és la suma dels dominis. A major puntuació millor sexualitat.

INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- ☐ Siempre o casi siempre
- ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
- ☐ A veces (alrededor de la mitad)
- ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
- ☐ Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- ☐ Muy alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Bajo
- ☐ Muy bajo o nada

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Siempre o casi siempre
- ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
- ☐ A veces (alrededor de la mitad)
- ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
- ☐ Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Muy alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Bajo
- ☐ Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Muy alta confianza
- ☐ Alta confianza
- ☐ Moderada confianza
- ☐ Baja confianza
- ☐ Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Siempre o casi siempre
- ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
- ☐ A veces (alrededor de la mitad)
- ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
- ☐ Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Siempre o casi siempre
- ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
- ☐ A veces (alrededor de la mitad)
- ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
- ☐ Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Extremadamente difícil o imposible
- ☐ Muy difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Poco difícil
- ☐ No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Siempre o casi siempre la mantengo
- ☐ La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- ☐ A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- ☐ Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- ☐ Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Extremadamente difícil o imposible
- ☐ Muy difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Poco difícil
- ☐ No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Siempre o casi siempre
- ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
- ☐ A veces (alrededor de la mitad)
- ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
- ☐ Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Extremadamente difícil o imposible
- ☐ Muy difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Poco difícil
- ☐ No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Muy satisfecha
- ☐ Moderadamente satisfecha
- ☐ Ni satisfecha ni insatisfecha
- ☐ Moderadamente insatisfecha
- ☐ Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Muy satisfecha
- ☐ Moderadamente satisfecha
- ☐ Ni satisfecha ni insatisfecha
- ☐ Moderadamente insatisfecha
- ☐ Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- ☐ Muy satisfecha
- ☐ Moderadamente satisfecha
- ☐ Ni satisfecha ni insatisfecha
- ☐ Moderadamente insatisfecha
- ☐ Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

- ☐ Muy satisfecha
- ☐ Moderadamente satisfecha
- ☐ Ni satisfecha ni insatisfecha
- ☐ Moderadamente insatisfecha
- ☐ Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Siempre o casi siempre
- ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
- ☐ A veces (alrededor de la mitad)
- ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
- ☐ Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Siempre o casi siempre
- ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
- ☐ A veces (alrededor de la mitad)
- ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
- ☐ Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Muy alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Bajo
- ☐ Muy bajo o nada

Annex 9:

PUNTAJE DEL INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA					
<i>Dominio</i>	<i>Preguntas</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Factor</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Deseo	1 - 2	1 - 5	0,6	1,2	6
Excitación	3 - 6	0 - 5	0,3	0	6
Lubricación	7 - 10	0 - 5	0,3	0	6
Orgasmo	11 - 13	0 - 5	0,4	0	6
Satisfacción	14 - 16	0 - 5	0,4	0,8	6
Dolor	17 - 19	0 - 5	0,4	0	6
Rango Total				2	36

Annex 10: SHOW-Q

APPENDIX Sexual Health Outcomes in Women Questionnaire (SHOW-Q)		
Satisfaction		
1	During the past 4 weeks, how satisfied were you with the frequency of your sexual activity (with or without a partner)?	Very satisfied Somewhat satisfied Neither satisfied nor dissatisfied Somewhat dissatisfied Very dissatisfied
2	During the past 4 weeks, how satisfied in general have you been with your ability to have and enjoy sex with/without a partner?	Very satisfied Somewhat satisfied Neither satisfied nor dissatisfied Somewhat dissatisfied Very dissatisfied I don't have a partner/ I don't have sex without a partner
Orgasm		
3	During the past 4 weeks, when you had sexual activity, how much of the time did you experience orgasm?	Never Rarely Sometimes Most of the time All of the time I did not have sexual activity
4	During the past 4 weeks, when you had sexual activity, how much of the time did you feel satisfied after sexual activity?	Never Rarely Sometimes Most of the time All of the time I did not have sexual activity
5	During the past 4 weeks, when you experienced orgasm, how strong or intense was the orgasm on average?	Did not experience any orgasms Mild Moderate Strong
6	During the past 4 weeks, how much of a problem was difficulty in having an orgasm?	Not a problem Little of a problem Somewhat of a problem Very much of a problem I did not have sexual activity
Desire		
7	During the past 4 weeks, how much of a problem was lack of sexual interest?	Not a problem Little of a problem Somewhat of a problem Very much of a problem I did not have sexual activity
8	During the past 4 weeks, how often did you desire sex (with or without a partner)?	Never Once or twice 3-4 times 5-6 times More than 6 times
9	During the past 4 weeks, how much of a problem was inability to relax and enjoy sex?	Not a problem Little of a problem Somewhat of a problem Very much of a problem I did not have sexual activity Continued on page 710.e11.

APPENDIX Sexual Health Outcomes in Women Questionnaire (SHOW-Q)		
Continued from page 710.e10.		
Satisfaction		
Pelvic problem interference		
10	During the past 4 weeks, to what extent has your bleeding interfered with your normal or regular sexual activity (with or without a partner)?	Not at all Slightly Moderately Quite a bit Extremely
11	During the past 4 weeks, to what extent has your pelvic pain or discomfort interfered with your normal or regular sexual activity (with or without a partner)?	Not at all Slightly Moderately Quite a bit Extremely
12	During the past 4 weeks, to what extent have your pelvic problems overall interfered with your normal or regular sexual activity (with or without a partner)?	Not at all Slightly Moderately Quite a bit Extremely

Annex 11: PERFECT

Documento nº 7. Escala de Oxford para la valoración de la contractilidad de la musculatura del suelo pélvico. (Laycock 2002)			
Escala Oxford			
0/5 Ausencia de Contracción.			
1/5 Contracción muy débil.			
2/5 Contracción débil.			
3/5 Contracción moderada, con tensión y mantenida.			
4/5 Contracción Buena. Mantenimiento de la tensión con resistencia.			
5/5 Contracción fuerte. Mantenimiento de la tensión con fuerte resistencia.			

Documento nº 8. Evaluación de la función de los músculos del suelo pélvico utilizando el esquema PERFECT (Laycock 2002)			
POWER (STRENGTH)	P	FUERZA	Una vez se ha comprobado que la mujer sabe contraer los MSP, se puntúa la fuerza de la contracción utilizando la escala de Oxford modificada
ENDURANCE	E	RESISTENCIA	Se mide el tiempo que la mujer puede mantener la contracción máxima, sin perder fuerza.
REPETITIONS	R	REPETICIONES	Se mide el número de repeticiones que puede hacer considerando periodos de descanso entre contracción de 4 segundos o más
FAST	F	RÁPIDAS	Después de un descanso de al menos 1 minuto se mide el número de contracciones rápidas que la mujer puede hacer seguidas.
EVERY CONTRACTION TIMED	E C T	CADA CONTRACCIÓN MEDIDA	Es la forma de completar la palabra y expresa que se evalúa cada contracción antes de empezar el tratamiento, lo que permite planificar un programa de ejercicios individualizado.

Ejemplo:

P	E	R	F
2	6	5	8

Se trata de una paciente con una contracción con una fuerza moderada (grado 2 en la escala de Oxford modificada), que es capaz de sostener la contracción durante 6 segundos y que puede repetir esta contracción 5 veces y que después de un descanso de 1 minuto puede realizar 8 contracciones rápidas.

Annex 12: CORE

Informació extreta de:

Vera-García FJ, Barbado D, Moreno-Pérez V, Hernández-Sánchez S, Juan-Recio C, Elvira JLL. Core stability: evaluación y criterios para su entrenamiento. Rev Andal Med Deport [Internet]. 2015 [citado el 26 de enero de 2024];8(3):130–7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1888-75462015000300005

Cowley, P. M., Fitzgerald, S., Sottung, K., & Swensen, T. (2009). Age, weight, and the front abdominal power test as predictors of isokinetic trunk strength and work in young men and women. *Journal of strength and conditioning research*, 23(3), 915–925. <https://doi.org/10.1519/JSC.0b013e3181a06f59>

Khanal P, He L, Stebbings GK, Onambele-Pearson GL, Degens H, Williams AG, Thomis M, Morse CI. Static one-leg standing balance test as a screening tool for low muscle mass in healthy elderly women. *Aging Clin Exp Res*. 2021 Jul;33(7):1831–1839. doi: 10.1007/s40520-021-01818-x. Epub 2021 Mar 13. PMID: 33715139; PMCID: PMC8249245.

Zannotti, C. M., Bohannon, R. W., Tiberio, D., Dewberry, M. J., & Murray, R. (2002). Kinematics of the double-leg-lowering test for abdominal muscle strength. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 32(9), 432–436. <https://doi.org/10.2519/jospt.2002.32.9.432>

- **Plank to fatigue test:** La prova de planxa fins a la fatiga consisteix a mantenir la posició de planxa boca avall el màxim temps possible per avaluar l'estabilitat central i la capacitat de mantenir una posició neutral de l'esquena.



- **Front abdominal power test:** La prova de força abdominal frontal (FAPT) avalua la força explosiva dels músculs abdominals i del maluc. Els subjectes, en posició panxa amunt amb els peus assegurats, projecten una pilota medicinal utilitzant una contracció concèntrica explosiva. Es mesura la distància de projecció de la pilota. Es realitzen tres proves de pràctica i sis proves oficials, utilitzant la mitjana dels sis assajos per a l'anàlisi de dades.
- **One-leg standing balance test:** La prova d'equilibri amb una sola cama (OLST) avalua l'equilibri alternant les cames dreta i esquerra, es demana als participants que es possin drets descalços i després es possin sobre una cama, mentre flexionen el genoll contralateral a 90° darrere d'ells, mantenint una posició vertical de la cuixa, paral·lela a la cama de suport. Si no assoleixen els 30 segons, tenen fins a tres intents per cama. L'OLST total és la suma dels temps de cada cama, amb una fiabilitat test-re-test moderada a alta.
- **Double-leg lowering test:** La prova de descens amb les dues cames avalua la força i control abdominal. El subjecte, estirat en decúbit supí, baixa les cames verticals mantenint els genolls estesos, mentre l'examinador observa quan la pelvis rota cap a anterior. Aquest grau determina el resultat de la prova.

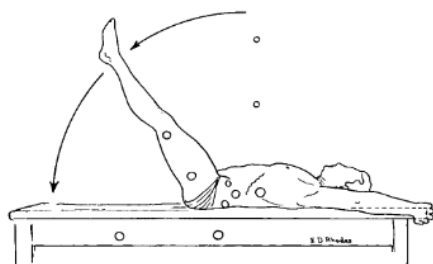


FIGURE 1. Line drawing of a subject performing the double-leg-lowering test.

Angle*	Muscle Grade†	Muscle Grade‡
0°	Poor	2
15°	Fair	3
30°	Fair plus	3+
45°	Good minus	4-
60°	Good	4
75°	Good plus	4+
90°	Normal	5

Annex 13: Qüestionari perfil de salut endometriosis (EHP-30)

30) (Jones et al. 2001). Esta escala compuesta por 30 ítems contiene 5 subescalas: 'dolor', 'control e impotencia', 'apoyo social', 'bienestar emocional' y 'autoimagen'. La puntuación de cada subescala se calcula a partir de la suma de las puntuaciones individuales de cada ítem de la subescala dividido por la máxima puntuación posible de la subescala y

multiplicado por 100. Por tanto, para cada subescala se obtiene una puntuación entre 0 y 100, donde 0 indica el mejor estado de salud y 100 el peor estado de salud. Esta escala ha mostrado buena consistencia interna y fiabilidad con un α de Cronbach >0.88 para todas las subescalas

Annex 14: Qualitat de vida autopercebuda (QS SF-36)

Tabla1. Contenido de las escalas del SF-36			
Dimensión	N.º de ítems	Significado de las puntuaciones de 0 a 100	
		«Peor» puntuación (0)	«Mejor» puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Annex 15: Índex de depressió de Beck (BDI-II)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil:..... Edad:..... Sexo:.....
Ocupación:..... Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber

hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Annex 16: Índex d'ansietat Rasgo Estado (STAI)



La ansiedad es uno de los principales problemas de salud de la sociedad industrializada. Un diagnóstico adecuado es crucial para establecer unas pautas de intervención eficaces. El objetivo del cuestionario **STAI** es evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad, cada una de ellas con 20 cuestiones:

Ansiedad como estado (A/E): evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

Ansiedad como rasgo (A/R): señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

En la 8ª edición del 2011, se ha procedido a una completa revisión de sus propiedades psicométricas y de sus baremos. A partir de una muestra de más de 1.500 casos se han generado nuevos baremos de adolescentes, universitarios y adultos.



Consultar extracto
del manual

Annex 17: Dyadic Adjustment Scale (DAS)

Dyadic Adjustment Scale

Spanier, G. B. (1976). *Dyadic Adjustment Scale (DAS)* [Database record]. APA PsycTests.

<https://doi.org/10.1037/t02175-000>

Descripción

The Dyadic Adjustment Scale (DAS) is a self-report measure of relationship adjustment. Extensive research, including over 1,000 published studies, supports the use of the DAS in determining the degree of dissatisfaction couples are experiencing. By measuring both partners' perceptions, you can see where the ratings are different and ultimately gain a clearer picture of where the problems are rooted. The DAS is used in clinical settings and for counseling adults. With 32 items, it takes only 5 to 10 minutes to administer. The normative data include a sample of 218 married individuals and 94 newly divorced individuals. Available in handscored and software formats. The data for the married sample are based on a group of 218 married individuals. The divorced databases are based on a group of 94 recently divorced individuals. In addition, a small sample of never-married cohabitating couples was also given the questionnaire to determine applicability of the scale for non-marital dyads. A complete demographic description and selected social characteristics of the samples are described in greater detail in the DAS Manual. (APA PsycTests Database Record (c) 2019 APA, all rights reserved)